А.М. Годин, С.Р. Демидов, С.В. Фрумина

СТРАХОВАНИЕ

учебник



А. М. Годин, С. Р. Демидов,
С. В. Фрумина

СТРАХОВАНИЕ

Учебник

2-е издание, переработанное и дополненное

Федеральный институт развития образования

Рекомендовано ГОУ ВПО "Государственный университет управления" в качестве учебника для студентов экономических вузов, обучающихся по специальности "Финансы и кредит"

Регистрационный номер рецензии № 57 от 25.04.2008 г.

Москва
Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°»
2010

УДК 368
ББК 65.271
Г59

Авторы:

А. М. Годин — академик Международной академии информатизации, доктор экономических наук, профессор;

С. Р. Демидов — доктор экономических наук, профессор;

С. В. Фрумина — кандидат экономических наук, доцент.

Рецензенты:

Л. В. Бесфамильная — кандидат экономических наук, доцент, профессор кафедры "Управление страховым делом и социальное страхование" ГУУ, заслуженный стандартизатор СССР;

Ю. А. Сплетухов — кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, ведущий научный сотрудник Финансового института Академии бюджета и казначейства.

Г59 **Годин А. М.**

Страхование: Учебник / А. М. Годин, С. Р. Демидов, С. В. Фрумина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2010. — 504 с.

ISBN 978-5-394-00786-6

В учебнике рассмотрены вопросы теории страхования. Подробно изложены следующие аспекты: сущность страхования и его функции в рыночной экономике, организация страхового дела в Российской Федерации, теория и практика управления риском, менеджмент в страховании, страхование в Интернете, теоретические основы расчета страховых тарифов, личное страхование, страхование имущества, страхование ответственности, страхование экономических рисков, перестрахование, финансовые основы страховой деятельности.

Для студентов, аспирантов, преподавателей финансовых и экономических вузов, бизнес-школ, курсов повышения квалификации.

УДК 368
ББК 65.271

ISBN 978-5-394-00786-6

© Годин А. М., Демидов С. Р., Фрумина С. В., 2010
© ООО «ИТК «Дашков и К°», 2010

Оглавление

Введение 9

Глава 1. СУЩНОСТЬ СТРАХОВАНИЯ И ЕГО ФУНКЦИИ В РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ 11

1.1. Страхование как финансовая услуга 11
1.2. История возникновения страхования 17
1.3. Функции и принципы страхования 22
1.4. Сущность и формы организации страхового фонда 28
1.5. Классификации в страховании 30
1.5.1. Отраслевая классификация страхования 31
1.5.2. Неотраслевая классификация страхования 35
Вопросы для самоконтроля 41

Глава 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СТРАХОВОГО ДЕЛА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 43

2.1. Общая характеристика страхового рынка Российской Федерации 43
2.2. Андеррайтинг в страховании 56
2.2.1. Сущность, принципы и функции андеррайтинга в страховании 56
2.2.2. Процедура андеррайтинга 66
2.3. Договор страхования и его особенности 74
2.4. Страховые посредники 81
2.4.1. Страховые агенты 81
2.4.2. Страховые брокеры 88
2.5. Государственный страховой надзор в Российской Федерации 97
Вопросы для самоконтроля 104

Глава 3. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ... 106

3.1. Сущность и понятие категории риска ... 106
3.2. Области и зоны риска ... 108
3.3. Рискообразующие факторы. Принципы классификации и классификация рисков ... 112
3.3.1. Основные рискообразующие факторы ... 112
3.3.2. Классификация рисков ... 117
3.4. Управление риском и его измерение ... 120
3.4.1. Процесс управления риском ... 120
3.4.2. Количественное измерение риска ... 124
3.4.3. Качественное управление риском ... 128
Вопросы для самоконтроля ... 131

Глава 4. СТРАХОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ РИСКОВ ... 132

4.1. Интернет-страхование ... 132
4.2. Классификация информационных рисков ... 140
4.3. Актуальность страхования информационных рисков ... 142
4.4. Методы управления информационными рисками ... 143
4.5. Объекты страхования в сфере связи и информатизации ... 145
4.6. Система страхования информационных рисков ... 149
4.7. Состояние работ по созданию системы страхования информационных рисков ... 151
4.8. Сущность страхования on-line и off-line ... 153
4.9. Работа с корпоративными клиентами ... 154
4.10. Страховочная сеть ... 158
4.11. Перспективы развития страховых информационных рисков ... 161
Вопросы для самоконтроля ... 166

Глава 5. МЕНЕДЖМЕНТ В СТРАХОВАНИИ ... 168

5.1. Функции и методы управления страховыми компаниями ... 168
5.2. Организационные структуры страховых компаний ... 172
5.3. Внутренняя и внешняя среда страховых компаний ... 176
5.4. Критерии страхового менеджмента ... 180
Вопросы для самоконтроля ... 184

Глава 6. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАСЧЕТА СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ 186

6.1. Сущность расчета страховых тарифов и история его развития 186
6.2. Структура страховой премии 190
6.3. Расчет тарифных ставок по рисковым видам страхования 192
6.3.1. Методики, рекомендованные Росстрахнадзором 192
6.3.2. Расчет тарифных ставок по методике, предлагаемой статистиками 198
6.4. Расчет тарифных ставок по страхованию жизни 199
6.4.1. Вычисление вероятностей дожития и смерти 199
6.4.2. Вычисление платежей при смешанном страховании жизни 202
6.4.3. Вычисление тарифных ставок при страховании жизни через коммутационные числа 204
Вопросы для самоконтроля 206

Глава 7. ЛИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ 208

7.1. История развития личного страхования 208
7.2. Основные принципы и классификация личного страхования 210
7.3. Страхование жизни 214
7.3.1. Современное состояние рынка страхования жизни в России 214
7.3.2. Договор страхования жизни 220
7.3.3. Основные принципы страхования жизни 223
7.3.4. Виды договоров долгосрочного страхования жизни 229
7.4. Страхование от несчастных случаев и болезней 235
7.5. Медицинское страхование 244
7.5.1. Обязательное медицинское страхование 246
7.5.2. Добровольное медицинское страхование 258
Вопросы для самоконтроля 261

Глава 8. СТРАХОВАНИЕ ИМУЩЕСТВА 264

8.1. Общие принципы имущественного страхования 264
8.1.1. Понятие и сущность имущественного страхования 264
8.1.2. Порядок и условия выплаты страхового возмещения 265

8.1.3. Классификация имущества по видам хозяйствующих субъектов 268
8.2. Организационные формы и способы страхового обеспечения в имущественном страховании 272
8.3. Добровольное страхование имущества юридических лиц 282
8.3.1. Общие принципы добровольного страхования имущества юридических лиц 282
8.3.2. Порядок заключения договора страхования имущества юридических лиц и условия выплаты страхового возмещения 285
8.4. Добровольное страхование имущества граждан 286
8.4.1. Общие принципы добровольного страхования имущества граждан 286
8.4.2. События, подлежащие страхованию по договору страхования имущества граждан 289
8.4.3. Страховая сумма и страховая стоимость 293
8.4.4. Порядок заключения и прекращения договора страхования имущества граждан 294
8.4.5. Определение размера ущерба и выплата страхового возмещения 295
8.5. Страхование ипотечных рисков 296
8.5.1. Ипотечное страхование в России на современном этапе 296
8.5.2. Практика страхования ипотечных рисков в странах с развитой рыночной экономикой 303
8.6. Страхование банковских вкладов (депозитов) 312
8.6.1. Риски, связанные с банковской деятельностью 312
8.6.2. Классификация депозитов 315
8.6.3. Система страхования банковских вкладов 324
Вопросы для самоконтроля 336

Глава 9. СТРАХОВАНИЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКИХ РИСКОВ 339

9.1. Роль и место страхования предпринимательских рисков в современной экономике 339
9.1.1. Сущность и правовые основы страхования предпринимательских рисков 339

9.1.2. Классификация рисков, подлежащих страхованию в предпринимательской деятельности 344
9.2. Страхование от перерывов в производстве 347
9.3. Страхование риска невыполнения договорных обязательств .. 355
9.4. Страхование интеллектуальной собственности 359
9.5. Страхование инвестиций 365
Вопросы для самоконтроля 368

Глава 10. СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ 371

10.1. Общие принципы страхования ответственности и его особенности 371
10.2. Страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств 378
10.2.1. Обязательное страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств (ОСАГО) 380
10.2.2. Добровольное страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств 384
10.3. Страхование профессиональной ответственности 388
10.3.1. Страхование профессиональной ответственности врачей 392
10.3.2. Страхование профессиональной ответственности нотариусов 397
Вопросы для самоконтроля 402

Глава 11. ПЕРЕСТРАХОВАНИЕ 405

11.1. Сущность перестрахования и генезис его развития 405
11.2. Формы перестрахования 416
11.2.1. Факультативное перестрахование 416
11.2.2. Облигаторное перестрахование 419
11.2.3. Смешанные формы договоров перестрахования 420
11.3. Методы перестрахования 422
11.3.1. Пропорциональное перестрахование 422
11.3.2. Непропорциональное перестрахование 431
Вопросы для самоконтроля 435

Глава 12. ФИНАНСОВЫЕ ОСНОВЫ СТРАХОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 437

12.1. Формирование и размещение страховых резервов 437
12.1.1. Понятие и принципы формирования страховых резервов 437
12.1.2. Резервы по страхованию жизни 438
12.2. Формирование инвестиционного дохода 456
12.2.1.Основные инвестиционные риски страховщика 456
12.2.2. Инвестиционный доход страховой организации 458
12.2.3. Факторы, влияющие на инвестиционный доход страховщика 460
12.3. Финансовая устойчивость страховой организации 464
12.3.1. Значение финансовой устойчивости при анализе страховой организации 464
12.3.2. Основные расчетные показатели финансовой устойчивости страховой организации 468
12.4. Платежеспособность страховщика 473
12.5. Ликвидность страховой организации 483
12.6. Формирование финансовых результатов страховой организации 489
Вопросы для самоконтроля 496

Литература 498

Введение

Важнейшей задачей курса “Страхование” является подготовка специалистов в системе экономического образования, владеющих основами страхового дела.

Дело в том, что работа современного финансиста, менеджера, экономиста невозможна без знания основных составляющих страхования. Страхование повышает инвестиционный потенциал и позволяет повысить эффективность функционирования различных отраслей экономики.

Страхование затрагивает интересы как физических, так и юридических лиц. Убытки, причиненные им пожарами, авариями, стихийными бедствиями, а также возможный ущерб, нанесенный третьим лицам, без задействования института страхования, должны возмещаться ими самостоятельно. Создание для этих целей запасов и накоплений с одной стороны отвлекает средства из оборота предприятий и снижает уровень жизни граждан, а с другой стороны их может оказаться недостаточно. Поэтому подобная защита имущественных интересов является малоэффективной.

Страхование позволяет нивелировать последствия неблагоприятных событий, создать накопления денежных средств к определенному сроку, обеспечить ритмичность и бесперебойность работы предприятия (компании, фирмы).

Страхование как важнейший элемент системы общественных, главным образом экономических, отношений, который присущ любой исторически сложившейся форме совместной деятельности людей. В процессе производственной, социальной, политической и культурой деятельности сама жизнь человека, принадлежащие ему имущество и материальные ценности постепенно подвергаются риску быть частично или полностью утраченными вследствие наступлений чрезвычайных событий (стихийных бедствий, катастроф, аварий, диверсий и т. п.). Обладатель имущества, ценностей не хочет быть подвергнутым риску потерять их, здоровье и заинтересован в существовании

источника средств компенсации потерь при фактическом наступлении чрезвычайных событий (такие события в страховании называют страховыми случаями).

Страхование сегодня — один из наиболее динамично развивающихся сфер бизнеса в Российской Федерации. Объемы страховых операций неуклонно растут, а страховые организации играют в экономике все более значимую роль. В настоящее время данная отрасль экономики динамично развивается. Об этом свидетельствует обобщающий показатель отношения объема страховых платежей к стоимости ВВП, который в динамике составлял в 1997 г. — 1,4%, в 1998 г. — 1,6%, в 1999 г. — 2,1%, в 2001 г. — 3,1%, а в 2006 г. этот показатель превысил 4%.

Однако в условиях кризиса наблюдается сокращение объема страховых премий, которые по итогам 1 полугодия 2009 г. составили 2,3% ВВП. Для сравнения: в Великобритании за аналогичный период страховые премии составили около 18% ВВП.

Издание настоящего учебника продиктовано прежде всего тем, что до настоящего времени в учебной литературе по страхованию не были отражены современные направления в страховом деле, а именно менеджмент в страховании, Интернет-страхование и т. д.

Цель предопределила содержание учебника. В нем в доступной форме раскрываются история развития страхового дела, организация страхового дела в Российской Федерации, теория и практика управления страховым риском, страхование информационных рисков, менеджмент в страховании, теоретические основы расчета страховых тарифов, личное страхование, страхование имущества, страхование ответственности, перестрахование, финансовые основы страховой деятельности.

В каждой главе рассматриваются соответствующие теоретические и практические аспекты. После каждого подраздела приводятся вопросы для повторения изучаемого материала. Предложен список рекомендуемой литературы.

Введение мы заканчиваем словами министра финансов Российской Империи, графа Конкрина Е. Ф.: “Учреждение страхования полезно вообще, ибо спасительное действие оного объемлет всякого рода собственность, промышленность и торговлю”.

Глава 1. СУЩНОСТЬ СТРАХОВАНИЯ И ЕГО ФУНКЦИИ В РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ

1.1. Страхование как финансовая услуга

Современная мировая экономика подвержена разного рода рискам, наступление которых в большинстве случаев приводит к значительным потерям. Экономические убытки, возникающие в результате стихийных бедствий, несчастных случаев, действий третьих лиц, изменения рыночной конъюнктуры и других случаев, исчисляются десятками и сотнями миллионов рублей. Так, экономические последствия только террористического акта в Нью-Йорке 11 сентября 2001 г. оцениваются в 70 млрд долл. США. В связи с этим, так же как и многие десятки и сотни лет тому назад, общество вынуждено предпринимать меры по защите интересов своих граждан. В этих целях государство формирует резервы и фонды социального назначения за счет обязательных платежей граждан и работодателей. Эти средства используются в соответствии с установленными нормативами при наступлении нетрудоспособности, старости, заболевании и в иных, предусмотренных законом случаях. Однако возможности государства в оказании социальной помощи ограничены, и оно обеспечивает лишь минимум гарантий в рамках проводимой социальной политики. Поэтому основная ответственность лежит на самих гражданах.

Переход к рыночным отношениям во всех сферах хозяйства, движение страны к рынку определили место страхования среди важнейших рычагов рыночных отношений. Как экономическую категорию страхование характеризуют следующие признаки:

– при страховании возникают денежные перераспределительные отношения, обусловленные наличием страхового риска,

который сопряжен с вероятностью и возможностью наступления чрезвычайного события, способного нанести ущерб;

– при страховании возникают денежные перераспределительные отношения между его участниками по поводу распределения ущерба, нанесенного чрезвычайным событием, которому присущ замкнутый характер. Сущность замкнутой раскладки ущерба заключается в том, что величина ущерба, нанесенного чрезвычайным событием участникам страховых отношений, раскладывается на всех участников по принципу солидарности. Причем чем больше круг участников, тем меньшая величина ущерба ложится на каждого. Следовательно, *замкнутое распределение ущерба основано на вероятности того, что число пострадавших, как правило, меньше всей совокупности участников страхования;*

– в целях организации замкнутого распределения нанесенного ущерба страховыми организациями создается страховой фонд, основанный на взносах физических и юридических лиц, вступающих в страховые правоотношения. Размеры страхового фонда восприимчивы к тенденциям экономического развития, поскольку количество собранных взносов напрямую зависит от доходов, получаемых участниками страховых отношений. Отсюда вытекает, что *снижение темпов экономического роста и увеличение инфляции отрицательно сказываются на собираемости взносов и формировании страховых фондов;*

– страхование предусматривает перераспределение ущерба как между территориальными единицами, так и во времени. В связи с тем, что неблагоприятных событий, влекущих наступление ущерба в течение заданного периода страхования, может и не быть, в благоприятные периоды времени необходимо резервировать часть поступивших платежей для создания страхового фонда в целях возмещения чрезвычайного ущерба в тот период, когда он произойдет;

– замкнутые отношения между участниками страхования, связанные с солидарным распределением суммы ущерба, обусловливают возвратность средств, мобилизованных в страховой фонд (сумма страховых платежей страхователей подлежит

уплате в качестве страхового возмещения при наступлении чрезвычайных событий). *Признак возвратности сближает экономическую категорию страхования с категорией кредита*.

В экономической литературе существуют разные точки зрения на страхование как на экономическую категорию.

Так, по мнению Ф. Коньшина, "страхование является одним из методов создания централизованного страхового фонда для возмещения за счет страховых взносов потерь в народном хозяйстве от стихийных бедствий и несчастных случаев, а также для выплат соответствующих сумм в связи с наступлением событий, связанных с жизнью и трудоспособностью застрахованных"[1].

Профессор Л.И. Рейтман считает, что "страхование является не только финансовой, но частично и кредитной категорией"[2]. В.В. Шахов утверждает, что страхование нужно рассматривать как самостоятельную экономическую категорию, так как оно имеет свое экономическое содержание и соответствующие формы проявления, выражающиеся в его функциях, главными из которых являются формирование специализированного страхового фонда денежных средств; возмещение ущерба и личного материального обеспечения граждан; предупреждение страхового случая и сокращение размера убытков от стихийных и несчастных случаев[3].

По мнению А.А. Гвозденко, экономическая сущность страхования в отличие от общей сущности страхования, состоящей в замкнутом распределении возможного ущерба между заинтересованными лицами, заключается в формировании страховщиком денежных фондов из уплачиваемых страхователями страховых взносов, предназначенных для производства страховых выплат страхователям, застрахованным, "третьим" лицам или выгодоприобретателям при наступлении страховых случаев, огово-

---

[1] Коньшин Ф. Государственное страхование в СССР. — М.: Госфиниздат, 1949.

[2] Страховое дело/ Под ред. проф. Л. И. Рейтмана. — М., 1992.

[3] Шахов В. В. Страхование: Учебник для вузов. — М.: Страховой полис, ЮНИТИ, 1997.

ренных в договоре страхования. Он считает, что экономической сущности страхования соответствуют следующие категории: финансовая, экономическая, кредитная, которые позволяют выявить содержание и особенности страхования как звена финансовой системы[1].

По нашему мнению, *страхование — создание за счет денежных средств предприятий, организаций и граждан специальных резервных средств (страховых фондов), предназначенных для возмещения ущерба, потерь, вызванных неблагоприятными событиями, случаями.*

Таким образом, процесс страхования предусматривает заранее определенный состав участников, заранее уплачиваемые взносы и формирование на их основе специально созданными организациями соответствующих фондов, которые идут на строго целевое использование. К особенностям именно такой системы страхования (поскольку существуют и другие формы возмещения потерь от стихийных бедствий, от хозяйственных рисков) можно отнести:

- вероятность наступления какого-либо события, которое может потребовать страховой защиты;
- случайность его наступления;
- достаточная частота (повторяемость) такого события;
- возможность определения стоимости объекта или риска, подлежащего страхованию, оценки последнего ущерба, который может быть нанесен имуществу, предпринимателю, гражданину вследствие стихийных бедствий, несчастных случаев или действий третьих лиц.

Страхование в соответствии с российским законодательством представляет собой "отношения по защите интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных

[1] Гвозденко А. А. Страхование. — М.: Финансы и статистика, 2005.

страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков"[1].

Цель организации страхового дела представляет собой обеспечение защиты имущественных интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении страховых случаев.

Задачами организации страхового дела являются:

- проведение единой государственной политики в сфере страхования;
- установление принципов страхования и формирование механизмов страхования, обеспечивающих экономическую безопасность граждан и хозяйствующих субъектов на территории Российской Федерации.

Основными субъектами страхования в соответствии с п. 2 ст. 4.1 Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" являются:

- страховые организации;
- общества взаимного страхования;
- страховые брокеры;
- страховые актуарии.

Деятельность субъектов страхового дела подлежит лицензированию, за исключением деятельности страховых актуариев, которые с 1 июля 2006 г. подлежат аттестации.

Страховщики — юридические лица, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившие лицензии в установленном Законом порядке.

Страховщики осуществляют оценку страхового риска, получают страховые премии, формируют страховые резервы, инвестируют активы, определяют размер убытков или ущерба, производят страховые выплаты, осуществляют иные связанные с исполнением обязательств по договору страхования действия.

---

[1] Пункт 1 ст. 2 Закона РФ от 27.11.1992 № 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

Общества взаимного страхования — общества, созданные юридическими и физическими лицами в порядке и на условиях, которые определяются федеральным законом о взаимном страховании общества, для страховой защиты своих имущественных интересов.

Страховые брокеры — постоянно проживающие на территории Российской Федерации и зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей физические лица или российские юридические лица (коммерческие организации), которые действуют в интересах страхователя (перестрахователя) или страховщика (перестраховщика) и осуществляют деятельность по оказанию услуг, связанных с заключением договоров страхования (перестрахования) между страховщиком (перестраховщиком) и страхователем (перестрахователем), а также с исполнением указанных договоров. При оказании услуг, связанных с заключением указанных договоров, страховой брокер не вправе одновременно действовать в интересах страхователя и страховщика.

Страховые актуарии — физические лица, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, имеющие квалификационный аттестат и осуществляющие на основании трудового договора или гражданско-правового договора со страховщиком деятельность по расчетам страховых тарифов, страховых резервов страховщика, оценке его инвестиционных проектов с использованием актуарных расчетов.

Согласно ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", ***объектами страхования*** могут быть имущественные интересы, связанные:

1) с дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни);

2) причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование);

3) владением, пользованием и распоряжением имуществом (страхование имущества);

4) обязанностью возместить причиненный другим лицам вред (страхование гражданской ответственности);

5) осуществлением предпринимательской деятельности (страхование предпринимательских рисков).

1.2. История возникновения страхования

Как свидетельствуют библиографические источники, первичные формы страхования встречались за два тысячелетия до нашей эры. В частности, в законах вавилонского царя Хаммурапи предусматривалось заключение соглашения между участниками торгового каравана о том, чтобы вместе нести убытки, от нападения разбойников, ограбления, кражи и т. д., постигшие кого-либо в пути.

Самые древние правила страхования изложены в одной из книг Талмуда, в которой говорилось о том, что если у одного из погонщиков ослов пропадало животное, то другие погонщики должны были передать ему взамен не деньги, а другого осла. Таким образом, уже в те времена был заложен основополагающий принцип страхования: защита от риска не должна служить обогащению.

Принято считать, что первичной формой страхования была страховая взаимопомощь, которая носила характер разовых соглашений о взаимопомощи в области путевой, странствующей торговли — сухопутной и морской. Общие черты договора страхования можно наблюдать в соглашениях, заключаемых еще в рабовладельческом обществе, суть которых находила воплощение в стремлении распределения риска возможного ущерба между заинтересованными лицами. Соглашения касались товаров и перевозочных средств, в качестве которых выступали морские корабли и вьючные животные.

Другой формой взаимного страхования, наиболее распространенной в Древнем Риме, было его применение в профессиональных союзах и коллегиях, объединяющих своих членов на основе общественно-экономических, религиозных, бытовых и

личных интересов. Целями такого страхования были: обеспечение своим членам достойного погребения (памятник, похоронная процессия), оказание материальной поддержки в случае увечья, болезни и др. В соответствии с существовавшими правилами члены профессиональных коллегий уплачивали соответствующий единовременный, а затем ежемесячные взносы.

Страхование в России имеет глубокие корни. Первым документальным свидетельством страхования на Руси является памятник древнерусского права "Русская правда", в которой излагаются сведения о законодательстве X–XI вв.

В 1781 г. Екатерина II, обеспокоенная развитием русской морской торговли, издала Устав купеческого водоходства, заключавший в себе постановление о морском страховании. Страхование от огня началось в России также во времена Екатерины II (Россия считается родиной страхования от огневых рисков). В 1786 г. был учрежден государственный заемный банк, причем новому банку разрешалось принимать в залог лишь те дома и недвижимость, которые у него же будут застрахованы.

За короткое время возникли новые **страховые общества** (в 1867 г. — "Русское", в 1870 г. — "Коммерческое", "Варшавское", "Русский Ллойд", в 1872 г. — "Северное", "Якорь", "Волга"). В 1851 г. в акционерных страховых обществах было застраховано имущества от огня на 282 млн руб., в 1865 г. — на 886 млн руб., а в 1886 г. — на 4 млрд руб.

В 1862 г. в городах России были организованы **общества взаимного страхования** от огня, в 1890 г. создан Пензенский союз обществ взаимного страхования от огня, преобразованный в 1905 г. в Российский союз с правлением в Петербурге. Деятельность большинства этих обществ ограничивалась одним городом. Во главе обществ были крупные домовладельцы. Существовали также общества взаимного страхования промышленников и землевладельцев.

В 1864 г. было утверждено Положение о взаимном **земском** страховании, в котором сказано, что каждое губернское земство должно было вести операции по страхованию только в своей губернии. Ведало этим Губернское земское собрание. Оно назначало тарифы страховых взносов (платежей, премий),

нормы обеспечения; составляло инструкции по страхованию для земских управ, волостных правлений и агентов; распоряжалось страховыми средствами; рассматривало отчеты губернских земских управ и т. д.[1]

Личное страхование в России появилось в середине 30-х гг. XIX в. и охватывало в основном состоятельное население. В 1835 г. было организовано первое акционерное общество по страхованию жизни, которое впоследствии стало называться "Жизнь". Общество получило монополию на проведение страхования жизни в России сроком на 20 лет. Виды страхования включали в себя: страхование на случай смерти (страхование капитала в пользу наследников) — 97% договоров, смешанное, страхование на дожитие, страхование капиталов и пенсий в пользу детей при достижении ими определенного возраста. После окончания монополии страхового общества "Жизнь" в России стали проводить операции по этому виду страхования и другие организации. Наиболее крупными по числу операций были общества "Россия", "Жизнь", "Заботливость", "Генеральное", "Санкт-Петербургское" и американское общество "Нью-Йорк". В них было сконцентрировано около 70% всех действовавших договоров и 65% страховых премий. Наряду с акционерными обществами страхование жизни в России проводили также сберегательные кассы и взаимные страховые общества. Страхование на случай смерти и на дожитие охватывало только 400 тыс. человек, а от несчастных случаев — еще меньше.

До 1917 г. страховое дело в России осуществляли многочисленные предприятия и общества, ведущую роль среди которых занимали акционерные общества. После революции 1917 г. Декретом СНК РСФСР 23.03.1918 учреждался государственный контроль над всеми видами страхования, кроме социального. В ноябре 1918 г. съезд руководящих работников страховых отделов губернских Советов признал необходимым упразднение частных страховых обществ и введение государственной монополии.

---

[1] Гвозденко А. А. Страхование. — М.: Финансы и статистика, 2005.

Главной организацией управления государственным страхованием в СССР являлся Госстрах. С 1958 г. часть системы Госстраха была передана в ведение министерств финансов союзных республик.

С 1967 по 1991 г. система Госстраха стала союзно-республиканской. Она возглавлялась Правлением Госстраха СССР, которое подчинялось Минфину СССР.

В 1947 г. из состава Госстраха СССР выделилось Управление иностранного страхования СССР (Ингосстрах) как самостоятельная хозрасчетная организация.

Принятый Верховным Советом СССР 26.05.1988 г. № 8998-XI Закон "О кооперации в СССР" положил начало демонополизации страхового дела в нашей стране. Этим Законом предусматривалось, что кооперативы могут страховать свое имущество и другие имущественные интересы в органах государственного страхования, а также создавать кооперативные страховые учреждения, определять условия, порядок и виды страхования.

Однако уже с самого начала кооперативные организации не ограничились сферой, определенной Законом, и стали проводить различные операции по имущественному, кредитному страхованию и страхованию жизни.

В условиях демонополизации страхования на территории Российской Федерации создаются страховые организации с участием иностранного капитала (офшорные страховые компании), а также аккредитуются представительства зарубежных страховых, перестраховочных и брокерских фирм.

В конце 1988 — начале 1989 г. в России действовало уже около 100 новых страховых организаций, а в феврале 1989 г. было создано первое их объединение — Ассоциация советских страховых организаций (АССО), объединявшая страховые организации России, Украины, Молдавии, Прибалтики.

В 1992 г. после распада СССР согласно Указу Президента РФ от 29.01.1992 № 66 "Временное положение о преобразовании государственных и муниципальных предприятий в открытые акционерные общества" государственные и муниципальные страховые предприятия могли преобразовываться в акционер-

ные страховые общества (АСО) закрытого и открытого типов и в страховые товарищества с ограниченной ответственностью (ТОО). В соответствии с Указом Президента РФ от 30.09.1992 № 1148 "О структуре центральных органов федеральной исполнительной власти" Государственный страховой надзор был преобразован в Федеральную инспекцию по надзору за страховой деятельностью, а Указом Президента РФ от 09.04.1993 № 439 "О приведении указов Президента Российской Федерации в соответствие с Законом Российской Федерации "О страховании" — в Федеральную службу страхового надзора (Росстрахнадзор). Он был создан как федеральный орган исполнительной власти, на который были возложены функции контроля за соблюдением требований законодательства в сфере страхования и регулирования этой деятельности посредством лицензирования, ведения единого реестра страховых и перестраховочных организаций, регистрации страховых брокеров.

В соответствии с Указом Президента РФ от 14.08.1996 № 1177 "О структуре федеральных органов исполнительной власти" Федеральная служба России по надзору за страховой деятельностью была передана в ведение Минфина России и создан Департамент страхового надзора. Росстрахнадзор был ликвидирован как самостоятельный орган исполнительной власти, а его функции переданы Департаменту страхового надзора, созданному при Министерстве финансов РФ.

До 2004 г. вся полнота функций по контролю страхового рынка России была возложена на Департамент страхового надзора. Согласно данным, предоставленным в правительственную комиссию по административной реформе, на департаменте лежало более 40 функций в сфере надзора и государственного регулирования страхового бизнеса. Такое количество обязанностей при ограниченных ресурсах делало работу этого органа медлительной и неэффективной. Наибольшее количество нареканий со стороны страховщиков вызывали сроки рассмотрения документов, подаваемых для получения лицензии.

Вновь созданная с 2004 г. модель регулирования рынка предусматривает разделение функций на два потока. Правовое

регулирование возложено на Минфин. Выделенное звено в составе министерства занимается разработкой и утверждением актов, направленных на развитие и упорядочение рынка. Что же касается оперативного контроля над страховщиками, то эта задача возложена на Федеральную службу страхового надзора (ФССН). По рангу эта структура является органом исполнительной власти наравне с Федеральной службой финансово-бюджетного надзора, Федеральной службой по финансовому мониторингу, Федеральной налоговой службой и Федеральным казначейством.

1.3. Функции и принципы страхования

Экономическая категория страхования выражает свою сущность прежде всего через присущие ей функции. Среди **функций страхования** выделяют:

- ***рисковую***, которая выражается в переложении финансовых последствий определенных рисков на страховые компании;
- ***предупредительную***, включающую в себя систему мер предупредительного характера, направленных на снижение вероятности возникновения ущерба;
- ***сберегательную***, выражающуюся в накоплении денежных сумм в течение срока действия договора страхования (относится в основном к долгосрочным договорам страхования жизни);
- ***инвестиционную***, представляющую собой возможность концентрации финансовых ресурсов в форме создаваемых за счет страховых взносов страховых фондов, размещение которых способствует развитию экономики страны;
- ***социальной защиты населения***, которая реализуется путем создания и функционирования специальных страховых фондов, формируемых государством или страховыми компаниями.

Кроме того, существует подразделение функции страхования на функции ***на уровне индивидуального производства*** (рисковая, облегчения финансирования, предупредительная и функция возможности концентрации внимания на нестрахуемых

рисках) и ***общественного воспроизводства***. На уровне общественного воспроизводства различают:

• функцию обеспечения непрерывности общественного воспроизводства;

• сокращения государственных расходов;

• стимулирования НТП.

Функция *обеспечения непрерывности общественного воспроизводства* состоит в том, что страхование создает финансовые условия для быстрого восстановления и возобновления деятельности предприятий, пострадавших в результате возникновения страховых случаев.

Функция *освобождения государства от дополнительных финансовых расходов* заключается в снятии с государства дополнительных расходов, связанных с покрытием ущербов от застрахованных событий.

Функция *стимулирования научно-технического прогресса (НТП)* заключается в дополнительной возможности производителей в целях избежания расходов, покрывающих убытки, связанные с непредвиденными обстоятельствами, концентрировать внимание на создании технологий и продуктов, позволяющих снизить риск их возникновения.

Страхование можно рассматривать также как кредитную категорию, имеющую следующие специфические функции:

• *формирование специализированного страхового фонда денежных средств,* который может формироваться как в обязательном, так и в добровольном порядке. Через эту функцию осуществляются:

– инвестиции временно свободных средств в банковские и другие коммерческие структуры;

– вложения денежных средств в недвижимость;

– приобретение ценных бумаг и т. д.;

• *возмещение ущерба и личное материальное обеспечение граждан*. Право на возмещение ущерба имеют только юридические и физические лица, которые являются участниками формирования страхового фонда. Посредством этой функции они реализуют экономическую необходимость в страховой защите;

• *предупреждение страхового случая и минимизация ущерба*. Данная функция предполагает широкий комплекс мер, в том числе финансирование мероприятий по недопущению или уменьшению негативных последствий стихийных бедствий, несчастных случаев. Для реализации этой функции страховщик образует особый денежный фонд предупредительных мероприятий. Источником формирования фонда служат отчисления от страховых платежей.

Основополагающими принципами страхования являются следующие.

Принцип наличия страхового интереса. Этот принцип заключается в необходимости присутствия интереса в сохранности объекта страхования на момент заключения договора страхования. Согласно данному принципу страхователь не имеет права страховать объекты, в сохранности которых он не заинтересован. Однако упомянутое наличие страхового интереса на момент заключения договора свидетельствует о возможности утраты страхового интереса в течение периода действия договора. Подобная утрата интереса может быть связана с причинением вреда объекту страхования по иным причинам, чем страховой случай. Например, имущество физического лица было застраховано от пожара, а пострадало от наводнения. На момент заключения договора страховой интерес в сохранности данного имущества присутствовал, однако по причинам иным, чем страховой случай, а в данном примере — наводнения, интерес в защите застрахованного имущества от пожара отпал, поскольку имущество пострадало от наводнения. В этом случае договор страхования прекращается, но страховая премия, уплаченная страхователем, не возвращается, так как на протяжении периода действия договора страхования, в течение которого существовал и был защищен страховой защитой страховой интерес, страховщик нес ответственность в полном объеме.

Ст. 928 ГК РФ содержит перечень интересов, в отношении которых не допускается страхование:

• противоправных интересов;

• убытков от участия в играх, лотереях и пари;

• расходов, к которым лицо может быть принуждено в целях освобождения заложников.

Принцип страхуемости риска. Как известно, категория риска является основополагающей в страховании. В наиболее общем определении *риск представляет собой вероятность возникновения непредвиденных потерь.* В соответствии с п. 1 ст. 9 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации" *страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.* Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Существуют следующие критерии страхуемости риска:

• случайный характер событий, повлекших возникновение ущерба;

• возможность экономической оценки риска, т. е. последствия риска должны быть объективно измеримы;

• идентификация риска. Данный критерий предполагает, что риски, принимаемые на страхование, должны иметь четкое определение (идентификацию) в договоре страхования, т. е. покрытие предоставляется лишь от тех опасностей, которые четко и однозначно поименованы в договоре страхования. Именно этот критерий обеспечивает страховщику возможность отклонять требования страхователя о возмещении ущерба, необоснованные с точки зрения неопределенности причины возникновения ущерба;

• однородность и множественность рисков. Для того чтобы риск подвергался страхованию, нужно отнести его к какой-либо категории однородных рисков. В то же время важно и то, чтобы выделенная группа однородных рисков обладала признаками множественности. Это помогает оценить вероятность наступления события и позволяет определить величину страховой премии, уплачиваемой страхователем страховщику за риск, принимаемый на страхование. Если множественность однородных рисков достаточна, это позволяет установить приемлемую для потребителя стоимость страховой защиты. В противном случае

модель страховой защиты может быть невостребованной потребителем из-за высокой стоимости;

• субъективность риска, т. е. риск должен иметь воздействие на результаты конкретного субъекта, чьи имущественные интересы приняты на страхование. Сам факт проявления риска не является достаточным основанием для вынесения суждения о наличии страхового события, т. е. риск должен затронуть интересы конкретного страхователя.

Принцип эквивалентности. Заключается в экономическом равенстве суммы собранных со страхователей страховых премий и размера совокупных страховых выплат, рассчитанных при заданной величине вероятности.

Принцип наивысшего доверия сторон. Проявляется в безусловной обязанности сторон договора страхования раскрывать друг другу все существенные обстоятельства, имеющие к нему отношение. В российском законодательстве принцип наивысшего доверия нашел свое отражение в ст. 944 ГК РФ, в которой сказано о том, что при заключении договора страхования страхователь обязан сообщить страховщику известные страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. При этом существенными признаются по крайней мере те обстоятельства, которые определенно оговорены страховщиком в стандартной форме договора страхования или в его письменном запросе.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное отношение к риску, принятому страховщиком на страхование, страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

Принцип выплаты страхового возмещения в размере действительного убытка. Вытекает из того, что выплачиваемое страховщикам возмещение должно вернуть страхователя, потерпевшего ущерб, точно в такое же финансовое положение, в каком он был до наступления ущерба, т. е. страхование не может

служить средством извлечения выгоды, а должно выполнять свою главную функцию — защищать страхователя от неблагоприятных последствий проявления застрахованных событий, выразившихся в ущербе.

Принцип наличия причинно-следственной связи убытка и события, вызвавшего его. Определение причины возникновения ущерба необходимо для решения вопроса о страховой выплате. Особенно важна четкая формулировка причины, вызвавшей наступление страхового события.

На практике для определения, является ли произошедшее событие страховым или нет, рассматривается фактическая причина его возникновения. Например, одним из наиболее часто встречающихся исключений из страхового покрытия по договору страхования жизни является смерть застрахованного в результате самоубийства или попытки самоубийства.

Принцип контрибуции. Призван контролировать распределение суммы возмещения между страховщиками при двойном и многократном страховании таким образом, чтобы страхователь не смог дважды или несколько раз получить возмещение по одному и тому же событию. Ст. 951 ГК РФ закрепляет указанный принцип. Так, если страховая сумма, указанная в договоре страхования имущества или предпринимательского риска, превышает страховую стоимость в результате страхования одного и того же объекта у двух или нескольких страховщиков, договор является ничтожным в той части страховой суммы, которая превышает страховую стоимость.

Сумма страхового возмещения, подлежащая выплате в этом случае каждым страховщиком, сокращается пропорционально уменьшению первоначальной страховой суммы по соответствующему договору страхования.

Принцип суброгации. Заключается в праве страховщика, выплатившего страховое возмещение или страховую сумму страхователю, если договором имущественного страхования не предусмотрено иное, потребовать возмещение ущерба от лица, виновного в наступлении страхового случая.

1.4. Сущность и формы организации страхового фонда

Страховой фонд выступает в качестве экономического метода компенсации ущербов, возникающих вследствие непредвиденных обстоятельств природно-климатического, экономического и социального характера. ***Страховые фонды*** — резервы денежных средств, образуемые страховыми организациями для обеспечения гарантий выплат страхового возмещения и страховых сумм. Фонды используются, если сумма выплат страхователям в конкретный операционный период превышает текущие поступления платежей. Фонд может формироваться за счет материальных, натуральных, денежных средств. Источниками формирования страховых фондов общества являются платежи физических и юридических лиц, взимаемые на обязательной или добровольной основе.

Различают три теории страхового фонда: марксову, амортизационную и современную.

Марксова теория страхового фонда представляет собой совокупность научных взглядов К. Маркса, согласно которым основные средства производства подвергаются во время процесса производства случайностям и опасностям, которые могут их уменьшить. Вследствие этого часть прибыли служит страховым фондом. В "Капитале" Маркса утверждается, что страховой фонд нельзя заранее отнести ни к фонду накопления, ни к фонду потребления. В этой связи делается вывод о том, что расходы на страхование должны покрываться за счет прибавочной стоимости. На практике же прибавочная стоимость трансформируется в прибыль, остающуюся в распоряжении предприятия после уплаты налогов и других обязательных платежей государству.

Амортизационная теория страхового фонда — это совокупность научных взглядов, согласно которым источником образования страхового фонда являются издержки производства. Основные идеи амортизационной теории страхового фонда были сформулированы и обоснованы видным немецким ученым Адольфом Вагнером (1835–1917). Страховой фонд, подобно амортизационному фонду, создается путем постепенного перехода части стоимости средств производства на готовый продукт.

Амортизационная теория страхового фонда характеризует закономерный процесс постепенного снашивания любого имущества. Страхование отражает лишь общую вероятность наступления ущерба, которую нельзя заранее относить к каким-либо конкретным объектам.

По современным научно-теоретическим представлениям ***страховой фонд — это средства, изъятые из национального дохода и совокупного общественного продукта.*** В целом размер страхового фонда согласно этим представлениям указывает на размер потерь, которые несет общество в результате ущерба, покрываемого страхованием. Страховой фонд способствует экономическому прогрессу общества. Аккумулированные в страховом фонде значительные материальные и финансовые ресурсы служат источником инвестиций в экономику. Общая практика выработала ряд организационных форм страхового фонда[1].

Существуют следующие **основные организационные формы страховых фондов:**

- государственные;
- самострахования;
- страховых компаний.

Государственные страховые фонды формируются за счет обязательных взносов физических и юридических лиц, а также бюджетных средств, в целях обеспечения безопасности жизнедеятельности граждан и юридических лиц в части покрытия убытков, возникающих вследствие неблагоприятных событий случайного характера. Средства государственных страховых фондов используются в целевом назначении и подлежат расходованию в строгом соответствии с законодательно установленными нормативами. В Российской Федерации к государственным страховым фондам относятся Пенсионный фонд России, Фонд обязательного медицинского страхования и др. Поскольку, как уже было отмечено, возможности государства в области расходования бюджетных средств в целях компенсации непредвиденных убытков не безграничны, в основном большая часть

[1] Шахов В. В. Страхование: Учебник для вузов. — М.: ЮНИТИ, 2003.

ответственности, связанная с покрытием ущербов, ложится на самих граждан.

Фонды самострахования представляют собой резервные средства, формируемые на уровне предприятий и населения, как на добровольной, так и на обязательной основе. В большинстве случаев страховые фонды организаций формируются по решению учредителей и расходуются для покрытия убытков, связанных с непредвиденными обстоятельствами. Граждане используют накопленные в личных целях фонды самострахования для компенсации неожиданных ущербов.

Фонды страховых компаний — это страховые фонды, образованные за счет добровольных и обязательных взносов физических и юридических лиц, для возмещения ущерба при наступлении страхового случая.

В рамках системы образования страховых фондов сложились два *основных направления* страховой деятельности:

• *государственное страхование,* проводимое на обязательной основе и обеспечивающее непрерывность общественного воспроизводства и устранение социальных диспропорций, а также компенсацию потерь в результате чрезвычайных ситуаций;

• *негосударственное страхование,* имеющее, как правило, добровольный характер и ставящее своей целью получение прибыли в результате проведения страхования (для страховых компаний).

1.5. Классификации в страховании

Для упорядочения разнообразных объектов и явлений, в отношении которых организуется страховая защита, и создания единой и взаимосвязанной системы становится необходимой *классификация страхования.* В экономической теории под классификацией понимается "распределение, разделение объектов, понятий, названий по классам, группам, разрядам, при котором в одну группу попадают объекты, обладающие общим признаком".

Исходя из общеэкономического понятия классификации и учитывая особенности страхования, классификацию страхова-

ния можно определить как систему разделения всей совокупности страховых отношений на взаимосвязанные звенья.

В основу узкой классификации страхования положены два критерия различия:

1) в объектах страхования;

2) в объеме страховой ответственности.

В более широкой классификации критериев страхования дополнительно выделяют категорию страхователей и форму проведения страхования.

Под *классификацией страхования понимают деление страхования на отрасли, подотрасли, виды, формы, системы страховых отношений на основе различия в объектах страхования, в объеме страховой ответственности, категориях страхователей и форме проведения страхования.*

1.5.1. Отраслевая классификация страхования

Классификация по объектам страхования, или *отраслевая классификация,* предполагает деление страхования на отрасли, подотрасли и виды. ***Отрасль страхования*** — относительно обособленная область страхования имущественных интересов, связанных с последствиями страховых случаев для однородных либо родственных предметов страхования юридических, физических лиц, которая управляется особыми принципами и методами страховой защиты и формирования страховых резервов.

Как уже было отмечено, в основе деления страхования на отдельные отрасли лежит принципиальное различие между объектами.

В *личном страховании* объектами являются жизнь, здоровье и трудоспособность человека. Особенность личного страхования состоит в том, что оно сочетает в себе рисковую и сберегательную функции. Сберегательная функция реализуется при заключении договора страхования жизни на случай дожития застрахованного лица до окончания срока страхования или возраста, установленного договором. Другая отличительная черта личного страхования заключается в том, что его целью зачастую является защита имущественного интереса не столько

самого страхователя, сколько членов его семьи. Следует отметить и то, что страхователями по личному страхованию могут выступать как юридические, так и физические лица. Однако в любом случае договор личного страхования заключается в пользу физического лица.

Имущественное страхование трактуется как отрасль страхования, в которой объектами страховых правоотношений выступают имущественные интересы, связанные с владением, пользованием и распоряжением имуществом; обязанностью возместить причиненный другим лицам вред; осуществление предпринимательской деятельности.

Мировая практика и законодательство зарубежных стран подразделяют страхование на две отрасли: страхование жизни (life) и страхование иных видов, чем страхование жизни (not life). Такая классификация учитывает различия и особенности организации и проведения страхования, связанные, например, с объектами страхования, с методиками расчета страховых тарифов, определением страховых сумм и страховых выплат и др.

При объединении нескольких отраслей страхования для предоставления комплексной страховой защиты возникает **комбинированное страхование**, при котором в одном договоре предусматривается покрытие нескольких рисков. Типичным примером комбинированного страхования является комбинированное страхование средств наземного транспорта (включает в себя страхование средств наземного транспорта, грузов, ответственности владельцев автотранспортных средств, водителя и пассажиров от несчастного случая).

Деление страхования на отрасли в то же время не позволяет выделить конкретные интересы страхователей. Для их конкретизации необходимы дальнейшая группировка и разделение совокупности страховых отношений. Большинство авторов (А.А. Гвозденко, Л.И. Рейтман, В.В. Шахов) в качестве следующего звена классификации выделяют подотрасли, которые, в свою очередь, включают в себя различные виды страхования, имеющие специфические особенности в определенной сфере.

Под ***подотраслью страхования*** понимается совокупность видов страхования близких по содержанию и происхождению имущественных интересов от характерных для них страховых рисков. Так, в отрасли личного страхования можно выделить такие подотрасли, как собственно страхование жизни, пенсионное страхование, страхование на дожитие и др.

Подотрасли имущественного страхования включают в себя:

- страхование средств транспорта (воздушного, наземного, водного, железнодорожного);
- страхование государственного имущества и имущества граждан;
- страхование технических, космических, производственных рисков;
- страхование электронно-вычислительной техники, ноу-хау и др.;
- страхование домашних животных, птиц, семей пчел, собак и др.;
- страхование финансовых (коммерческих, предпринимательских и других) рисков;
- страхование других видов имущества;
- страхование гражданской ответственности владельцев средств транспорта;
- страхование ответственности заемщиков за непогашение кредитов;
- страхование иных видов ответственности.

Подотрасли перестрахования:

- пропорциональное перестрахование;
- непропорциональное перестрахование.

Под **видом** страхования понимают страхование однородных, одинакового происхождения имущественных интересов от одного или совокупности страховых рисков, связанных с последствиями страховых случаев для однородных объектов страхования, руководствуясь единообразными условиями, видами, особенностями страховой защиты и формирования страховых резервов.

В соответствии с Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации” (п. 1 ст. 32.9) в лицензии, выдаваемой страховщику, указываются предусмотренные классификацией 23 вида страхования. Из них *к отрасли личного страхования относятся*:

1) страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события;

2) пенсионное страхование;

3) страхование жизни с условием периодических страховых выплат (ренты, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика;

4) страхование от несчастных случаев и болезней;

5) медицинское страхование.

К отрасли имущественного страхования относятся:

6) страхование средств наземного транспорта (за исключением средств железнодорожного транспорта);

7) страхование средств железнодорожного транспорта;

8) страхование средств воздушного транспорта;

9) страхование средств водного транспорта;

10) страхование грузов;

11) сельскохозяйственное страхование (страхование урожая, сельскохозяйственных культур, многолетних насаждений, животных);

12) страхование имущества юридических лиц, за исключением транспортных средств и сельскохозяйственного страхования;

13) страхование имущества граждан, за исключением транспортных средств;

14) страхование предпринимательских рисков;

15) страхование финансовых рисков;

16) страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств;

17) страхование гражданской ответственности владельцев средств воздушного транспорта;

18) страхование гражданской ответственности владельцев средств водного транспорта;

19) страхование гражданской ответственности владельцев средств железнодорожного транспорта;

20) страхование гражданской ответственности организаций, эксплуатирующих опасные объекты;

21) страхование гражданской ответственности за причинение вреда вследствие недостатков товаров, работ, услуг;

22) страхование гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам;

23) страхование гражданской ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору.

1.5.2. Неотраслевая классификация страхования

Кроме отраслевой классификации страхования существует еще неотраслевая классификация. Различают достаточно большое количество критериев для построения неотраслевых классификаций. Рассмотрим наиболее значимые из них:

а) по форме страхования (обязательное и добровольное);

б) по категории страхователей;

в) по форме организации.

В зависимости от волеизъявления сторон страхование подразделяется на обязательное и добровольное.

Обязательное страхование — это форма страхования, осуществляемая в силу закона. Конкретные виды, условия и порядок проведения обязательного страхования устанавливаются соответствующими федеральными законами.

Обязательное страхование предусматривает наличие договора (в некоторых случаях), полиса, документа, выдаваемого страхователю и заключающего в себе основные элементы договора и правила страхования.

Отношения по обязательному страхованию регулируются ст. 3 Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и ст. 935 и 969 ГК РФ, которые позволяют выделить три вида обязательного страхования:

1. *Обязательное страхование в силу закона* — это страхование, при котором обязанность страховать конкретный имущественный интерес возлагается на страхователя непосредственно

нормами закона (п. 1 ст. 935 ГК РФ). Например, страхование ответственности нотариусов.

2. *Обязательное страхование в силу договора* — это страхование, при котором обязанность страхования для лица вытекает не из нормы конкретного закона, а из условий договора. Например, договором ипотечного кредитования может быть предусмотрена обязанность заемщика страховать объект залога (ст. 31 Федерального закона от 16.07.1998 № 102-ФЗ "Об ипотеке (залоге недвижимости)").

3. *Обязательное государственное страхование* относится к категории обязательного страхования в силу закона, которому присущи специфические черты. Цель такого страхования — обеспечение социальных интересов граждан и интересов государства; объект — страхование жизни, здоровья и имущества государственных служащих определенных категорий; источник финансирования — целевые средства, выделяемые из бюджета соответствующего министерства и иного федерального органа исполнительной власти.

В обязательном страховании выделяют *окладное* (абсолютно-обязательное), включающее в себя такие виды, как страхование пассажиров, сельскохозяйственных построек, скота, и *неокладное* (условно-обязательное), предметом которого выступает имущество, принадлежащее государству или местным органам власти и сданное в аренду.

Обязательное страхование предполагает возможность получения полиса в страховых компаниях, входящих в систему обязательного страхования.

Главная особенность обязательного страхования состоит в том, что оно не требует предварительного соглашения между страховщиком и страхователем.

Добровольное страхование действует в силу закона на добровольных началах. Закон может определять подлежащие добровольному страхованию объекты и наиболее общие условия страхования. Конкретные условия регулируются правилами страхования, которые разрабатываются страховщиком.

Добровольная форма страхования построена на соблюдении следующих *принципов:*

1. Добровольное страхование действует и в силу закона, и на добровольных началах. Закон определяет подлежащие добровольному страхованию объекты и наиболее общие условия страхования. Конкретные условия регулируются правилами страхования, которые разрабатываются страховщиком.

2. Добровольное участие в страховании в полной мере характерно только для страхователей. Страховщик не имеет права отказаться от страхования объекта, если волеизъявление страхователя не противоречит условиям страхования. Данный принцип гарантирует заключение договора страхования по первому требованию страхователя.

3. Выборочный охват добровольным страхованием, связанный с тем, что не все страхователи изъявляют желание в нем участвовать. Кроме того, по условиям страхования действуют ограничения для заключения договоров.

4. Добровольное страхование всегда ограничено сроком страхования. При этом начало и окончание срока особо оговариваются в договоре, поскольку страховое возмещение или страховая сумма подлежит выплате, если страховой случай произошел в период страхования. Непрерывность добровольного страхования можно обеспечить только путем повторного заключения договора на новый срок.

5. Вступление в силу договора добровольного страхования обусловлено уплатой разового или первого страхового взноса. Неуплата очередного взноса по долгосрочному страхованию влечет за собой прекращение действия договора.

6. Страховое обеспечение по добровольному страхованию зависит от желания страхователя. Так, в имущественном страховании страхователь может определять размер страховой суммы в пределах страховой оценки имущества. В личном страховании страховая сумма по договору устанавливается соглашением сторон.

Важным элементом добровольного страхования является то, что при нем страхователям предоставляются широкие права в

назначении страховых сумм, которые при имущественном страховании могут колебаться в широких пределах, но не должны превышать действительной стоимости страхуемого имущества, транспорта, возможного финансового ущерба и т. п.

В то же время при личном страховании размер страховой суммы практически не ограничивается. При этом гражданин может заключать несколько договоров разных видов с различными страховыми компаниями. В договоре личного страхования страховая сумма устанавливается страхователем по соглашению со страховщиком.

Страховое обеспечение выплачивается страхователю или третьему лицу независимо от сумм, причитающихся им по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения ущерба.

Договор добровольного страхования относится к числу возмездных договорных обязательств, при которых обе стороны (страховщик и страхователь) берут на себя обусловленные заранее обязательства. Страховщик обязан выплатить страховое возмещение, страховую или иную сумму в связи с оговоренными последствиями происшедшего в период страхования страхового случая. Страхователь должен уплатить разовый или вносить периодические страховые платежи, а также выполнять другие условия страхования. Особенность возмездных договорных страховых обязательств состоит также в том, что, оплачивая страховую услугу, страхователь теряет право собственности на внесенные страховые платежи, т. е. право владения, пользования и распоряжения своими деньгами. Эти платежи поступают в страховой фонд и перераспределяются в пользу тех страхователей, которые пострадали от страхового случая. Если конкретный страхователь в период страхования не пострадал, то его страховые взносы являются безвозвратной платой за риск. Исключение составляет только страхование на дожитие, при котором страхователь по своему договору индивидуально накапливает резерв взносов. В период действия договора он может, прекратив уплату взносов, получить накопившуюся сумму

резерва взносов в виде выкупной суммы. Тем самым, теряя на время страхования право владения и пользования соответствующей частью своих денег, он сохраняет право распоряжения ими аналогично правоотношениям, возникающим при хранении денежных вкладов граждан в банке.

Страховые договорные обязательства отличаются от обычных договорных обязательств тем, что определяющую роль в выполнении условий договора играет страховой риск. При страховании страхователь уплачивает страховые взносы в обязательном порядке, а страховщик выплачивает деньги лишь за оговоренные последствия страхового случая. Если же такого случая не произойдет в период страхования, то обязательства страховщика могут оказаться невыполненными. В связи с этим страховое законодательство содержит лишь наиболее общие принципы, определяющие страховые обязательства, а конкретные условия страхования регулируются непосредственно правилами каждого вида страхования. Однако правила страхования также могут выполнять функции лишь общих условий страхования, в соответствии с которыми заключаются договоры страхования между страховщиком и страхователями на конкретных условиях. При этом условия страхования могут быть существенными и несущественными. К *существенным условиям*, согласно действующему гражданскому законодательству, относятся такие условия, которые выражают предмет договора (объекты страхования и объем страховой ответственности), главные интересы сторон. *Несущественными* считаются условия договора, детализирующие либо дополняющие существенные условия.

Существенными условиями договора добровольного страхования являются:

- контингент страхователей и застрахованных;
- объекты и предметы страхования;
- объем страховой ответственности (страхового покрытия);
- страховое обеспечение;
- страховая сумма;
- срок страхования;

• получатель (выгодоприобретатель) страхового возмещения (страховой суммы);

• тарифные ставки страховых платежей (взносов, страховой премии).

Следующим признаком, положенным в основу классификации страхования, является *категория страхователей*. С этой позиции страхование подразделяется на *индивидуальное*, например индивидуальное страхование граждан от несчастного случая, страхование домашнего имущества, и *коллективное*, например коллективное страхование жизни.

По *форме организации* страхование разделяется на государственное, акционерное и взаимное.

Государственное страхование представляет собой такую форму страхования, в условиях которой в качестве страховщика выступает государство в лице специально уполномоченных на это организаций.

При ***акционерном страховании*** в роли страховщика выступает негосударственная организация, созданная в форме, разрешенной законодательством (акционерного общества или общества с ограниченной ответственностью). Акционерные страховые общества аккумулируют и управляют капиталом посредством продажи акций. Они могут иметь филиалы (по решению учредителей и созданию "Положения о филиале"); представительства (создаются для поиска клиентов); агентства.

Взаимное страхование выражает договоренность между группой физических или юридических лиц о возмещении друг другу будущих возможных убытков в определенных долях в соответствии с принятыми условиями. Общества взаимного страхования создают свои фонды на основе средств долевого участия их членов. Взаимное страхование реализуется через деятельность общества взаимного страхования, которое является страховой организацией некоммерческого типа, т. е. не преследует целей извлечения прибыли. Общество взаимного страхования создается на основе добровольного соглашения между физическими и юридическими лицами для защиты их имущественных интересов. В Законе "Об организации страхового

дела в Российской Федерации" общества взаимного страхования отнесены к субъектам страхового дела.

В странах с развитой рыночной экономикой такие общества, в отличие от нашей страны, являются крупными хозяйствующими субъектами регионального, национального и международного страхового рынка.

Вопросы для самоконтроля

1. Что представляет собой страхование как финансовая услуга?
2. Какими признаками можно охарактеризовать страхование как экономическую категорию?
3. Приведите особенности системы страхования.
4. Охарактеризуйте цели организации страхового дела, его задачи.
5. Что представляют собой субъекты страхования, страховщики, страховые брокеры, страховые актуарии?
6. Назовите функции страхования.
7. Дайте характеристику основополагающих принципов страхования.
8. Покажите историю возникновения страхования.
9. Как организовывается страховой фонд?
10. Перечислите формы организации страхового фонда.
11. В чем сущность марксовой, амортизационной и современной теорий страховых фондов?
12. Для каких целей необходима классификация страхования и в чем ее сущность?
13. Что представляет собой отраслевая классификация страхования?
14. Что такое подотрасль страхования?
15. Охарактеризуйте понятие вида страхования.
16. На какие виды страховой деятельности необходимо лицензирование?
17. Покажите сущность неотраслевой классификации страхования.

18. Что представляет собой обязательное страхование и какие существуют его виды?

19. В чем сущность добровольного страхования и на каких принципах оно основано?

Глава 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СТРАХОВОГО ДЕЛА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1. Общая характеристика страхового рынка Российской Федерации

В едином государственном реестре субъектов страхового дела на 30 сентября 2009 г. зарегистрированы 722 страховые организации. Лидирующие страховые компании представлены в табл. 2.1.

Таблица 2.1

Крупнейшие компании российского страхового рынка в первом полугодии 2009 г.

Место	Компания / группа компаний	Итого поступлений, млн руб.	Доля поступлений по добровольным видам страхования, %	Итого выплат, млн руб.	Всего выплат по добровольным видам страхования, млн руб.	Доля выплат по добровольным видам страхования, %	Выплаты / поступления, %
1	Ингосстрах	23 479,60	88,20	14 693,20	13 085,37	89,39	62,35
2	Согаз	22 505,87	98,28	8 310,27	8 076,30	97,18	36,92
3	РЕСО-гарантия	15 229,40	76,24	9 183,02	7 432,00	80,93	60,30
4	РОСНО	12 250,32	87,93	5 494,35	4 642,82	84,50	44,85
5	АльфаСтрахование	11 868,43	89,52	5 305,16	4 690,93	88,42	44,70
6	Страховой дом ВСК	9 708,08	79,16	5 717,08	4 099,45	71,71	58,89
7	Уралсиб	6 480,55	79,71	5 067,18	4 133,74	81,58	78,19
8	Росгосстрах-Столица	5 990,42	75,16	3 465,84	2 819,16	81,34	57,86
9	Группа Ренессанс страхование	5 856,33	91,42	3 915,09	3 592,95	91,77	66,85
10	МАКС	5 137,47	82,00	1 694,84	1 186,67	70,02	32,99

Тенденция сокращения численности участников страхового рынка заметна с 2004 г. Так, в 2008 г. рынок покинула 71 компания, при этом экономический кризис ускорил данный процесс: в первые три квартала уходили с рынка по 12–16 страховщиков за квартал, а в 4 квартале — уже 28.

Динамика числа страховых организаций в 2007–2008 гг. показана в табл. 2.2.

Таблица 2.2

Число страховых организаций по федеральным округам в 2007–2008 гг.

Наименование федерального округа	Количество страховых организаций	Доля, %	Количество страховых организаций	Доля, %
	2007 год		2008 год	
Центральный	480	56,0	442	56,2
Северо-Западный	79	9,2	71	9,0
Южный	30	3,5	27	3,4
Приволжский	76	8,9	70	8,9
Уральский	66	7,7	59	7,5
Сибирский	83	9,7	79	10,1
Дальневосточный	43	5,0	38	4,8
Итого	**857**	**100,0**	**786**	**100,0**

Первая реакция рынка на кризис была выражена в сокращении сборов в таких видах страхования как АвтоКАСКО, корпоративное ДМС и страхование имущества.

Объем страховых премий, собранных страховщиками по добровольным и обязательным видам в 2008 г., составил 952 млрд руб., что на 22,7% больше, чем в предыдущем году. Объем страховых выплат составил 626,5 млрд руб., увеличившись на 30%. В 2007 г. прирост премий был более существенным — 27,1%, прирост выплат — 36,6%.

Общая сумма страховых премий и выплат по всем видам страхования за 9 мес. 2009 г. составила соответственно 722,4 и 529,92 млрд руб., или 101,5 и 121,9%, по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Общие сведения о страховых премиях и выплатах за 9 мес. 2009 г.

Вид страхования	Страховые премии			Выплаты		
	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года
Страхование жизни	10,5	1,5	73,3	4,16	0,8	100,4
Личное страхование (кроме страхования жизни)	83,24	11,5	92,2	49,2	9,3	113,0
Страхование имущества	203,96	28,2	83,4	110,0	20,8	129,7
Страхование ответственности	19,62	2,7	112,5	2,2	0,4	128,8
Страхование предпринимательских и финансовых рисков	4,58	0,6	–	0,93	0,2	–
Итого по добровольным видам страхования	**321,9**	**44,6**	**87,8**	**166,49**	**31,4**	**124,1**
Обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств (ОСАГО)	62,76	8,7	105,4	36,09	6,8	104,9
Обязательное страхование (кроме обязательного медицинского страхования и ОСАГО)	6,76	0,9	90,6	4,54	0,9	108,6
Обязательное медицинское страхование	330,97	45,8	118,9	322,8	60,9	123,3
Итого по обязательным видам страхования	**400,5**	**55,4**	**116,0**	**363,43**	**68,6**	**121,0**
Итого по добровольным и обязательным видам страхования	**722,4**	**100,0**	**101,5**	**529,92**	**100,0**	**121,9**

Структура премий, собираемых российскими страховщиками, по-прежнему значительно отличается от такой струк-

туры в странах с развитым страховым рынком. Прежде всего такое различие состоит в чрезвычайно низкой доле сборов по страхованию жизни в России, а также в преобладающих объемах обязательных видов страхования, которые по своей природе не подвержены воздействию рыночных факторов.

По данным Европейской федерации страховщиков и перестраховщиков (CEA), в 2007 г. 62% премий, собранных европейскими страховщиками, приходилось на страхование жизни, 12% — на моторный портфель (включая обязательное страхование гражданской ответственности автовладельцев), 11% — на добровольное личное страхование, 7% — на страхование имущества, 3% — на добровольное страхование ответственности. Морские, авиационные и транспортные риски занимают лишь 2% в общей структуре страховой премии.

В секторе страхования жизни, который в силу неразвитости составляет лишь небольшую долю рынка (3%), номинальное увеличение премий во втором квартале 2007 г. происходило в связи с особенностями передачи портфеля по страхованию жизни, которое последовало после введения требований о разделении страховщиков на осуществляющих страхование жизни и осуществляющих страхование «не жизни». В 3 квартале 2008 г. впервые стал наблюдаться рост, вызванный оживлением спроса. Однако в 4 квартале отмечено ощутимое снижение сборов на 10%. В 2009 г., напротив, наблюдается значительное сокращение (на 26,7%) количества собранных премий по страхованию жизни.

Наиболее заметное влияние кризиса наблюдалось в отраслях, составляющих имущественное страхование. Еще во 2 квартале 2008 г. был отмечен сезонный рост собранных страховых премий в имущественных видах страхования на 15% (во 2 квартале 2007 г. — 14%), в 3 квартале темп роста значительно снизился: если год назад он составлял 7%, то теперь лишь 4%, последний квартал года, обычно характеризующийся стагнацией или небольшим снижением объемов собираемых страховых премий, в 2008 г. показал спад на 17%. За 9 мес. 2009 г. величина собранных премий по страхованию имущества равна 203,96 млн руб., что составило 83,4% к тому же периоду предыдущего года.

Основной причиной снижения стала ситуация на автомобильном рынке страны (сборы по АвтоКАСКО составляли более половины в структуре имущественного страхования). Сокращение импорта автомобилей, падение спроса, как на отечественные автомобили, так и на иномарки, наряду с критическим падением размеров выдаваемых автокредитов и экономией страхователей на полисах АвтоКАСКО, приобретаемых в розницу, явились основными детерминантами снижения страховых премий в данном секторе.

За 9 месяцев 2009 г. увеличились сборы по страхованию ответственности, которые составили 112,5% к аналогичному периоду 2008 г.

Из 19,62 млрд руб., собранных по страхованию ответственности (2,7% в общей структуре премий), основное количество договоров пришлось на страхование ответственности перевозчиков, на котором, в отличие от страхования ущерба имуществу, не так сильно сказывается наблюдаемое падение грузооборота. Маловероятно, что снизится объем премий по вмененному страхованию гражданской ответственности владельцев источников повышенной опасности, которое составляет около 15% премий по страхованию ответственности.

На протяжении 2004–2007 гг. на российском страховом рынке происходили процессы нормативно предписанного увеличения размеров уставного капитала страховщиков.

Первый этап в 2004 г. привел к двукратному увеличению совокупного уставного капитала. Второй и третий этапы, завершившиеся соответственно 30 июня 2006 г. и 30 июня 2007 г., также вызвали некоторый рост совокупной капитализации страховщиков.

2008 г. стал первым годом, в течение которого законом не было предписано обязательное увеличение капитала, в результате чего на совокупную капитализацию страхового рынка оказывали влияние два разнонаправленных процесса: добровольное увеличение уставного капитала некоторыми страховщиками, а также уход некоторых компаний с рынка. В результате эффект от второго процесса оказался сильнее и, несмотря на то,

что 106 страховщиков увеличили в течение 2008 г. свой уставный капитал на общую сумму 13 млрд руб., отзыв лицензий у ряда крупных компаний, таких как «Колорадо» (3,2 млрд руб. уставного капитала), «ТНП-Гарант» (1,4 млрд руб.), «Профи Ре» (0,8 млрд руб.), «Рекон» (0,7 млрд руб.) и других привел к тому, что совокупный уставной капитал российских страховщиков в 2008 г. сократился на 4% и составил 153,8 млрд руб.

За 6 месяцев 2009 г. с российского страхового рынка ушли 43 компании. 10 крупнейших страховщиков собирают более половины премий, причем их доля в премиях по добровольному страхованию и ОСАГО по сравнению с 1 полугодием 2008 г. увеличилась с 48% до 53%. Основу страхового рынка составляют 30 крупнейших компаний (из них 20 компаний занимают более 1% рынка каждая, 13 компаний — от 0,5% до 1%). Остальные страховщики работают в отдельных сегментах рынка. Таким образом, структура российского страхового рынка становится аналогичной рынкам развитых стран.

За 5 мес. (сентябрь 2008 г. — январь 2009 г.) активы семи крупнейших российских страховщиков выросли на 4,4%[1]. Большая часть данного роста приходится на январь 2009 г. При этом прирост величины активов данной группы компаний в разбивке по полугодиям показал значительное падение темпов:

1-е полугодие 2007 г. — 22,5%;

2-е полугодие 2007 г. — 8,6%;

1-е полугодие 2008 г. — 20,9%;

2-е полугодие 2008 г. — 0,2%.

---

[1] Переоценка страховщиками некоторых видов активов за этот период не производилась. В соответствии с сообщением Минфина России от 29.12.2008 г. в том случае, если установленные п. 20 ПБУ 19/02 «Учет финансовых вложений» правила последующей оценки объекта финансовых вложений в период с 1 июля по 31 декабря 2008 г. не позволяют достоверно отразить имущественное состояние и финансовые результаты деятельности организации, такой объект отражается в годовой бухгалтерской отчетности организации за 2008 г. по стоимости его последней оценки в бухгалтерском учете (например, в оценке по состоянию на 30 июня 2008 г. — для объектов, приобретенных до 1 июля 2008 г., по первоначальной стоимости — для объектов, приобретенных после 30 июня 2008 г.).

В течение сентября 2008 г. — января 2009 г. совокупная величина активов семи крупнейших страховщиков увеличилась с 241 млрд руб. до 251 млрд руб. Совокупная структура активов на 31.01.2009 г. показана на рис. 2.1.

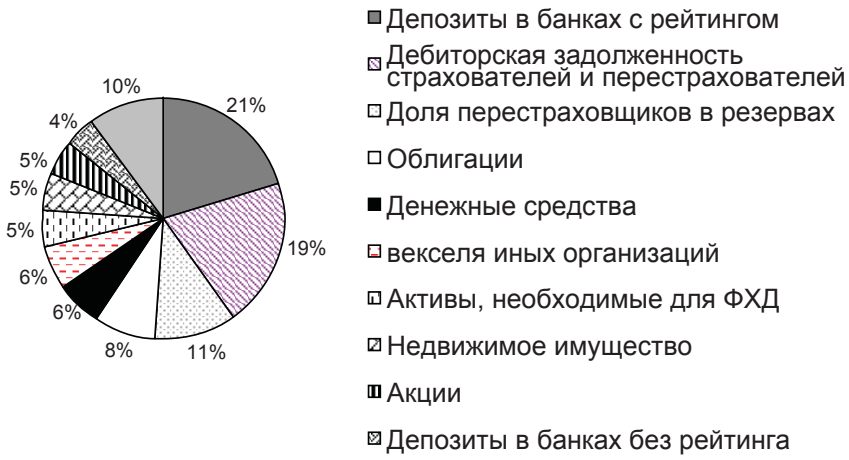


Рис. 2.1. Совокупная структура активов семи крупнейших страховщиков на 31.01.2009 г.

Таким образом, за январь 2009 г. у группы ведущих страховщиков произошло замещение некоторых видов активов: денежных средств и депозитов в высоконадежных банках и активов, используемых для осуществления финансово-хозяйственной деятельности, на дебиторскую задолженность, векселя сторонних организаций и депозиты банков, не имеющих рейтинга.

Данные перемены могут быть обусловлены факторами сезонного характера, в частности увеличением доли денежных средств, депозитов банков, имеющих нормативно установленный рейтинг, и иных высоконадежных и ликвидных видов активов на отчетную дату — 31.12.2008 г., и последующим приведением инвестиционного портфеля в прежнее состояние (табл. 2.4).

В целом за последние 5 мес. суммы основных групп активов крупнейших страховщиков менялись следующим образом (рис. 2.2).

Таблица 2.4

Основные изменения в структуре активов крупных страховщиков, 31.12.2008 г. — 31.01.2009 г.

№ п/п	Вид актива	Изменение, млрд руб.	Размер на 31.12.08, млрд руб.	Размер на 31.01.09, млрд руб.	Доля на 31.12.08, %	Доля на 31.01.09, %
1	Дебиторская задолженность страхователей и перестрахователей по страховым премиям (взносам)	+12,8	35,8	48,7	14,8	19,4
2	Денежные средства	–8,5	23,9	15,4	9,9	6,1
3	Векселя организаций, не являющихся банками, дочерними или зависимыми обществами	+6,7	7,4	14,1	3,1	5,6
4	Активы, необходимые для осуществления финансово-хозяйственной деятельности, за исключением недвижимого имущества, а также дебиторская задолженность организаций и физических лиц	–3,9	17,0	13,1	7,1	5,2
5	Депозиты в банках, имеющих нормативно установленный рейтинг	-3,0	54,6	51,7	22,6	20,6
6	Депозиты в банках, не имеющих нормативно установленного рейтинга	+1,9	8,3	10,1	3,4	4,0
7	Займы предоставленные	+1,5	2,8	4,2	1,1	1,7
8	Доля перестраховщиков в резервах	+1,2	25,9	27,1	10,7	10,8
9	Акции	+0,3	11,5	11,8	4,7	4,7
10	Дебиторская задолженность агентов	+0,3	1,1	1,4	0,4	0,5

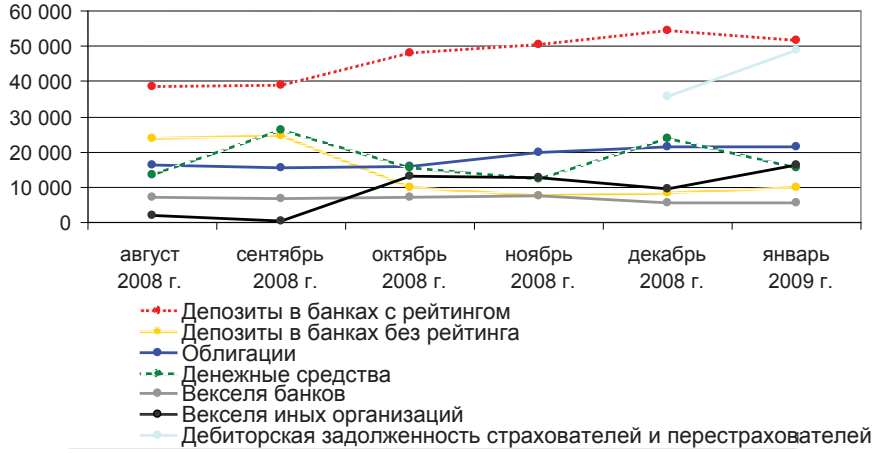


Рис. 2.2. Динамика изменений величины основных видов активов крупных страховщиков в период 31.08.08 – 31.01.09 г., млн руб.

За рассмотренный период отмечается все увеличивающаяся роль депозитов в банках, имеющих рейтинг удовлетворительной финансовой надежности, предусмотренный приказами Министерства финансов Российской Федерации № 100н и № 149н. Сумма данных депозитов в портфеле семи крупнейших страховщиков увеличилась с августа 2008 г. на 33,8%, и если в конце лета доля данного актива составляла 16% общей суммы активов страховых организаций, то на конец января она составила 20,6%.

Другим видом активов, оказывающим заметное влияние на структуру инвестиционного портфеля крупных страховщиков, является дебиторская задолженность страхователей и перестрахователей. Если на конец сентября доля данного вида активов составляла 17,3%[1], то на конец декабря 2008 г. — 14,8%, а на конец января 2009 г. — 19,4%.

[1] Информация по данному виду активов на 30.09.2008 г. получена из бухгалтерских балансов страховых организаций, представленных в ФССН в составе отчетности за 9 месяцев 2008 г. В приведенные данные включена также дебиторская задолженность перестраховщиков, однако доля данного вида активов в приведенном показателе составляет от 4% до 6%.

Небольшой, но достаточно стабильный рост показала доля облигаций в структуре активов рассматриваемой группы страховщиков. Суммы инвестиций в облигации выросли с августа 2008 г. на 30% и их доля на конец января составила 8,5% против 6,8% в августе.

Отмечается возрастающий интерес крупнейших страховщиков к вложениям в векселя организаций, не являющихся банками, дочерними или зависимыми обществами. Если в августе–сентябре 2008 г. доля данной группы активов была незначительной: 0,2%–0,8%, то к январю 2009 г. сумма инвестиций в такие векселя увеличилась на 790,8% и составила 16,3 млрд руб. или 6,5% инвестиционного портфеля.

Размер денежных средств остается на достаточно стабильном уровне (рост за период с 31.08.08 г. по 31.01.09 г. — 13,8%). Отмечаются скачкообразные увеличения объемов денежных средств на счетах страховых организаций на конец сентября и декабря, что обусловлено составлением страховщиками ежеквартальной отчетности на указанные даты и переводом части активов в денежную форму в целях соответствия требованиям к составу и структуре активов, принимаемых в покрытие страховых резервов и собственных средств страховщика.

Доля инвестиций в депозиты банков, не обладающих рейтингом необходимого уровня, с октября 2008 г. заметно снизилась и составила в январе 2009 г. 4% (в августе 2008 г. — 9,8%). Сумма векселей банков сократилась за рассматриваемый период с 3% до 2,2%.

Все последние годы на российском страховом рынке наблюдалась тенденция региональной экспансии крупных и средних страховщиков, расширяющих свое территориальное присутствие. Итоги 1 полугодия 2009 г. показали, что эта тенденция сменилась на обратную. В 1 полугодии, во-первых, упало число компаний, на практике осуществлявших страховые операции, во-вторых, заметно упало региональное присутствие страховых компаний. В среднем по регионам России число компаний, осуществлявших в них страховые операции, упало на 11%. Существует всего несколько территорий, на которых выросло

присутствие страховщиков. Это Амурская область, Камчатский и Красноярский края, Липецкая, Нижегородская, Омская области. С другой стороны наибольший отток страхового капитала наблюдается в Белгородской, Курганской, Ленинградской, Псковской областях, Ингушетии, Калмыкии, Мордовии, Тыве, Хакасии, Чеченской Республике, Республике Марий Эл, а также Чукотском автономном округе. На этих территориях отмечено снижение числа компаний, проводящих операции страхования, более чем на 20%.

В 2008 г. продолжился рост доли иностранного капитала в совокупном уставном капитале российских страховщиков — с 9,7% (15,8 млрд руб.) в 2007 г. до 13,5% (20,5 млрд руб.) в 2008 г. (табл. 2.5).

Таблица 2.5

Иностранное участие в уставных капиталах российских страховщиков, 2006–2008 гг.

Вид участия иностранных инвесторов	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Косвенное участие иностранных инвесторов	2,4%	3,8%	6,6%
Прямое участие иностранных инвесторов	2,1%	5,9%	6,9%

Рост прямого участия иностранных инвесторов в уставных капиталах российских страховщиков вызван прежде всего покупкой страховой организации «Оранта» голландской компанией (сумма уставного капитала — 1 млрд руб.); переходом 50% уставного капитала ОСАО «Россия» в собственность кипрских организаций (на сумму 1 млрд руб.); а также приобретением шведскими инвесторами СОАО «Регион» (уставный капитал — 0,3 млрд руб.).

В общей сложности в форме прямых инвестиций в уставные капиталы российских страховщиков в течение 2008 г. было направлено 3,4 млрд руб., при этом в ряде компаний произошло сокращение доли прямых иностранных инвестиций на общую сумму 2,3 млрд руб. Так, ООО «Страховая компания «Согласие»» полностью перешло из собственности кипрской организации в собственность российского физического лица (вклад иностранного инвестора в данную компанию в 2007 г. составлял 1,6 млрд руб.).

Увеличение доли косвенного участия иностранных инвесторов в уставных капиталах страховых организаций произошло, в первую очередь, за счет перехода собственности на ЗАО «Страховая группа «УралСиб»» (уставный капитал 2,2 млрд руб.), 87% акций ЗАО СКПО «УралСиб» (уставный капитал 1,1 млрд руб.) и ЗАО «КапиталЪ перестрахование» (уставный капитал 0,9 млрд руб.) к организациям, являющимся дочерними по отношению к иностранным инвесторам.

Доля участия иностранного капитала в уставном капитале компаний существенно различается у различных групп страховщиков.

Можно выделить четыре степени такого участия: страховщики, 100% акций которых принадлежит иностранным инвесторам; страховые организации, доля иностранного участия в уставном капитале которых превышает 50%, но менее 100%; компании, имеющие долю иностранного участия в размере менее 50%, и страховщики, не имеющие участия иностранных инвесторов вообще.

Наиболее крупные представители каждой из указанной групп приведены в табл. 2.6.

Иностранные инвесторы в последние годы активно наращивали свое участие в уставных капиталах российских страховщиков. Доля страховщиков, не имеющих в своем капитале зарубежной составляющей, как и доля совокупного уставного капитала данной группы страховщиков, доля собираемой или страховой и перестраховочной премии, неуклонно снижается.

Наиболее значимыми изменениями в структуре прямых иностранных инвестиций в российский страховой сектор в 2008 г. необходимо отметить 16-и кратный рост инвестиций нидерландских инвесторов — на конец 2008 г. компаниям, зарегистрированным в данной стране принадлежало шесть крупных российских страховщиков, среди которых «РЕСО-гарантия», «Оранта», «ИНГ Лайф», «Интач Страхование» и другие.

Значительно (на 21%) вырос размер германских инвестиций в уставные капиталы российских страховщиков за счет увеличения доли германского инвестора в уставном капитале РОСНО и в уставном капитале «ЭРГО Русь».

Таблица 2.6

Лидеры рынка по группам в зависимости от доли иностранного участия в уставном капитале, 2008 г., уставный капитал

Доля иностранного участия			Нет иностранного участия
100%	**более 50%**	**менее 50%**	
«УралСиб» (2,2 млрд руб.)	«РЕСО-гарантия» (3,1 млрд руб.)	«Ингосстрах» (2,5 млрд руб.)	«АльфаСтрахование» (5 млрд руб.)
«Цюрих. Ритейл» (1,5 млрд руб.)	«Россия» (2 млрд руб.)	«Стандарт-Резерв» (1,7 млрд руб.)	«Московская страховая компания» (3,5 млрд руб.)
«Оранта» (1 млрд руб.)	«РОСНО» (1,3 млрд руб.)	«Энергогарант» (0,9 млрд руб.)	«СОГАЗ» (3,1 млрд руб.)
«КапиталЪ Перестрахование» (0,9 млрд руб.)	«СКПО УралСиб» (1,1 млрд руб.)	«Русская страховая компания» (0,6 млрд руб.)	«Росгосстрах Столица» (3 млрд руб.)
«Региональный альянс» (0,4 млрд руб.)	«Национальная страховая группа» (1 млрд руб.)	«РСТК» (0,5 млрд руб.)	«Согласие» (2,3 млрд руб.)

Высокой остается доля британских инвесторов в уставных капиталах российских страховых организаций. Крупнейшими российскими страховыми компаниями с участием британского капитала являются «Энергогарант», «РЕСО-гарантия» и «ЭЙС».

Однако кроме увеличения доли иностранных инвесторов в уставном капитале российских страховщиков в 2008 г. наблюдалось и их сокращение. Так, доля инвестиций компаний, зарегистрированных на Кипре, снизилась на 73%. Кипрские инвесторы полностью вышли из уставных капиталов страховщиков «РЕСО-гарантия», доля которых полностью перешла к нидерландским инвесторам, «Согласие» и «ВТБ Страхование».

В 2009 г. также наблюдается уход иностранных страховщиков с российского страхового рынка. Основные причины, указываемые иностранными компаниями, сводятся к непрозрачности бизнеса, сложности законодательных процедур, неясности перспектив стратегического развития. Так, с сентября 2009 г. голландская группа ING прекратила деятельность своей дочерней компании в России по страхованию жизни «ИНГ лайф». Компания «ИНГ лайф» закрыла агентства в Тюмени, Екатеринбурге, Уфе, Перми, Казани, Волгограде, Ростове-на-Дону,

Краснодаре, Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде и Самаре, почти все из которых были открыты в том же году.

В октябре 2009 г. было объявлено о прекращении страховых операций компании Fortis в России, которая вышла на российский рынок в 2006 г. В 2008 г. банковско-страховой гигант Fortis NV из-за огромных долгов был распродан по частям.

2.2. Андеррайтинг в страховании

2.2.1. Сущность, принципы и функции андеррайтинга в страховании

Российская система страхования вступает на новый этап своего развития. В целях обеспечения стабильности и динамичного роста необходимо преодолеть кризисные явления. Сложность учета рисков в страховой деятельности связана прежде всего с их многоаспектностью, взаимозависимостью в изменяющихся условиях, сложностью формализации и многими другими факторами. В страховой практике риск выступает как вполне конкретная вероятность наступления страхового случая в связи с которой возникает необходимость выплаты страхового возмещения. Оценка риска и выполнение определенных шагов по его минимизации возложено в страховых компаниях на высококвалифицированных специалистов страхового дела — андеррайтеров.

На величину страхового риска могут оказывать влияние как макро-, так и микроэкономические факторы. В условиях, когда экономика нестабильна, законодательство несовершенно, а во многих случаях и противоречиво, важное значение приобретает создание эффективной системы управления страховым риском. Поэтому специалисты страховой компании должны разрабатывать андеррайтерскую политику — документально оформленную схему организации оценки и управления страховыми рисками и систему контроля над исполнением страхователем рекомендаций по снижению принятых на страхование рисков.

Совокупность принятых в страховой компании приемов оценки и принятия на удержание страховых рисков, закрепленных в соответствующих нормативных документах, составляет

основу андеррайтерской политики. Эффективность, правильность этой политики в значительной мере определяют финансовую устойчивость и конкурентоспособность страховой компании.

В российской практике нет единого понятия относительно термина андеррайтинг. В финансовой практике под андеррайтингом понимается финансовая деятельность страховых и финансовых компаний и банков, при которой лицо или организация, именуемые андеррайтером, гарантирует заключаемые страховые контракты, размещение на рынке облигаций или акций на согласованных условиях за специальное вознаграждение, покупку и продажу инвестиционными компаниями и крупными брокерскими фирмами ценных бумаг новых выпусков на первичном рынке; так же называется и сам договор на размещение ценных бумаг между гарантом и эмитентом.

Согласно определению термина «андеррайтинг», приведенного в словаре терминов Международной ассоциации органов по надзору за страхованием (IAIS), андеррайтинг — это процесс, посредством которого страховая компания определяет, акцептовать ли предложение (заявление) страхователя о заключении договора страхования, и если акцептовать, то на каких условиях.

Основная задача андеррайтинга заключается в отборе рисков для формирования оптимального с точки зрения финансово-экономических целей компании страхового портфеля посредством приема на страхование объектов определенного рода и уклонения от приема на страхование других объектов. Андеррайтер (в пределах своих полномочий) вправе отказать в приеме на страхование наиболее рискованных объектов, когда вероятность страховой выплаты и уровень убытка настолько велики, что не могут рассматриваться как случайное событие.

Андеррайтер — это квалифицированный специалист либо специальная организация, действующие от имени страховщика и имеющие от него полномочия принимать на страхование или отклонять предложенные объекты страхования, определять тарифные ставки и конкретные условия договора страхования этих объектов, исходя из норм страхового права и планируемых финансовых результатов в пределах имеющихся полномочий.

Одна из главных задач андеррайтера состоит в качественной и количественной оценках принятого риска. Под качественной оценкой следует понимать процесс идентификации рисков и определения рисков, требующих незамедлительной минимизации. Оценка условий возникновения рисков и определение их воздействия на возникновение ущерба в страховании осуществляется стандартными методами, использование которых помогает частично избежать неопределенности.

Под количественной оценкой понимается установление количественных характеристик страхового риска: интенсивности возникновения страховых событий в застрахованных объектах и возможной тяжести ущерба, наносимых собственности страхователей (их имущественным интересам). Количественная оценка риска позволяет определить:

– вероятность наступления страхового случая;

– объемы непредвиденных затрат, которые могут быть осуществлены в целях снижения последствий при возникновении ущерба, в результате наступления риска;

– риски, в отношении которых существует необходимость незамедлительного принятия решения по их минимизации или ликвидации.

Для определения количественных характеристик страхового риска, непосредственно влияющих на уровень страховых тарифов, андеррайтер должен располагать статистическими данными о прохождении страховых договоров данного вида страхования, а также методиками анализа страхового риска и расчета страховых тарифов. Однако определением уровня страхового тарифа для базового перечня условий страхования количественный анализ страхового риска не исчерпывается. Андеррайтеру в реальных условиях страхования приходится решать ряд дополнительных вопросов[1]:

а) изыскание возможностей снижения страхового тарифа, когда страховая плата, с точки зрения страхователя, оказывается чрезмерно высокой (в этом случае андеррайтер может по-

[1] Иванов С. С., Голубев С. Д., Черная Л. А., Шарфутдинова Н. Е. Теория и практика рискового страхования. — М.: АНКИЛ–РОСНО, 2007.

пытаться ввести, там, где это допустимо, механизм франшизы и таким образом разделить страховой риск между страхователем и страховщиком, чтобы обеспечить обоснованное снижение тарифных ставок, не нарушая фундаментального принципа безубыточности ведения страховых операций);

б) обеспечение финансовой устойчивости страховой организации путем ограничения величины принимаемого на удержание страхового риска, например введением ограничений на максимальный размер страховых выплат (в этом случае риск распределяется между страхователем и страховщиком), либо за счет использования механизмов перестраховочной защиты (здесь прямой страховщик — цедент — передает перестраховочной компании часть принятого на страхование риска, что влечет за собой и передачу ей части полученной от страхователя страховой премии);

в) анализ и оценку возможности проявления в риске, принимаемом на страхование, эффекта кумуляции, когда несколько (или большое число) объектов оказываются затронутыми одним и тем же страховым событием; естественные условия для проявления кумуляции риска складываются при возникновении различного рода природных катастрофических явлений: ураганов, наводнений, землетрясений (достаточно наглядным примером проявления эффекта кумуляции страхового риска может служить ситуация, когда в одной страховой компании застраховано множество объектов электроэнергетических систем, находящихся в зоне действия мощных природных катаклизмов; либо на одном объекте концентрируются большие материальные ценности, как при перевозке на одном судне грузов, имеющих в совокупности высокую стоимость; также при страховании промышленных предприятий с опасными производственными объектами, когда стоимость производственного и технологического оборудования исчисляется десятками и даже сотнями миллионов долларов США).

Кроме перечисленных выше, к основным задачам андеррайтинга относятся:

– определение перечня факторов, существенно влияющих на повышение вероятности наступления страхового случая, в

зависимости от видов страховых случаев и объектов страхования, указанных в правилах, а также возможности их учета при расчете страхового тарифа;

– установление числовых значений повышающих (понижающих) поправочных коэффициентов, учитывающих наличие (отсутствие) факторов, существенно влияющих на вероятность наступления страхового случая;

– определение перечня основных и дополнительных условий, включаемых в договор страхования;

– установление числовых повышающих (понижающих) поправочных коэффициентов, учитывающих наличие (отсутствие) в договоре страхования того или иного условия;

– селекция и антиселекция страхового портфеля.

Цель андеррайтинга конкретизируется в андеррайтинговой политике, которая должна учитывать[1]:

– финансовые возможности страховщика платить по обязательствам;

– взаимосвязь с другими политиками страховщика — бюджетной, финансовой, инвестиционной, выплатной, кадровой;

– величину прогнозируемого андеррайтерского дохода, устойчивость и управляемость портфеля рисков;

– политику перестрахования;

– объем полномочий андеррайтеров и их мотивацию;

– прогноз уровня убыточности, определяющего размер отчислений в фонд больших (нестатистических) убытков и величину статистических индексов выплат, а также отклонения фактической суммы убытков от прогноза;

– конкурентов и их предложения на рынке;

– допустимые нормы дебиторской задолженности;

– изменения в законодательстве и возможности их оперативного учета в политике страховщика;

– программы по развитию новых видов страхования.

Политика реализуется путем выполнения функций андеррайтинга, среди которых[2]:

---

[1] Архипов А. П. Андеррайтинг в страховании. Теоретический курс и практикум. — М.: Юнити-Дана, 2007.

[2] Там же.

1. Аналитическая функция, включающая решение следующих задач:

– идентификацию объекта страхования;

– определение перечня факторов, существенно влияющих на повышение вероятности наступления страхового случая, в зависимости от видов страховых случаев и объектов страхования, указанных в правилах, а также возможности их учета при расчете страхового тарифа;

– проверку и подтверждение страхового интереса страхователя;

– оценку приемлемости заявляемых на страхование рисков;

– установление числовых значений повышающих (понижающих) поправочных коэффициентов, учитывающих наличие (отсутствие) факторов, существенно влияющих на вероятность наступления и тяжесть последствий страхового случая;

– оценку (согласование со страхователем) страховой стоимости, страховой суммы;

– определение наиболее вероятных мест проявления рисков на объекте страхования и оценку среднего и максимального убытков;

– анализ убыточности страхового портфеля по соответствующему виду страхования за определенный период времени для выдачи рекомендаций по повышению (понижению) тарифов на очередной период;

– оценку рынка по объектам и видам страхования;

2. Практическая функция:

– принятие решения о приеме на страхование или отказе по конкретным заявляемым объектам страхования;

– определение соответствия перечня покрываемых страхованием рисков, предусмотренным рискам при актуарных расчетах;

– определение перечня основных и дополнительных условий договора страхования;

– определение страхового тарифа для конкретного объекта страхования;

– согласование со страхователем страховой суммы;

– разработка и реализация плана мероприятий по снижению рисков (управление риском);

– наблюдение за объектом страхования в целях контроля изменений степени застрахованных рисков;

– разработка перестраховочной защиты;

– рекомендации по изменению тарифного руководства;

3. Методическая функция, предусматривающая решение следующих задач:

– разработку политики андеррайтинга, рабочих инструкций для андеррайтинга по виду страхования;

– обучение продавцов приемам и методике оценки риска по типовым (стандартным) договорам страхования (стандартному андеррайтингу);

4. Контрольная функция, включающая:

– мониторинг объекта страхования и уровня рисков;

– контроль выполнения плана мероприятий по снижению рисков;

– контроль качества проведения стандартного андеррайтинга продавцами;

– мониторинг параметров страхового портфеля и коррекция продуктовой и тарифной политики.

Таким образом, в процессе страхования андеррайтинг играет важную роль, обеспечивая качественные характеристики страхового портфеля и устойчивость компании в целом.

Прогресс в развитии компьютерных и коммуникационных технологий, произошедший в мире в последние десятилетия, имеет большое значение для системы андеррайтинга. Так, развитие интернет-страхования дало возможность желающим заключать договоры страхования в режиме реального времени. Использование электронных систем резко преобразило страховой рынок. Обратной стороной программной торговли стала все увеличивающаяся сложность в определении нестандартных рисков или в проведении процедуры индивидуального андеррайтинга. Архипов А. П.[1] предлагает следующую систему процедур при индивидуальном или двухступенчатом андеррайтинге (рис. 2.3).

[1] Архипов А. П. Андеррайтинг в страховании. Теоретический курс и практикум. — М.: Юнити-Дана, 2007.

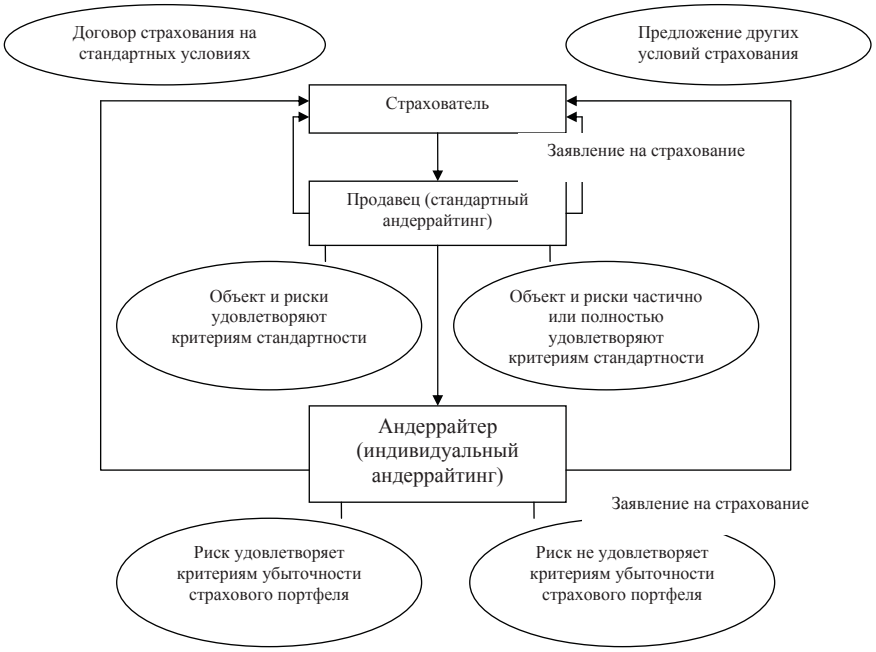


Рис. 2.3. Двухступенчатый андеррайтинг

При этом под индивидуальным андеррайтингом понимается комплекс мероприятий по принятию на страхование рисков по заявленному объекту на основе изучения и оценки его индивидуальных особенностей и рисков с целью формирования условий страхования, объема страхового покрытия и страхового тарифа в целях обеспечения заданных значений убыточности по определенному виду страхования (страховому портфелю в целом). Индивидуальный или специализированный андеррайтинг проводится, как правило, специалистами-андеррайтерами.

Стандартный андеррайтинг — это комплекс мероприятий по принятию на страхование рисков по заявленному объекту путем оценки соответствия установленным критериям стандартности (типовым условиям), определения условий страхования объема страхового покрытия и тарифа из числа заранее установленных вариантов. То есть, это базовый объем действий по андеррайтин-

гу, который проводится в типичных случаях и осуществляется самим продавцом.

Критериями стандартности выступает ограниченный набор показателей по объекту страхования (виды и состояние объектов, перечень и соблюдение мер безопасности), условиям страхового покрытия (набор рисков и страховых случаев, исключения из покрытия, базовые тарифы, поправочные коэффициенты к ним, франшизы). Эти параметры указываются в страховом продукте, тарифном руководстве, условиях заключения договора, условиях продаж и иных инструктивных материалах для продавцов. Основы стандартного андеррайтинга закладываются в тарифной политике и инструкции по андеррайтингу, которая включает:

1. Общие положения (цели, термины и определения).
2. Уровни андеррайтинга (первичный и специализированный, порядок их проведения).
3. Перечень стандартных и нестандартных рисков и порядок их оценки.
4. Перечень объектов страхования и их категории.
5. Порядок определения тарифов (таблицы базовых тарифов и система поправочных коэффициентов).
6. Необходимые для проведения андеррайтинга формы-приложения.

С точки зрения технологий и математического инструментария страховые риски имеют различные координаты измерения, например при заключении договора страхования жизни, отдельно необходимо учитывать состояние здоровья лица, желающего застраховаться, условия страхового продукта, валютные курсы (при условии, что договор заключается в иностранной валюте) и т. д.

К этим координатам необходимо добавить фактор времени и требования к рентабельности. Поэтому технологическая и организационная сложность андеррайтинга при страховании через систему Интернет заключается в оценке рисков в пространстве всех этих измерений, сначала на локальном уровне конкретного клиента, а затем на глобальном — страховой компании в целом. Целью андеррайтинговой политики в данном случае бу-

дет являться количественная оценка вероятности наступления страхового случая, уровня риска и принятие соответствующих мер ограничения: предложение превентивных мероприятий по снижению вероятности наступления конкретных рисков, ограничение лимита ответственности страховщика, разработка и реализация системы перестрахования и т. д.

Поскольку некоторые виды рисков могут быть независимы один от другого, а на некоторых объектах они могут концентрироваться одновременно, то глобальная андеррайтинговая система контроля и оценки рисков должна строиться на процессном подходе. Иными словам, технология оценки и управления рисками должна соответствовать всей совокупности сложностей, связанной с управлением рисками (множественность факторов рисков и правил их оценки, процедур и информационных ограничений на сложность применяемого методологического инструментария).

Стандартная классификация рисков по типовым характеристикам проявления источников (или факторов) риска на конкретных объектах риска позволяет применить вероятностно-множественный подход для расчета числовых оценок возможных потерь от реализации рисковых событий (вероятность, математическое ожидание потерь, дисперсии). При таком подходе источники и факторы риска рассматриваются как случайные величины на множестве объектов страхования. На основе собственной статистики наблюдений или привлеченных баз данных делаются статистические предложения (гипотезы) о характере статистических параметров указанных величин. Например, для объектов личного страхования делаются статистические предположения о вероятности дожития лица определенного возраста до намеченного срока, вероятности смерти застрахованного в течение срока действия договора страхования и т. д. После идентификации статистических характеристик каждого источника (фактора) риска можно построить так называемые сети случайных событий. В рамках сетей случайных событий каждый факт потерь, обусловленных страховыми рисками, может быть представлен как комбинация нескольких случайных величин, отражающих тот или иной фактор, способный спровоцировать

неблагоприятное событие на одном и том же объекте, повлиять на стоимость страховой услуги или повлиять на ход страхового события.

2.2.2. Процедура андеррайтинга

Процесс андеррайтинга состоит из нескольких этапов:

1. Оценивание рисков, свойственных объекту, предлагаемому к страхованию.
2. Выработка решений о страховании объекта и отказа в страховании.
3. Расчет размера страховой премии.
4. Заключение договора страхования.
5. Разработка мероприятий по снижению рисков.
6. Контроль состояния застрахованного объекта, факторов, способствующих и препятствующих развитию рисков, и выполнения мероприятий по снижению рисков.

На первом этапе оценки рисков андеррайтер устанавливает всю совокупность рисков, действующих на объект страхования, выделяет среди них страховые и не подлежащие страхованию риски, оценивает страховые риски и из всей их совокупности выбирает те, которые могут быть приняты на страхование с учетом особенностей заключаемого договора страхования. Как известно, начальным этапом заключения договора страхования является оформление заявления и анкеты-опросника. На основе информации, содержащейся в этих документах, андеррайтер приступает к изучению объекта страхования. Также информационной базой для начального этапа андеррайтинга служит заключение сюрвейера и акт предстраховой экспертизы. Дополнительная информация предоставляется страховщику в том случае, если в первичной информации есть основания считать риск, заявленный на страхование, «нестандартным». К дополнительной информации в личном страховании относится информация, связанная с наличием или отсутствием опасных заболеваний застрахованного, наличие у него вредных привычек, его принадлежность к опасной профессии и т. д.

Предстраховая экспертиза является важнейшим этапом деятельности страховщика — от ее качества зависит успех всех

последующих этапов заключения и исполнения договора страхования. На практике применяются как стандартная, так и индивидуальная экспертизы. В общем случае предстраховая экспертиза включает в себя изучение объекта и предмета страхования по документам, а при необходимости — непосредственный осмотр и составление заключения. Для проведения качественной оценки и полной экспертизы страхуемых объектов в страховой компании составляется подробная памятка, включающая в себя все этапы проверки страхуемого объекта и порядок составления отчета. Экспертная оценка страхуемого объекта осуществляется путем:

– проведения общего визуального осмотра предлагаемого объекта страхования;

– знакомства с документацией.

Изучив представленные документы, проверив их, ознакомившись с состоянием объекта, систематизируются все замечания и упущения, выявленные в процессе экспертной проверки, даются рекомендации по их устранению. В отдельных случаях указываются сроки устранения замечаний с припиской, что если они не будут устранены в указанные сроки, страховая компания при случившемся страховом событии ответственности не несет.

По ряду видов рисков в имущественном и личном страховании существуют отработанные методы определения степени риска. Как правило, расчет оценки риска с достаточно высокой точностью производится при наличии имеющихся статистических данных по количеству однородных рисков и ущерба по ним. Но по целому ряду рисков таких данных нет или их количество и сумма ущерба занижены, что не позволяет составить четкую картину по характеристике возможных рисков и ущерба по ним.

В этих случаях используют метод сравнения с близкими по характеру имущественными рисками, а также используют фактические статистические данные, умноженные на величину допущенных неучтенных данных по количеству произошедших событий и размеру ущерба по ним. Скорректированные данные используются в расчетах оценки риска.

Предстраховая экспертиза может проводиться и продавцом, если объект относительно прост. В более сложных

случаях его проводят андеррайтеры вместе с продавцом, а в самых сложных — сюрвейеры или перестраховщики вместе с андеррайтером.

На втором этапе андеррайтинга принимается решение по совокупности проанализированных факторов о принятии, либо отклонении риска от страховой защиты. Разница в рисках принимаемых на страхование объектов выражается в стоимости страховой услуги.

Андеррайтер должен оценить заявляемые на страхование риски с учетом всех присущих им субъективных факторов и убедиться в том, что факторы, присущие конкретному объекту, находятся не ниже уровня, заложенного в тарифные расчеты. Требуемый уровень субъективных факторов задается политикой андеррайтинга, правилами (условиями) страхования и тарифным руководством.

Субъективные факторы существенно различаются в зависимости от объектов страхования и проявляются индивидуально для каждого объекта.

Если в результате предстраховой экспертизы установлен факт соблюдения страхователем всех технических, технологических, организационных, медико-социальных и прочих нормативов, можно предположить, что ожидаемый ущерб будет соответствовать нормальным или благоприятным условиям расчета страховых тарифов и, следовательно, возможно применение понижающих коэффициентов к тарифу. При выявлении нарушений необходимо применять повышающие коэффициенты или отказать в страховании. Для уникальных объектов или условий их эксплуатации (хранения и т. п.), не соответствующих актуарным расчетам, необходимо проводить дополнительные исследования с привлечением специалистов для оценки вероятности наступления страховых случаев по заявленным рискам.

На этом этапе оценивается риск в смысле опасностей, которым он может быть подвергнут, степень и вероятность причинения ущерба в результате воздействия опасностей, самое рациональное страховое покрытие для данного объекта страхования,

возможность ликвидации и минимизации убытков в случае их возникновения, возможные последствия страхового случая.

После анализа рисков андеррайтер принимает решение страховать конкретный риск или нет, так как вероятные убытки слишком велики. Это — самая важная стадия андеррайтинга, поскольку от принятого решения будут зависеть будущее развитие бизнеса страховой компании и финансовые результаты ее деятельности.

На следующем этапе андеррайтинга осуществляется расчет размера страховой премии. В страховании принято различать два вида страховых премий: нетто-премию и брутто-премию. Нетто-премия представляет собой часть страховой премии, которая предназначена для формирования страхового фонда, используемого для текущих страховых выплат и создания страховых резервов. Нетто-премия, будучи дополнена расходами страховщика, необходимыми для ведения дела, а также составляющей премии на формирование плановой прибыли, образует брутто-премию. Наличие составляющей страховой премии, используемой для формирования прибыли, является необходимым элементом финансового механизма страховой компании.

В Российской Федерации для расчета тарифов по страхованию имущества применяют «Методику расчета тарифных ставок по рисковым видам страхования», утвержденную Росстрахнадзором 8 июля 1993 г. за № 02-03-36, в соответствии с которой страховой тариф — это ставка страхового взноса с единицы страховой суммы или объекта страхования, который состоит из нетто-ставки, включающей основную и рисковую части и нагрузки. Однако эта методика применима в тех случаях, когда существует статистика либо какая-то другая информация по рассматриваемому виду страхования, что позволяет оценить вероятность наступления страхового случая по одному договору страхования, среднюю страховую сумму по одному договору страхования и среднее возмещение по одному договору страхования при наступлении страхового случая. Кроме того, методика исходит из отсутствия опустошительных событий, которые могут привести к наступлению нескольких страховых

рисков и заранее известного количества заключенных договоров. В личном страховании страховой тариф также включает в себя нетто-ставку и нагрузку, однако, расчет страховой премии осуществляется при помощи разработанных страховщиком таблиц смертности и таблиц коммутационных чисел. Кроме того, для определения тарифной ставки в личном страховании необходима информация о норме доходности инвестиций временно свободных денежных средств страховых фондов.

Таким образом, для каждой отрасли страхования предусмотрены отдельные методики расчета страховых тарифов, определением которых занимается актуарий, имеющий квалификационный аттестат. Однако на формирование страхового тарифа оказывает влияние и оценка риска андеррайтера, который вносит в тарифную ставку рисковую составляющую (рис. 2.4). Поскольку андеррайтер несет ответственность, с одной стороны за безубыточность прохождения заключенных компанией страховых договоров, с другой — за успешную работу компании в соответствующем секторе страхового риска, то он может участвовать в процедуре формирования страховых тарифов. При этом андеррайтер может вносить поправки к полученным формальными методами значениям страховых тарифов с целью учета таких трудно формализуемых факторов, как ошибочность идентификации параметров страхового риска в условиях недостаточной статистической базы о прохождении страховых договоров, изменчивости параметров страхуемых объектов во времени, наличие (или отсутствие) на страхуемых объектах технических средств и организационных мер предупреждения страховых событий и их развития и т. д.[1]

Важнейшим этапом андеррайтинга является формулирование конкретных условий договора. Андеррайтер определяет технические параметры готовящегося договора и формулирует те обязательства, которые возьмет на себя страховщик, а также оценивает будущие объемы поступления страховой премии.

---

[1] Иванов С. С., Голубев С. Д., Черная Л. А., Шарфутдинова Н. Е. Теория и практика рискового страхования. — М.: АНКИЛ-РОСНО, 2007.

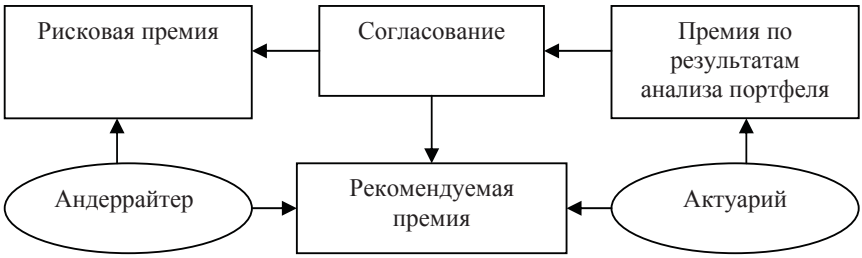


Рис. 2.4. Формирование страховой премии

После заключения договора страхования андеррайтер участвует в сопровождении договора, осуществляя мониторинг состояния объекта (предмета) страхования и контроль выполнения страхователем плана мероприятий по снижению рисков и в случае изменения параметров принятых на страхование рисков пересчитывает страховой тариф и готовит изменения в договор.

В процессе прохождения договора страховщик, согласно правилам страхования и действующему законодательству, имеет право проводить текущие проверки застрахованного объекта на предмет исполнения условий договора, предписаний контролирующих и экспертирующих органов, которые могут повлиять на возникновение страхового случая. В случае обнаруженных отступлений от условий договора и других нарушений может ставить вопрос о расторжении договора либо снятии с себя ответственности при страховом событии.

Экспертиза объекта страхования в процессе заключения договора, текущий, периодический контроль за ходом исполнения условий договора, корректировка договора в соответствии с возникшими обстоятельствами — это элементы управления рисками, направленные на их предотвращение или минимизацию.

Эффективность андеррайтинга оценивают по финансовым результатам страхования. В общем финансовом результате выделяют следующие уровни:

1) андеррайтерский результат — соотношение понесенных расходов, включая страховые выплаты, с заработанной нетто-премией;

2) страховой результат — сумма андеррайтерского результата и доходов от инвестирования страховых резервов;

3) операционный результат — сумма страхового результата и доходов от инвестирования акционерного капитала.

Каждый вид страхования обладает своими особенностями андеррайтинга. При страховании имущества основное внимание уделяется следующим аспектам:

1) внешнему состоянию имущества;

2) местоположению объекта;

3) функциональному назначению объекта;

4) устойчивости объекта к возникновению страхового случая и развитию убытков (наличие систем охраны и оповещения, систем пожаротушения и т. п.);

5) конструктивная прочность объекта;

6) условия эксплуатации.

Применительно к страхованию ответственности можно выделить следующие субъективные факторы, влияющие на возникновение риска:

1) вид профессиональной или производственной деятельности страхователя, наличие сертификатов, дипломов, лицензий на проведение профессиональной или производственной деятельности в случаях, предусмотренных законом;

2) соблюдение регламентов производственной и правил профессиональной деятельности;

3) соблюдение правил эксплуатации оборудования, в том числе опасных производственных объектов;

4) размер заявляемой на страхование ответственности (страховой суммы).

Применительно к страхованию предпринимательских рисков выделяются уже иные субъективные факторы:

1) вид предпринимательской деятельности, ее соответствие уставу и в случаях, предусмотренных законом о лицензировании, — действующим лицензиям;

2) репутация, финансовая устойчивость, кредитная история предпринимателя;

3) соответствие заявленных рисков действующим правилам (условиям) страхования.

При страховании коммерческих рисков основное внимание уделяется:

1) экономико-финансовому состоянию застрахованного;

2) правильности технико-экономических обоснований, подтверждающих величину ущерба;

3) заявленным рискам.

Применительно к страхованию от несчастных случаев субъективные факторы таковы:

1) количество, половозрастной состав и условия труда и отдыха застрахованных (при личном коллективном страховании более 30 человек индивидуальный андеррайтинг обычно не проводится);

2) заявленные риски;

3) состояние здоровья;

4) условия профессиональной деятельности и отдыха для индивидуальных страхователей и малочисленных групп застрахованных.

Для медицинского страхования:

1) количество, половозрастной состав и условия труда и отдыха застрахованных (при количестве более 30 человек индивидуальный андеррайтинг обычно не проводится);

2) заявленная программа и условия страхования;

3) состояние и история здоровья.

При страховании жизни на относительно длительный срок (более 3–5 лет) в современных условиях риск страховщика заключается в преждевременной смерти застрахованного. Этот риск зависит от возраста застрахованного на момент заключения договора, от состояния его здоровья, чем старше застрахованный и чем более он отличается от среднестатистических граждан (страхователей), для которых составлены таблицы смертности. Общие подходы к андеррайтингу при страховании жизни аналогичны андеррайтингу при медицинском страховании и страховании от несчастных случаев. При страховании жизни

обеспеченных граждан, чей образ и условия жизни существенно отличаются от среднестатистических, индивидуальный андеррайтинг потребоваться может, но это зависит от политики андеррайтинга и методов расчета тарифа, применяемых конкретным страховщиком.

Пенсионное страхование в современных условиях проводится на безрисковой основе, поэтому роль стандартного андеррайтера (продавца) сводится к получению от застрахованных сведений (пол, возраст, срок страхования, возраст выхода на пенсию и т. д.), необходимых для расчета тарифа.

Вопросы для самоконтроля

1. Что представляет собой андеррайтинг?
2. Какова роль андеррайтинга в страховании?
3. Перечислите основные цели и функции андеррайтинга.
4. Охарактеризуйте этапы андеррайтинга.
5. В чем особенности андеррайтинга в имущественном и в личном страховании?
6. Как влияет оценка риска андеррайтером на величину тарифной ставки?
7. Что такое предстраховая экспертиза и как она проводится?
8. Какова роль эксперта в оценке страхового риска?
9. В чем отличие стандартного от индивидуального андеррайтинга?
10. В чем заключается эффективность работы андеррайтера?

2.3. Договор страхования и его особенности

Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим правоотношения страховщика и страхователя, служит ***договор страхования***, который представляет собой соглашение между страхователем и страховщиком, регламентирующее их взаимные обязательства в соответствии с условиями данного вида страхования.

По договору имущественного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату при наступлении предусмотренного в договоре страхового случая возместить другой стороне (страхователю) или иному лицу, в пользу которого заключен договор, причиненные вследствие страхового случая убытки в застрахованном имуществе либо убытки в связи с иными имущественными интересами страхователя в пределах страховой суммы.

По договору страхования ответственности может быть застрахован риск ответственности самого страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена.

По договору личного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина, достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события.

Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение оформления письменной формы влечет недействительность договора страхования. Однако существуют некоторые виды страхования которые не предусматривают оформление договора, в частности договоры обязательного государственного страхования. В остальных видах и формах страхования договор страхования обязателен.

Условия, на которых заключается договор страхования, могут быть определены в стандартных *правилах страхования*, принятых, одобренных или утвержденных страховщиком. Условия, содержащиеся в правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для страхователя (выгодоприобретателя), если в договоре прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне либо при-

ложены к нему. Однако при заключении договора страхования страхователь и страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений правил страхования и о дополнении правил.

Согласно ст. 942 ГК РФ существенными условиями договора страхования являются:

• достижение соглашения между страхователем и страховщиком в имущественном страховании, касающегося определенного имущества или имущественного интереса, являющегося объектом страхования; определенного события, на случай наступления которого заключается договор страхования; срока действия договора;

• достижение соглашения между страхователем и страховщиком при заключении договора личного страхования, касающегося характера события, на случай наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование; застрахованного лица; размера страховой суммы; срока действия договора.

Важной особенностью страхового договора является вступление его в силу не в момент достижения его сторонами соглашения (или его подписания), а по общему правилу — в момент уплаты первого страхового взноса или всей страховой премии, если в нем не предусмотрено иное. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу. Однако договором может быть установлен и иной срок вступления его в силу, например с момента принятия в члены общества взаимного страхования. Из-за возможности несовпадения этих моментов закон определяет, что договорное страхование распространяется лишь на те страховые случаи, которые произойдут после вступления договора в силу (если договором прямо не предусмотрен иной срок начала действия страхования, например для обществ взаимного страхования).

Возможно также *досрочное прекращение договора* страхования, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска

прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. К таким обстоятельствам, в частности, относятся:

• гибель застрахованного имущества по причинам иным, чем наступление страхового случая;

• прекращение в установленном порядке предпринимательской деятельности лицом, застраховавшим предпринимательский риск или риск гражданской ответственности, связанной с этой деятельностью;

• истечение срока действия;

• отказ страхователя от договора.

Страхователь (выгодоприобретатель) вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по вышеуказанным обстоятельствам. В этом случае при досрочном прекращении договора страхования страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. При досрочном отказе страхователя (выгодоприобретателя) от договора страхования уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное. Срок исковой давности по требованиям, вытекающим из договора имущественного страхования, за исключением договора страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других лиц, составляет два года.

Срок исковой давности по требованиям, вытекающим из договора страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других лиц, составляет три года (ст. 197, 199, 966 ГК РФ). Кроме того, закон допускает односторонний отказ от данного договора для страхователя в любое время и без указания мотивов (если только не отпала сама возможность наступления обусловленного в договоре страхового случая, при котором его действие подлежит прекращению) (п. 2 ст. 958 и ст. 310, п. 3 ст. 450 ГК РФ). Страховщик вправе тогда удержать за собой фактически полученную им часть своей страховой премии, если

иное не предусмотрено договором страхования (ст. 958 ГК РФ), однако не может обращаться за возмещением причиненных ему убытков.

Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы (если договором страхования не предусмотрено иное), когда страховой случай наступил вследствие:

• воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

• военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

• гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Если договором имущественного страхования не предусмотрено иное, страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения за убытки, возникшие вследствие изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения застрахованного имущества по распоряжению государственных органов.

Договор страхования прекращается в случаях:

• выполнения страховщиком своих обязательств перед страхователем по договору в полном объеме (прекращение обязательства исполнением);

• неуплаты страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

• ликвидации страхователя — юридического лица или смерти страхователя — физического лица (кроме случаев перехода прав страхователя к иным лицам).

Основные участники договора страхования. *К основным участникам договора страхования* относятся страховщик и страхователь.

Согласно ст. 6 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации", ***страховщиками*** могут выступать юридические лица, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившие лицензии в установленном законом порядке.

Страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона.

В договоре страхования могут принимать участие третьи лица, которые при определенных обстоятельствах становятся прямыми участниками страховых правоотношений, — это застрахованные лица и выгодоприобретатели.

Застрахованный — физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования. На практике застрахованный может быть одновременно страхователем, если уплачивает страховые взносы самостоятельно. Застрахованное лицо является главной фигурой личного страхования. Правовая сущность договоров личного страхования состоит в том, что они заключаются только в пользу конкретного физического лица, названного в договоре страхования.

Застрахованные лица в договорах страхования гражданской ответственности, так же как и в договорах личного страхования, обязательно должны быть названы. Если застрахованное лицо не названо в договоре страхования, то считается застрахованной ответственность самого страхователя.

Однако в страховой практике фигура застрахованного лица может выступать только в качестве застрахованного, не являясь при этом ни страхователем, ни выгодоприобретателем. Речь идет о застрахованных лицах, назначаемых страхователями в имущественном виде страхования, в частности при страховании ответственности за причинение вреда. По договорам данного вида страхования может быть застрахована гражданско-правовая ответственность не только страхователя, но и иного третьего застрахованного лица. В частности: “По договору страхования риска ответственности по обязательствам, возникшим вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других лиц, может быть застрахован риск ответственности самого страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена” (п. 1 ст. 931 ГК РФ).

Выгодоприобретатель — лицо, назначенное страхователем в качестве получателя страхового возмещения или страховой суммы по личному страхованию. В качестве выгодоприобретателей страхователи могут назначать граждан и юридических лиц.

Выгодоприобретателями в договорах имущественного страхования могут быть названы лица, которые в момент их назначения или к моменту наступления страхового случая обладают страховым интересом, основанным на законе, ином правовом акте или договоре. К выгодоприобретателям по договорам страхования относятся также и лица, к которым право на получение страхового возмещения по имущественному страхованию может перейти в порядке правопреемства, связанного с переходом прав на застрахованное имущество. Обоснованием перехода прав по договору страхования имущества от одного лица к другому является обстоятельство, связанное с переходом прав на имущество. При этом одновременно переходит и страховой интерес от предыдущего владельца имущества к новому владельцу, к которому имущество может перейти на основании закона, иных правовых актов или договора.

Другой особенностью правового положения выгодоприобретателей по договорам страхования является то, что страхователи при назначении выгодоприобретателей в момент заключения договора страхования вправе по своему усмотрению в одних случаях указывать их в договорах страхования, а в других не указывать. Не указанные в договорах страхования выгодоприобретатели в момент заключения договора еще не известны ни страхователю, ни страховщику. Они становятся известными сторонам договора страхования позже, до момента наступления страхового случая либо к моменту наступления страхового случая. Порядок заключения договоров страхования в пользу лиц, не известных сторонам договора страхования, определяется правилом, предусмотренным ст. 930 ГК РФ: “Договор страхования имущества в пользу выгодоприобретателя

может быть заключен без указания имени или наименования выгодоприобретателя (страхование "за счет кого следует"). При заключении такого договора страхователю выдается страховой полис на предъявителя. При осуществлении страхователем или выгодоприобретателем прав по такому договору необходимо представление этого полиса страховщику".

Договоры страхования в пользу выгодоприобретателей без указания их имени или наименования можно заключать только при страховании имущества, так как подобный порядок назначения выгодоприобретателей в личном страховании законом не предусматривается и соответственно запрещается.

Характерным признаком правового положения выгодоприобретателей является и то, что они вступают в страховые правоотношения не самостоятельно, а путем назначения их страхователями или застрахованными лицами в соответствии со ст. 430 ГК РФ "Договор в пользу третьего лица".

Страхователь вправе заменить выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом страховщика. Замена выгодоприобретателя по договору личного страхования, назначенного с согласия застрахованного лица (п. 2 ст. 934 ГК РФ), допускается лишь с согласия этого лица.

2.4. Страховые посредники

2.4.1. Страховые агенты

Посреднические услуги в области страхования являются одним из важнейших элементов развитого страхового рынка. В соответствии с классификацией GITS BTO по тарифам посреднические услуги в области страхования относятся к более общему понятию "страховая услуга", являющемуся, в свою очередь, подсистемой "финансовых услуг".

Включение посреднических услуг по страхованию в понятие "страховая услуга" и одновременное выделение самостоятельно-

го значения этого института требуют от стран — участниц ВТО распространения на деятельность зарубежных посредников на национальных рынках режима наибольшего благоприятствования, свойственного духу и, как правило, букве основных норм Генерального соглашения о торговле услугами и ВТО. Тенденция глобализации посреднической деятельности в области страхования, присущая деятельности страховых брокеров и страховых агентов, объясняется необходимостью представления интересов страхователя, используя знания в страховании, особенностей национального и международного рынка.

Правовое положение страховых агентов определяется Законом "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и положениями ГК РФ. ***Страховые агенты*** — постоянно проживающие на территории Российской Федерации и осуществляющие свою деятельность на основании гражданско-правового договора физические лица или российские юридические лица (коммерческие организации), которые представляют страховщика в отношениях со страхователем и действуют от имени страховщика и по его поручению в соответствии с предоставленными полномочиями.

Деятельность страховых посредников подчинена выполнению двух основных функций — продвижение страховых услуг от страховщика к потребителю и консультационное сопровождение потребителя. Страховыми агентами могут выступать как физические, так и юридические лица, постоянно проживающие на территории РФ, осуществляющие свою деятельность на основании гражданско-правового договора, или российские юридические лица, которые представляют страховщика в отношениях со страхователем и действуют от имени страховщика и по его поручению. Обладая определенными полномочиями, страховые агенты самостоятельно заключают договоры страхования, но от имени и за счет страховщиков.

Страховые агенты — юридические лица — это организованные в определенной организационно-правовой форме,

предусмотренной законодательством страны их местонахождения, которые созданы в целях оказания страховым компаниям страховых посреднических услуг. Страховыми агентами могут быть юридические лица, основным видом деятельности которых является иная, чем страхование деятельность, но которые в силу наличия достаточно большой клиентской базы могут предлагать страховые услуги наряду со своей основной деятельностью. К таким организациям можно отнести юридические конторы, туристические агентства, автосалоны и др. Совокупность юридических лиц, выступающих в качестве страховых агентов, составляет так называемую альтернативную сеть распространения данного страховщика. Взаимоотношения между страховой компанией и страховыми агентами — юридическими лицами регулируются генеральными соглашениями о сотрудничестве и ежегодными протоколами к ним или контрактами работников данных фирм, которые выступают в роли агентов-совместителей.

Страховыми агентами — физическими лицами могут быть штатные сотрудники страховой компании.

Работа в качестве страхового агента требует от кандидата не только знаний в области предлагаемых видов страхования, но и психологии людей. Зарубежные страховые компании предъявляют к кандидатам на работу страховыми агентами высокие требования. Так, в США для страховых компаний критериями профессионального отбора кандидатов служат следующие показатели:

• коммуникабельность — умение легко и непринужденно общаться с людьми разных профессий, возрастов, социального статуса;

• внешняя привлекательность, культура речи, отсутствие выраженных косметических дефектов лица, функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата;

• быстрота реакции — умение быстро, с учетом конкретной ситуации, ответить на любой поставленный вопрос;

• общий уровень культуры, минимум среднее образование, неформальный подход к будущей профессии;

• финансовое положение кандидата (отсутствие претензий к кандидату со стороны налоговой службы).

С учетом данных критериев потенциальные кандидаты на работу в качестве страхового агента проходят проверку тестами на профессиональную пригодность. Во внимание принимаются также рекомендации с прежнего места работы, предъявленные кандидатом при тестировании. В ряде случаев для принятия окончательного решения используется опрос ближайших родственников, друзей и знакомых кандидата. Отобранные кандидаты проходят теоретический и практический курс страхового дела в школах бизнеса. Используются очная и заочная формы обучения в течение 1–6 месяцев. Поощряются дальнейшие формы самообразования страхового агента. В США обучением профессии страхового агента занимается ряд колледжей, которые создаются и финансируются страховыми компаниями.

Вознаграждение страхового агента строится на основе фиксированных ставок и зависит от объема реализованных страховых услуг. Основой для оформления взаимоотношений между страховым агентом и страховщиком может послужить выбранный сторонами механизм оформления взаиморасчетов. Например, если финансовые взаимоотношения между агентом и страховщиком оформлены на постоянной основе в рамках трудового законодательства и страховой агент является штатным работником страховщика, получая регулярную заработную плату, то взаимоотношения сторон устанавливаются на основе трудового договора.

Если финансовые взаимоотношения между агентом и страховщиком основаны на договорах гражданско-правового характера, в соответствии с которыми агент является контрагентом страховщика в части оказания ему платных услуг, то такие взаимоотношения между агентом и страховщиком подлежат оформлению в соответствии с правилами, предусмотренными гл. 49 “Поручение” и гл. 52 “Агентирование” ГК РФ. При этом агент является самостоятельной стороной в договоре с конкретно оговоренными правами и обязанностями.

Для выяснения способа оформления взаимоотношений между агентом и страховщиком необходимо определить объем полномочий, которыми страховщик наделяет страхового агента. В том случае, если полномочия агента ограничены только поиском страхователей и заключением договоров страхования территориально по месту нахождения страховщика, то в качестве агентов могут выступать штатные работники страховых компаний. Для этого страховым компаниям достаточно иметь развитую агентскую сеть в лице штатных сотрудников и выплачивать им гарантированную минимальную заработную плату. Как правило, кроме минимальной заработной платы страховщик-работодатель по договоренности с агентами выплачивает им дополнительное вознаграждение в виде бонусов в зависимости от объема продаж.

Объем полномочий, предоставляемый страховому агенту, может быть более расширенным и включать в себя помимо поиска и привлечения страхователей еще и проведение квалифицированной оценки страхового риска, возможность принятия страховых взносов на личный банковский счет с дальнейшим перечислением их на счет страховой организации, а также проведение экспертных мероприятий. Кроме того, может быть расширено и поле деятельности страхового агента по территориальному признаку. В данном случае страховой агент должен обладать правовым статусом индивидуального предпринимателя, правовой режим которого определен ст. 23 ГК РФ, или быть юридическим лицом, деятельность которого определяется гл. 4 ГК РФ.

Заработок страхового агента практически не лимитирован и в отдельных случаях может превышать зарплату управляющего. Агенты по страхованию жизни обычно получают комиссионное вознаграждение, размер которого изменяется в зависимости от года страхования. Наибольшую комиссионную сумму они получают в первый год страхования, несколько меньшую — во второй год и небольшой процент с суммы собранных взносов — в последующие годы. Комиссионное вознаграждение

продолжают выплачивать до тех пор, пока действует страховой договор.

Некоторые страховщики выплачивают вознаграждение агентам только за оформление страховых договоров, сбор первогодичных платежей и возобновление срока действия договоров, не выплачивая затем за сбор взносов в течение действия договора.

Поскольку размер комиссионного вознаграждения зависит от суммы собранных страховых платежей, а последняя, в свою очередь, зависит от страховой суммы договора и тарифной ставки страхования, то агенты больше заинтересованы в заключении договоров пожизненного страхования. Если же сравнить уровень дохода агента в зависимости от стажа работы, то, естественно, наивысший уровень имеют агенты, проработавшие более 5 лет, т. е. наиболее квалифицированные. Особенно невыгодно для страховых компаний досрочное прекращение договоров, так как расходы первого года не покрывают издержки компании по их заключению и оформлению.

В зарубежной и российской практике нашли распространение три основные модели построения агентских сетей, которые могут использоваться страховщиком как по отдельности, так и в определенной комбинации, и два вида страховых агентов. К основным моделям построения агентских сетей относятся:

простая, или горизонтальная модель. Данная модель предполагает заключение договора со страховой компанией, при котором страховой агент — физическое лицо работает самостоятельно под контролем штатных работников организации и получает комиссионное вознаграждение от страховщика за предоставленные клиентам услуги. Как правило, в подобных случаях страховые компании организуют для агентов обучение и периодическое консультирование;

пирамидальная модель. Заключается в построении своего рода “пирамиды”, при которой страховая компания заключает договор с генеральным агентом — физическим лицом, а последний самостоятельно формирует систему субагентов. Обычно такая модель строится по территориально-административному

признаку географического региона, который обслуживает данная страховая компания. В территориально-административной единице образуется одно-два генеральных страховых агентства. Работу этих агентств организуют генеральные страховые агенты — обычно физические лица, вступившие в трудовые правоотношения со страховщиком на контрактной основе.

Генеральный страховой агент, действующий непосредственно от имени и по поручению страховщика, нанимает на работу страховых агентов, проводит их инструктаж и обычно определяет зону обслуживания (конкретные населенные пункты, где должна быть организована продажа страховых полисов). Достигнув определенного уровня по развитию страхования в выделенной зоне обслуживания, страховые агенты имеют право подобрать себе дополнительных помощников субагентов и вступить с ними в трудовые правоотношения и одновременно передавать последним часть функций.

Преимущества системы генеральных страховых агентств — в их гибкости и мобильности. Работа строится на контрактной основе с привлечением экспертов и специалистов для оценки рисков.

Обособленную группу генеральных страховых агентов составляет их сеть, развернутая за рубежом. На международном страховом рынке, в странах, которые не предоставляют данной страховой компании свободной продажи страховых полисов на их территории, используется специфическая сеть генеральных страховых агентов. В этом случае одна из национальных страховых компаний данной страны назначается генеральным агентом данного иностранного страховщика и осуществляет продажу ее полисов через свою сеть распространения.

Однако у рассматриваемой модели есть существенный недостаток, который заключается в том, что в любой момент вся “пирамида” может перейти к другому страховщику;

многоуровневая модель (в настоящее время не распространенная в России). При этой модели страхователь, приобретая страховую услугу, наделяется правом продавать страховые про-

дукты другим потенциальным потребителям, т. е. сам становится страховым агентом.

Основными агентами принято считать связных, или зависимых, и независимых агентов.

Основной отличительной характеристикой связного (европейского типа) агента является то, что он имеет право представлять интересы только одного страховщика. Независимые агенты (американского типа) могут представлять интересы двух и более страховых компаний по продвижению страховых продуктов.

2.4.2. Страховые брокеры

История появления и развития института страховых брокеров связана со старейшей страховой корпорацией в мире — Ллойдс и британским законодательством о страховании. В силу корпоративных ограничений страхователи лишены возможности размещать страховые риски при непосредственном обращении в Ллойдс, исключение составляет только автомобильное страхование, договоры по которым с недавних пор разрешено заключать напрямую с синдикатами Ллойдс. До принятия в 1982 г. специального закона Великобритании о брокерах и специальных правил, регулирующих деятельность брокеров Ллойдс, законодательство не содержало специального определения брокера и описания его деятельности как основного элемента системы государственного регулирования посреднической деятельности. Вместе с тем этот тип страхового посредника, как "имевшего исключительное право появляться в Ллойдс и подписывать брокерские счета", известен в практике Ллойдс с 1871 года. Обязательным лицом в страховых отношениях с Ллойдс выступает страховой брокер, причем исключительно брокер, аккредитованный при Ллойдс в соответствии с корпоративными правилами. Немалое значение для развития института страховых брокеров на лондонском рынке сыграло введение запрета в конце XVIII в. принимать на страхование риски большего размера, чем страховщик был в состоянии оплатить при наступлении страховых убытков, т. е. фактически запрета на перестрахование. Вместо интенсивного развития дальнейшего перераспределения риска

путем заключения договоров перестрахования между страховщиками возникла необходимость "размещения" риска на стадии его первичной передачи от страхователя страховщику, активно используя для этих целей сострахование. Эту функцию стали выполнять страховые брокеры Ллойдс.

Институт страхового брокерства получил свое развитие и в других странах мира. В Германии, Нидерландах, Австрии страховых брокеров именуют страховыми маклерами, во Франции и Бельгии — куртье, в Италии — медиаторами. Роль страховых брокеров на страховых рынках разных стран, в отдельных сегментах страховых рынков неодинакова. Традиционно наиболее развитым и значимым является страховое посредничество брокеров на рынках с англосаксонской системой страхового регулирования. Однако увеличение стоимости застрахованных объектов, глобализация страхования, рост конкуренции, с одной стороны, либерализация доступа международных страховых брокеров на развитые страховые рынки ЕС, а также относительное сокращение капитализации страховщиков и перестраховщиков в состоянии низшей точки страхового цикла, с другой стороны, привели к тому, что страховые брокеры стали активными профессиональными участниками страховых рынков других развитых европейских стран. В последние годы значительное развитие приобретает деятельность страховых брокеров на рынках развивающихся стран Латинской Америки и Юго-Восточной Азии. Вместе с тем на некоторых рынках, таких как Япония, Южная Корея, Китай и Индия, страховые брокеры не играют сколько-нибудь заметной роли. Однако на некоторых азиатских страховых рынках важную роль играют страховые брокеры, предоставляющие пакеты страховых услуг коммерческим предприятиям и компаниям. Например, в Сингапуре на долю страховых брокеров приходится 40% всех коммерческих и промышленных сделок с предприятиями.

В странах Центральной и Восточной Европы, СНГ страховые брокеры, особенно международные, играют существенную роль при размещении страховых рисков в перестрахование, а также при размещении на национальных рынках крупных инду-

стриальных, морских и технических рисков. В последнее время усиливается значение страховых брокеров при размещении страховых рисков природных катастроф.

Ведущая роль на мировом рынке посреднических услуг без сомнения принадлежит английским и американским страховым брокерам, деятельность которых носит международный характер.

Современную региональную статистику развития посреднической брокерской деятельности по сравнению с иными каналами сбыта страховых услуг по страхованию иному, чем страхование жизни характеризуют следующие данные:

• в странах англо-саксонского права: от 48% в Австралии, 52% в США до более чем 95% на лондонском рынке, в том числе при продаже страховых услуг физическим лицам — на канадском страховом рынке доля страховых брокеров достигает 70%, что значительно выше среднего показателя в 30%;

• в других странах различие в долях брокерских услуг существенно отличается от приведенных выше. Доля брокерских услуг представлена в табл. 2.7.

Таблица 2.7

Доля страховых брокеров в продажах страховых услуг в некоторых странах континентальной Европы

Страна	Доля, %	Страна	Доля, %
Германия	Около 10	Россия	Менее 5
Франция	18	Швеция	20-25
Италия	55	Португалия	16
Испания	22	Польша	10
Бельгия	65	Финляндия	9
Австрия	27	Люксембург	15

Исторически роль брокера как профессионального посредника при размещении крупных рисков связана со страхованием морских судов. Возможно, и появление самого института брокера обязано, с одной стороны, первоначальной специализации Ллойдс на страховании морских судов и грузов, а с другой — необходи-

мостью представлять интересы страхователя перед множеством потенциальных участников несения рисков — андеррайтеров Ллойдс. По этой причине страховые брокеры стали принимать активное участие в размещении страхования ответственности судовладельцев только с середины 1870-х гг. Это произошло вследствие изменений на рынке страхования ответственности судовладельцев, в том числе удорожания стоимости страхования, возникновения юридических проблем между P&I клубами, продолжительности урегулирования страховых выплат.

Приведенный пример показывает, что страховое поле деятельности брокеров может быть связано и с проникновением на традиционные рынки прямого страхования, на которых договоры страхования заключались без участия страховых брокеров.

Другой современной тенденцией в деятельности страховых брокеров является то, что если первоначально страховые брокеры занимались исключительно размещением страховых рисков у страховщиков и перестрахованием рисков страховщиков у перестраховщиков, то современные страховые брокеры совмещают функции по размещению страховых рисков с иными. Причиной этой тенденции является участие брокера в оценке страхового риска страхователя и постепенное выделение этой функции в самостоятельный вид деятельности брокера.

Будущее развитие деятельности страховых брокеров связано с развитием специализированных консультационных услуг, особенно в случаях, требующих нестандартных решений, а также обобщения значительного объема необходимой для решения проблемы статистической или иной информации. Примерами таких инновационных подходов, демонстрирующих новую роль страховых брокеров, являются участие международных страховых брокеров в разработке национальных программ страхования на случай природных катастроф или участии крупных компаний AON в секьюритизации риска катастрофических последствий тайфунов в Японии, перестрахованных Швейцарским перестраховочным обществом, на рынке ценных бумаг в 1998 г. на сумму 80,0 млн долл. США.

Безусловную роль продолжает играть участие брокеров в урегулировании убытков и оценке нанесенных страховыми случаями ущербов. Размеры консалтинговых подразделений международных страховых и перестраховочных брокеров превышают по количеству персонала и полученных доходов размеры традиционных страховых консультантов.

Что касается значения брокерской активности на страховых рынках страхования стран ближнего зарубежья, особенно Балтии и Украины, а также стран Восточной Европы (Венгрии, Словакии, Польши и др.), следует отметить следующее. Несмотря на то что эти страховые рынки формировались фактически параллельно с российским, по многим направлениям государственного регулирования деятельности страховых посредников законодательство этих стран представляется более развитым, так же как и сама национальная система страховых брокеров. Например, в Польше в последние годы успешно развиваются посреднические структуры по долгосрочному страхованию жизни. Во многих зарубежных странах на развитии страхового посредничества положительно сказалось введение страхования гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств.

Правовой режим деятельности страховых брокеров определен в п. 2 ст. 8 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации": "***Страховые брокеры*** — постоянно проживающие на территории Российской Федерации и зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей физические лица или российские юридические лица (коммерческие организации), которые действуют в интересах страхователя (перестрахователя) или страховщика (перестраховщика) и осуществляют деятельность по оказанию услуг, связанных с заключением договоров страхования (перестрахования) между страховщиком (перестраховщиком) и страхователем (перестрахователем), а также с исполнением указанных договоров (далее — оказание услуг страхового брокера). При

оказании услуг, связанных с заключением указанных договоров, страховой брокер не вправе одновременно действовать в интересах страхователя и страховщика.

Основным отличительным признаком между страховыми агентами и страховыми брокерами является то, что *полномочия страхового брокера шире, чем полномочия страхового агента,* так как страховой брокер вправе выступать в качестве представителя как от имени страховщика, так и от имени страхователя.

Страховыми брокерами могут быть как граждане, так и юридические лица. Однако правовое положение страхового брокера в отличие от правового положения страхового агента существенно отличается тем, что *статус страхового брокера* определяется только в качестве предпринимателя, что, в свою очередь, должно подтверждаться фактом государственной регистрации в установленном порядке и чего не требуется для страховых агентов.

На основе анализа потенциальных рисков страховые брокеры разрабатывают и рекомендуют страхователю оптимальную страховую программу. Страховые брокеры могут предоставлять своим клиентам следующие виды услуг:

- поиск и привлечение клиентуры к страхованию;
- разъяснение клиенту интересующих его вопросов по определенным видам страхования;
- подготовку и оформление (в зависимости от предоставленных полномочий) документов;
- размещение страхового риска по поручению клиента;
- предоставление экспертных услуг;
- консультационные услуги по страхованию и другие услуги.

Основные полномочия страховых брокеров заключаются в следующем:

- брокер сам заключает договор страхования в качестве страхователя и платит страховую премию, а тот, кто ему это поручил, возмещает брокеру расходы;

• брокер вправе получить за свою работу комиссионное вознаграждение, размер которого должен быть установлен в договоре;

• в случае, когда страховая выплата производится через брокера, он вправе удержать из нее свое вознаграждение.

Государство в лице Федеральной службы страхового надзора осуществляет контроль за деятельностью страховых брокеров. Деятельность страховых брокеров осуществляется на основании Свидетельства о внесении в реестр страховых брокеров.

Страховой брокер не вправе осуществлять посредническую деятельность, если:

• он не имеет свидетельства о внесении его в государственный реестр страховых брокеров;

• посредническая деятельность по страхованию является для него не единственной, исключительной посреднической деятельностью;

• его посредническая деятельность по страхованию осуществляется в пользу иностранного страховщика;

• он участвует в капитале страховой организации, владеет акциями и иными правами участия;

• размещает риски на страхование в страховых компаниях, не обладающих страховой лицензией.

При несоблюдении предписаний, а также в случаях, когда страховой брокер в течение 1 года не ведет брокерскую деятельность и систематически не выполняет принятые на себя обязательства или прекратил свою деятельность, ФССН имеет право исключить страхового брокера из реестра страховых брокеров. Список страховых брокеров, осуществляющих свою деятельность на территории России и внесенных в реестр, подлежит ежегодной публикации.

В последние годы интерес к страховым брокерам в России сильно вырос. Во многом это связано с тем, что работа брокера приобретает смысл и эффективность лишь в рыночной, конкурентной среде. С появлением конкуренции, которая особенно стала заметна в страховании гражданской ответственности вла-

дельцев транспортных средств после вступления в силу закона об обязательном страховании в июле 2003 г., стали появляться страховые брокеры, которые постепенно завоевывают все большую долю страховых сборов на рынке. А это, в свою очередь, заставило страховщиков обратить на них внимание и начать выстраивать отношения с новым видом страховых посредников.

С лета 2007 г. в России было введено обязательное лицензирование страховых и перестраховочных брокеров. После введенных изменений из более чем тысячи брокеров на рынке осталось около ста. Они обслуживают в основном интересы крупных корпоративных клиентов. На 1 июля 2008 г., ровно через год после вступления в силу требования о наличии лицензии, брокерскую лицензию Федеральной службы страхового надзора получили 115 страховых брокеров. Отношение числа страховых брокеров к числу страховых компаний составило 0,14. Для сравнения: в развитых странах это соотношение равно примерно 10 к одному. Лицензирование деятельности российских страховых и перестраховочных брокеров стало отправной точкой формирования цивилизованного рынка брокерских услуг. А с введением специализированной отчетности N1-брокер значительно повысился уровень прозрачности рынка. По данным ФССН на 03.09.2009 в России зарегистрировано 143 лицензированных страховых брокера.

Оценить реальную расстановку сил на рынке страховых брокеров в России трудно потому, что официальная статистика развития посреднических брокерских услуг не ведется. Поэтому можно использовать лишь экспертные оценки. Такие оценки показывают, что каждый из пяти-шести крупных международных брокеров, работающих в России, имеет в нашей стране оборот собираемой страховой премии в десятки миллионов долларов. В то же время продажи полисов российских лидеров составляют 8–9 млн долл. США. По оценкам экспертов, международные брокеры контролируют 90% рынка брокерских услуг в России.

Большинство российских страховых брокеров занимается в основном страхованием автотранспорта и гражданской от-

ветственности автолюбителей, чему во многом способствовало принятие закона об ОСАГО.

Российские страховые брокеры создают союзы или ассоциации. На российском рынке существуют две основные организации: Ассоциация страховых брокеров и Ассоциация профессиональных страховых брокеров и консультантов. Однако на современном этапе эти объединения не выражают консолидированное мнение брокерского сообщества, более того, попытки решить насущные проблемы блокируются их разобщенностью. На практике все усилия этих объединений брокеров направлены на то, чтобы удержаться на рынке, конкурируя с такими международными гигантами, как Marsh & McLennan и AON, которые занимают весьма прочные позиции на российском рынке и успели приобрести обширную базу клиентов. Упомянутые ассоциации не являются участниками международных ассоциаций страховых посредников, что не позволяет им отстаивать интересы национальных российских брокеров по защите рынка посреднических услуг.

Хотя в мире существует множество компаний — страховых брокеров, в последние 5 лет на этом сегменте рынка произошла колоссальная концентрация. Образовалась "двуглавая" система, состоящая из международных гигантов-конкурентов Marsh и AON, которые обладают огромными финансовыми ресурсами. Поглотив другие компании, лидеры рынка серьезно расширили спектр своих услуг и сферу деятельности. Прочие международные и национальные брокеры уже совершенно несопоставимы с этими двумя гигантами, хотя и вполне профессиональны.

Схожая тенденция наблюдается и на российском рынке: компании, которые давно занимаются этим видом деятельности (АФМ, РИФАМС и др.), уже накопили некоторый опыт, но не располагают достаточными средствами, чтобы бороться с иностранными конкурентами, которые занимаются этим видом деятельности более 100 лет.

Одной из основных проблем современного этапа развития российского страхового рынка в целом и рынка страховых бро-

керов в частности является отсутствие у многих участников этих рынков достаточных знаний и опыта. Этим объясняется тот факт, что на отечественном рынке сегодня действуют в основном брокеры-агенты, которые продают стандартные готовые продукты — страховые услуги страховщиков, предназначенные для физических лиц: по страхованию автотранспорта, гражданской ответственности автовладельцев и добровольному медицинскому страхованию.

Крупнейшие международные брокеры не ограничиваются одним лишь размещением рисков клиента и его консультированием. Многие брокерские структуры имеют в своем составе аудиторские и инвестиционные компании, т. е. предоставляют клиентам полный комплекс финансовых услуг. Marsh и AON, например, сочетают услуги страхового брокеража с риск-менеджментом, перестрахованием и консультированием в области подбора персонала. На российском рынке только фирма АФМ имеет в своем составе аудиторскую компанию.

Узкая специализация — та характерная особенность, которая не позволяет российским брокерам конкурировать с западными. Если Marsh и AON — универсальные или смешанные брокеры (могут разместить и дать консультацию по рискам любой степени сложности и практически любого объема), то у российских специалистов не хватает квалификации, опыта, необходимого уровня взаимодействия со страховщиками и перестраховщиками, российскими и зарубежными, чтобы обслужить крупного клиента.

2.5. Государственный страховой надзор в Российской Федерации

Как уже было отмечено, с недавнего времени регулирующий орган страхового рынка приобрел статус отдельного ведомства. Его подотчетность Министерству финансов Российской Федерации сохранилась, и на сегодняшний день страховой надзор включает в себя:

• лицензирование деятельности субъектов страхового дела, аттестацию страховых актуариев и ведение единого государственного реестра субъектов страхового дела, реестра объединений субъектов страхового дела;

• контроль за соблюдением страхового законодательства, в том числе путем проведения на местах проверок деятельности субъектов страхового дела, и достоверности представляемой ими отчетности, а также за обеспечением страховщиками их финансовой устойчивости и платежеспособности;

• выдачу в течение 30 дней разрешений на увеличение размеров уставных капиталов страховых организаций за счет средств иностранных инвесторов на совершение с участием иностранных инвесторов сделок по отчуждению акций (долей в уставных капиталах) страховых организаций, на открытие представительств иностранных страховых, перестраховочных, брокерских и иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере страхового дела, а также на открытие филиалов страховщиков с иностранными инвестициями.

Лицензия на проведение страховой деятельности является документом, удостоверяющим право ее владельца на проведение конкретного вида (конкретных видов) страховой деятельности на территории Российской Федерации при соблюдении им условий и требований, оговоренных при выдаче лицензии. Лицензия может быть выдана для осуществления страховой деятельности на определенной территории, заявленной страховщиком.

Лицензия состоит из оригинала и копии, на которых указывается название страховой организации, ее организационно-правовая форма, размер зарегистрированного капитала, необходимого для осуществления страховой деятельности, руководитель, его заместители, предмет деятельности, дата выдачи, срок действия.

Для получения лицензии страховщик должен предъявить следующие документы:

• заявление о предоставлении лицензии;

• учредительные документы;

• документ о государственной регистрации;

• протокол собрания учредителей об утверждении учредительных документов соискателя лицензии и утверждении на должности единоличного исполнительного органа, руководителя (руководителей) коллегиального исполнительного органа соискателя лицензии;

• сведения о составе акционеров (участников);

• документы, подтверждающие оплату уставного капитала в полном размере;

• документы о государственной регистрации юридических лиц, являющихся учредителями субъекта страхового дела, аудиторское заключение о достоверности их финансовой отчетности за последний отчетный период, если для таких лиц предусмотрен обязательный аудит;

• сведения о единоличном исполнительном органе, руководителе (руководителях) коллегиального исполнительного органа, главном бухгалтере, руководителе ревизионной комиссии (ревизоре) соискателя лицензии;

• сведения о страховом актуарии;

• правила страхования по видам страхования с приложением образцов используемых документов;

• расчеты страховых тарифов с приложением используемой методики актуарных расчетов и указанием источника исходных данных, а также структуры тарифных ставок;

• положение о формировании страховых резервов;

• экономическое обоснование осуществления видов страхования.

Лицензия выдается в течение 60 дней со дня получения всех необходимых документов или, в случае отказа в выдаче лицензии, в течение того же срока сообщается страховой организации о причине отказа.

Основаниями для отказа соискателю лицензии в выдаче лицензии являются:

• использование соискателем лицензии полностью обозначения, индивидуализирующего другой субъект страхового дела, сведения о котором внесены в единый государственный реестр субъектов страхового дела;

• наличие неустраненного нарушения страхового законодательства;

• несоответствие документов требованиям закона;

• несоответствие учредительных документов требованиям законодательства Российской Федерации;

• наличие в документах недостоверной информации;

• наличие у руководителей или главного бухгалтера неснятой или непогашенной судимости;

• необеспечение страховщиками своей финансовой устойчивости и платежеспособности в соответствии с нормативными правовыми актами органа страхового регулирования;

• наличие неисполненного предписания органа страхового надзора;

• несостоятельность (банкротство) (в том числе преднамеренное или фиктивное банкротство) субъекта страхового дела — юридического лица по вине учредителя соискателя лицензии.

Выданная лицензия предоставляет страховщику право на проведение видов страховой деятельности, перечисленных в лицензии, в соответствии с правилами страхования, которые приводятся в приложении к ней. Последующее расширение перечня видов страхования вновь требует прохождения процедуры лицензирования, однако дополняется контролем со стороны надзора за соблюдением нормативного соотношения между активами и обязательствами.

Лицензирование страховых операций страховщиков, осуществляющих свою деятельность на территории РФ, носит обязательный характер, причем необходимым условием для получения лицензии является наличие у страховой организации полностью оплаченного до начала деятельности уставного капитала. С 1 июля 2007 г. он должен быть не менее 30 млн руб., для страхования жизни — не менее 60 млн руб., для перестрахования — 120 млн руб.

Компании, которые не в состоянии оплатить уставный капитал и попавшие в “черный” список, закон ставит перед выбором: либо прекратить страховую деятельность, либо ликви-

дироваться. В первом случае организация вправе, изменив свой устав, заниматься другим видом деятельности, хотя может и попытаться получить лицензию на страхование заново. Для этого необходимо полностью рассчитаться с кредиторами. В случае ликвидации учредить новую страховую компанию можно будет только после прошествия 2 лет. Что касается страхователей, то им предоставляется возможность расторжения договора либо передача его на обслуживание в другую компанию. Однако после отзыва лицензии компания в течение полугода не прекращает быть страховщиком. Ей дается 1 мес., чтобы известить своих клиентов об отзыве лицензии, расторжении или передаче договоров. В течение следующих 5 мес. компания должна выполнить все обязательства перед кредиторами и клиентами, передать договоры страхования другому страховщику или расторгнуть их, возместить уже произошедшие убытки. Только после этого страховщик прекращает свою деятельность и сдает лицензию в ФССН.

В случае выявления ***нарушений*** по результатам проверок отдельных сторон финансово-хозяйственной деятельности ФССН имеет право давать предписания страховым организациям об увеличении размера резервных фондов, изменении тарифов, ставок, страховых взносов, правил и условий страхования и др. Если страховая организация не выполняет страховых предписаний и не устраняет вскрытые проверками нарушения, ФССН имеет право приостановить действие выданных лицензий, ограничить их действие, аннулировать лицензии или принять решение о полном прекращении деятельности страховой компании.

Ограничение действия лицензии означает запрет на заключение договоров страхования по отдельным видам страхования, договоров перестрахования, а также внесение изменений, влекущих за собой увеличение обязательств страховщика, в соответствующие договоры.

Приостановление действия лицензии — запрет на заключение договоров страхования, перестрахования, договоров по оказанию услуг страхового брокера, а также внесение изме-

нений, влекущих за собой увеличение обязательств субъекта страхового дела, в соответствующие договоры.

Решение органа страхового надзора об ограничении или о приостановлении действия лицензии подлежит опубликованию в печатном органе в течение 10 рабочих дней со дня принятия такого решения и вступает в силу со дня его опубликования.

Отзыв лицензии означает запрет на осуществление страховой деятельности за исключением выполнения обязательств, принятых по действующим договорам страхования. При этом средства страховых резервов могут быть использованы для выполнения обязательств по договорам страхования. Основаниями для отзыва лицензии являются:

1) в случае неустранения субъектом страхового дела в установленный срок нарушений страхового законодательства, явившихся основанием для ограничения или приостановления действия лицензии;

2) в случае, если субъект страхового дела в течение 12 мес. со дня получения лицензии не приступил к осуществлению предусмотренной лицензией деятельности или не осуществляет ее в течение финансового года;

3) в иных предусмотренных федеральным законом случаях;

4) по инициативе субъекта страхового дела — на основании его заявления в письменной форме об отказе от осуществления предусмотренной лицензией деятельности.

Решение органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежит опубликованию в печатном органе, определенном органом страхового надзора, в течение 10 рабочих дней со дня принятия такого решения и вступает в силу со дня его опубликования. Решение органа страхового надзора об отзыве лицензии направляется субъекту страхового дела в письменной форме в течение пяти рабочих дней со дня вступления в силу такого решения с указанием причин отзыва лицензии.

Со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии субъект страхового дела не вправе заключать договоры страхования, договоры перестрахования,

договоры по оказанию услуг страхового брокера, а также вносить изменения, влекущие за собой увеличение обязательств субъекта страхового дела в соответствующие договоры.

До истечения 6 мес. после вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии субъект страхового дела обязан:

• принять в соответствии с законодательством Российской Федерации решение о прекращении страховой деятельности;

• исполнить обязательства, возникающие из договоров страхования (перестрахования), в том числе произвести страховые выплаты по наступившим страховым случаям;

• осуществить расторжение договоров страхования (перестрахования).

Обязательства по договорам страхования, по которым отношения сторон не урегулированы, по истечении 3 мес. со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому страховщику.

Одним из существенных недостатков современной системы лицензирования, принятой в РФ, в отличие от норм Директив по страхованию ЕС является невозможность надзора на стадии учреждения компании за учредителями, имеющими большинство акций.

Необходимо отметить, что наиболее важным инструментом надзора является контроль за надежностью перестраховочных операций, особенно если перестраховщиком по договору перестрахования выступает зарубежная страховая или перестраховочная организация. В страховом законодательстве России отсутствуют какие-либо нормы, регламентирующие контроль за международным перестрахованием. В мировой практике для достижения этой цели используются различные подходы, однако в большинстве случаев право выбора надежного перестраховщика предоставлено страховщику, передающему риски в перестрахование. Страховой надзор при этом имеет право в случае, если зарубежный перестраховщик не считается финансово устойчивым, потребовать изменения в организации перестраховочной защиты.

Для повышения эффективности надзора в ряде стран используется система "раннего предупреждения" финансовых проблем в страховых организациях, основанных на использовании индексов соотношений между темпами роста поступлений страховых премий, ростом капитала и свободных активов страховщика, коэффициентом расходов на ведение страховой организации, страховыми выплатами, страховыми резервами и т. д., выбранный перечень таких индексов позволяет путем анализа выявлять страховщиков, приближающихся к критическим с точки зрения обеспечения финансовой устойчивости отметкам и применять к ним оперативные меры воздействия.

В России последующий контроль на основе анализа бухгалтерской информации может быть осуществлен спустя не менее 6 мес. после окончания отчетного периода. За столь продолжительный период времени фактическое финансовое состояние страховщика может значительно ухудшиться и меры надзора могут быть приняты слишком поздно, что существенно осложняет эффективную защиту интересов страхователей и выгодоприобретателей по договорам страхования.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте характеристику российского страхового рынка.
2. Назовите ограничения размещения активов страховщика.
3. Назовите основные задачи формирования эффективной системы страхования.
4. Что представляет собой договор страхования?
5. Назовите существенные условия договора страхования.
6. Перечислите обстоятельства, не связанные со страховым случаем, вследствие которых может произойти досрочное прекращение договора страхования.
7. В каких случаях страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения?
8. Когда прекращается договор страхования?
9. Охарактеризуйте основных участников договора страхования.

10. Кто такой выгодоприобретатель и какие функции он осуществляет?

11. Дайте характеристику страхового посредника и страхового агента.

12. Какие существуют модели построения агентских сетей?

13. Что представляют собой страховые брокеры и какова их роль в страховании?

14. Покажите отличия между страховым брокером и страховым агентом.

15. Какие виды услуг могут предоставлять своим клиентам страховые брокеры?

16. В чем заключаются полномочия страховых брокеров?

17. В каких случаях страховой брокер не может осуществлять посредническую деятельность?

18. Какие тенденции в страховом брокерстве наблюдаются на российском страховом рынке?

19. Дайте характеристику государственного страхового надзора и покажите, что он в себя включает.

20. Что представляет собой лицензия на проведение страховой деятельности и что она включает в себя?

21. Перечислите документы, необходимые для получения лицензии на страховую деятельность.

22. Какие могут быть основания для отказа в получении лицензии соискателю лицензии?

23. На какие виды страховой деятельности выдаются лицензии?

24. Дайте характеристику таких понятий, как “ограничение лицензии”, “приостановление лицензии”, “отзыв лицензии”.

25. Что является основанием для отзыва лицензии?

Глава 3. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

3.1. Сущность и понятие категории риска

Интерес к риску как экономической категории был проявлен еще в XVIII в. А. Смитом, который отмечал, что "...обычная норма прибыли всегда более или менее повышается вместе с риском, однако она, видимо, не увеличивается пропорционально ему или так, чтобы полностью компенсировать его...".

В 1920-х гг. Ф. Найт впервые обратил внимание на проблему экономического риска как таковую и выдвинул предположение о том, что прибыль всегда связана с неопределенностью. П. Самуэльсон утверждал, что неопределенность порождает несоответствие между тем, чего люди ожидают, и тем, что действительно происходит, а количественным выражением этого несоответствия является прибыль (или убыток).

Несомненно, процесс накопления и обобщения знаний о риске как об общенаучной категории имеет длительную историю и продолжается в настоящее время. В табл. 3.1 приведены данные С. Н. Кабушкина[1] о развитии науки о риске.

Таблица 3.1

Основные этапы накопления знаний и развития науки о риске

Этап	Продолжительность этапа	Основные опасности и риски	Методы защиты от рисков
1	**2**	**3**	**4**
1. Первобытный	Появление "человека разумного" — 9–7 тыс. до н. э.	Нападения племен, диких зверей и т. д.; недостаток пищи; отсутствие жилища; стихийные бедствия	Объединения в племена; жертвоприношения богам; коллективный труд

[1] Кабушкин С. Н. Управление банковским кредитным риском — М.: ООО "Новое знание", 2006.

Окончание табл. 3.1

1	2	3	4
2. Древний	9–7 тыс. до н.э. — первая половина XVIII в. н. э.	Войны; убытки от хозяйственной деятельности; стихийные бедствия	Разделение труда; появление городов; образование государств; создание запасов продовольствия, оружия, денег и др.
3. Индустриальный	Вторая половина XVIII в. — середина XX в.	Войны; убытки от хозяйственной деятельности, деятельности банков, бирж, страховых компаний; стихийные бедствия	Специальные методы управления риском в предпринимательстве, медицине, экологии, военном деле, праве и т. д.
4. Систематизации	Вторая половина XX в. — настоящее время	Войны, локальные конфликты; техногенные аварии; экономические кризисы; новые угрозы (использование ядерной энергии, терроризм, глобализация); стихийные бедствия	Специальные методы управления риском, адекватные новым угрозам в различных областях жизнедеятельности человека

В настоящее время различные аспекты риска, присутствующего практически во всех сферах общественной жизни, изучаются экономической теорией, статистикой, математикой, теориями вероятности, игр, принятия решений, психологией, а также рядом других дисциплин.

В экономической литературе встречаются следующие трактовки понятия риска:

риск — величина возможного убытка;

риск — эквивалент вариации распределения вероятностей всех возможных последствий рискованного хода дела;

риск — взвешенная линейная комбинация вариации и ожидаемой величины распределения всех возможных исходов.

В страховании риск — возможность наступления ущерба (страхового случая).

В экономической теории риск — негативный, отрицательный продукт, который может быть объектом свободной купли-продажи.

В кибернетике риск — неудача в предсказании поведения некоторой системы на базе ее предполагаемых законов и доступной информации о ее начальном состоянии.

В абсолютном выражении риск может определяться величиной возможных потерь в материально-вещественном (физическом) или стоимостном выражении, если вид такого ущерба поддается измерению в данной форме.

В относительном выражении риск определяется как величина возможных потерь, отнесенная к некоторой базе, за которую наиболее удобно принимать либо имущественное состояние, либо общие затраты ресурсов на данный вид деятельности, либо ожидаемый доход.

3.2. Области и зоны риска

Для определения главных показателей риска выделяют области или зоны риска в зависимости от величины потерь (рис. 3.1).

Область, в которой потери не ожидаются, называется *безрисковой зоной*. Ей соответствуют нулевые потери или даже отрицательные (превышение прибыли над ожидаемой).

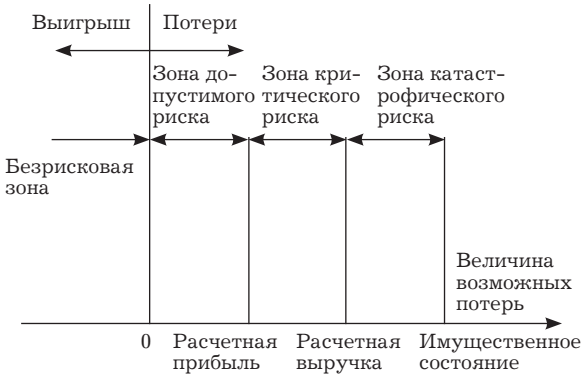


Рис. 3.1. Области и зоны риска

Под *зоной допустимого риска* понимают область, в пределах которой данный вид деятельности сохраняет свою экономическую целесообразность, т. е. потери имеют место, но они меньше ожидаемой прибыли. Граница зоны допустимого риска соответствует уровню потерь, равному расчетной прибыли от той или иной деятельности.

Зона критического риска характеризуется возможностью потерь, превышающих величину ожидаемой прибыли и достигающих в пределе величины денежного объема операции, исчисляемого полной расчетной выручкой, т. е. суммой затрат и прибыли.

Зона катастрофического риска — область потерь, которые по своей величине превосходят критический уровень, ожидаемую выручку и в максимуме могут достигать величины, равной всему собственному капиталу, имущественному состоянию или превосходить его. Катастрофический риск способен привести к банкротству. К категории катастрофического следует относить вне зависимости от имущественного или денежного ущерба риск, связанный с прямой опасностью для жизни людей или возникновением экологических катастроф.

Наиболее полное представление о риске возникновения потерь дает кривая распределения вероятностей, или графическое изображение зависимости частоты возникновения потерь от их уровня, показывающее, насколько вероятно возникновение тех или иных потерь, в граничных значениях некоторого интервала. Чтобы установить вид типичной кривой вероятности потерь, рассмотрим прибыль как случайную величину. Для этих целей построим вначале кривую распределения вероятностей получения определенного уровня прибыли (рис. 3.2).

При построении кривой распределения вероятностей получения прибыли приняты следующие предположения:

1. Наиболее вероятно получение прибыли, равной расчетной величине — $ПР_р$. Вероятность ($В_р$) получения такой прибыли максимальна, соответственно значение $ПР_р$ можно считать математическим ожиданием прибыли.

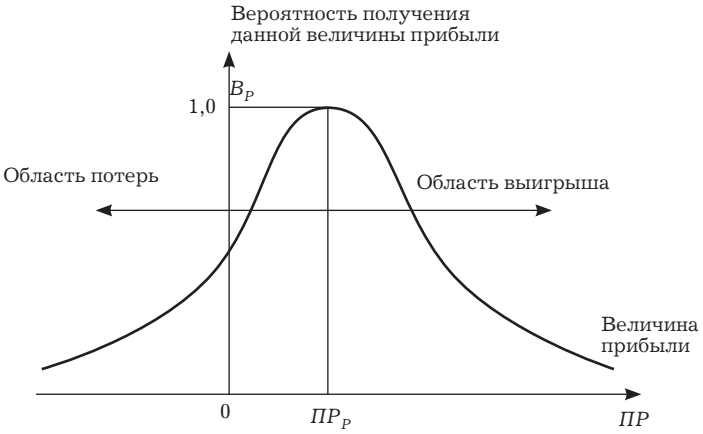


Рис. 3.2. Типичная кривая вероятностей получения определенного уровня прибыли

Вероятность получения прибыли, большей или меньшей по сравнению с расчетной, тем ниже, чем больше такая прибыль отличается от расчетной, т. е. значения вероятностей отклонения от расчетной прибыли монотонно убывают при росте отклонений.

2. Потерями прибыли ($\square_{ПР}$) считается ее уменьшение в сравнении с расчетной величиной $ПР_р$. Если реальная прибыль равна ПР, то

$$\square_{ПР} = ПР_р - ПР.$$

3. Вероятность исключительно больших (теоретически бесконечных) потерь практически равна нулю, так как потери заведомо имеют верхний предел (исключая потери, которые не представляется возможным оценить количественно).

Принятые допущения в какой-то степени спорны, ибо они действительно могут не соблюдаться для всех видов риска. Но в целом они верно отражают общие закономерности изменения предпринимательского риска и базируются на гипотезе, что прибыль как случайная величина подчинена нормальному или близкому к нормальному закону распределения.

Исходя из кривой вероятностей получения прибыли, можно построить кривую распределения вероятностей возможных по-

терь прибыли, которую, собственно, и следует называть кривой риска. Фактически это та же кривая, но построенная в другой системе координат (рис. 3.3).

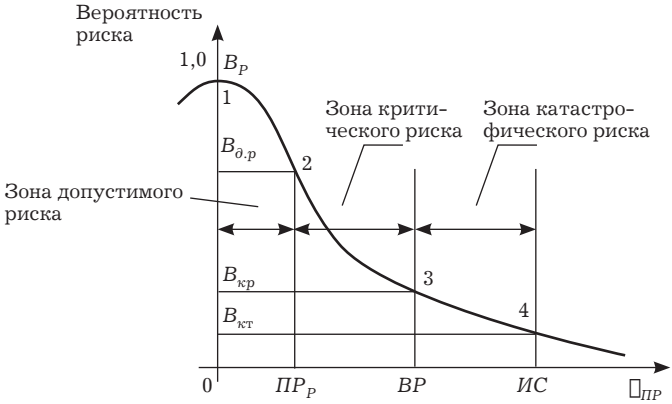


Рис. 3.3. Типичная кривая распределения вероятностей возникновения определенного уровня потерь прибыли

Выделим на изображенной кривой распределения вероятностей потерь прибыли (дохода) ряд характерных точек.

Точка 1 ($П_{ПР} = 0$ и $В = В_р$) определяет вероятность нулевых потерь прибыли. В соответствии с принятыми допущениями вероятность нулевых потерь максимальна, хотя, конечно, меньше единицы.

Точка 2 ($П_{ПР} = ПР_р$ и $В = В_{д.р}$) характеризуется величиной возможных потерь, равной ожидаемой прибыли, т. е. полной потерей прибыли, вероятность которой равна $В_{д.р}$.

Точки 1 и 2 являются граничными, определяющими положение зоны допустимого риска.

Точка 3 ($П_{ПР} = ВР$ и $В = В_{кр}$) соответствует величине потерь, равных расчетной выручке ВР. Вероятность таких потерь равна $В_{кр}$.

Точки 2 и 3 определяют границы зоны критического риска.

Точка 4 ($П_{ПР} = ИС$ и $В = В_{кт}$) характеризуется потерями, равными имущественному состоянию (ИС) предпринимателя, вероятность которых равна $В_{кт}$.

Между точками 3 и 4 находится зона катастрофического риска.

Потери, превышающие имущественное состояние предпринимателя, не рассматриваются, так как их невозможно взыскать.

Вероятности определенных уровней потерь являются важными показателями, позволяющими высказывать суждение об ожидаемом риске и его приемлемости, поэтому построенную кривую можно назвать *кривой риска.*

Например, если вероятность катастрофической потери выражается показателем, свидетельствующим об ощутимой угрозе потери всего состояния (например, при его значении, равном 0,2), то здравомыслящий осторожный предприниматель заведомо откажется от такого дела и не пойдет на подобный риск.

Таким образом, если при оценке риска предпринимательской деятельности удается построить не всю кривую вероятностей риска, а только установить четыре характерные точки (наиболее вероятный уровень риска и вероятности допустимой, критической и катастрофической потери), то задачу такой оценки можно считать успешно решенной.

Значений этих показателей достаточно, чтобы в подавляющем большинстве случаев идти на обоснованный риск.

Коммерческая деятельность предполагает выбор между риском и доходом, зависящим от изменения процентных ставок, валютных курсов и т. д. При этом чем больший риск берет на себя коммерческая структура, тем выше должна быть прибыль, на которую она может рассчитывать. Поэтому важнейшей задачей любой коммерческой структуры является достижение оптимального сочетания рискованности и прибыльности своих операций.

3.3. Рискообразующие факторы. Принципы классификации и классификация рисков

3.3.1. Основные рискообразующие факторы

Уровень риска зависит от множества факторов. Рискообразующие факторы воздействуют как избирательно, на конкретные риски, так и комплексно, на целые группы рисков.

В условиях неопределенности любая деятельность характеризуется соответствующими этой деятельности видами рисков. Многогранность понятия "риск" обусловлена разнообразием факторов, характеризующих как особенности конкретного вида деятельности, так и специфические черты неопределенности, в условиях которой эта деятельность осуществляется. Такие факторы принято называть рискообразующими.

Под *рискообразующими факторами* обычно понимают сущность процессов или явлений, способствующих возникновению того или иного вида риска и определяющих его характер.

В экономической литературе, посвященной проблеме управления рисками, основное внимание уделяется формированию групп рискообразующих факторов, оказывающих воздействие на конкретные виды рисков, причем основные усилия исследователей направлены на уточнение списка рискообразующих факторов для конкретных видов риска, а также на разработку методик оценки влияния этих факторов на динамику соответствующих рисков.

Разработчики системы управления рисками Mark To Future компании Algorithmics результаты своих исследований свели в таблицу, демонстрирующую соотношение отдельных групп рисков и воздействующих на них факторов. Согласно этой таблице рыночные риски являются производными от 50 до 1000 факторов риска, на кредитные риски оказывают воздействие от 50 до 200 рискообразующих факторов, 20–500 факторов риска влияют на риски управления активами компании.

В самом общем виде подход к классификации рискообразующих факторов весьма традиционен: исходя из определения риска, все рискообразующие факторы можно разделить на две группы: внутренние факторы, возникающие в процессе деятельности предприятия; внешние факторы, существующие вне компании. *К внутренним факторам* следует отнести все те действия, процессы и предметы, причиной которых является деятельность компании как в сфере управления, так и в сфере обращения и производства, т. е. в основной, вспомогательной и обеспечивающей деятельности. *К внешним факторам* риска

относят политические, научно-технические, социально-экономические и экологические факторы.

Кроме того, представляется возможным классифицировать факторы риска по управляемости, по степени влияния компании на воздействие этих факторов. С этой точки зрения рискообразующие факторы можно условно подразделить на *объективные факторы*, на которые предприятие, компания не может оказывать воздействие, и *субъективные факторы,* регулируемые компанией.

Большинство рискообразующих факторов являются ***нейтивными***, т. е. присущими конкретным рискам и не воздействующими на риски других видов. Примером нейтивного фактора является возможное понижение цен на золото, которое оказывает воздействие лишь на рыночные риски и никак не воздействует на организационные и технико-производственные риски.

Существует ряд рискообразующих факторов, одновременно воздействующих на риски нескольких видов, или так называемые интегральные факторы риска. Примером такого интегрального рискообразующего фактора является повышение цен на энергоносители, которое оказывает воздействие на рыночные риски, а также влияет на организационные (возможные сбои системы производства) и на кредитные риски (возможное повышение себестоимости продукции ведет к невозможности возврата кредита). Другой пример интегрального рискообразующего фактора — динамика курса российского рубля. В случае повышения курса банк, имеющий активы в валюте, понесет убытки, что является следствием рыночного риска. Одновременно банк будет подвержен кредитным рискам, в случае если он выдал или получил кредит в иностранной валюте.

В свою очередь, *интегральные факторы* риска по уровню воздействия можно подразделить на *интегральные рискообразующие факторы* микроэкономического и макроэкономического уровня.

К числу интегральных рискообразующих факторов микроэкономического уровня принято относить: недобросовестность или профессиональные ошибки партнеров (третьих сторон);

недобросовестность или профессиональные ошибки сотрудников компании; ошибки программного обеспечения; противоправные действия сотрудников компании и третьих лиц (хищения, подлоги и т. д.); ошибки технологического процесса; уровень менеджмента.

К интегральным рискообразующим факторам макроэкономического уровня предлагается относить: изменение курса рубля по отношению к ведущим мировым валютам; уровень инфляции; изменение ставки рефинансирования ЦБ РФ, LIBOR, MIBOR и др.; изменение цен на энергоносители; изменение ставок налогообложения; изменение климатических условий.

Следует отметить, что в последнее время наметилась тенденция к комплексному исследованию рисков, учитывающая воздействие рискообразующих факторов не только первого уровня (нейтивных и интегральных), но и факторов второго уровня.

Основные параметры любого риска — вероятность потерь и величина потерь — это важнейшие классификационные признаки для познанных измеримых рисков.

Чистый риск — вероятность понести потери в связи с разного рода опасностями и неосторожностью. Под неосторожностью понимают такое поведение, которое увеличивает вероятность наступления потерь. Выделяют три основных вида неосторожности: физическая, моральная, поведенческая.

Практически повсеместно, в самых разноплановых источниках, и весьма часто используется такой термин, как "рискованность", под которым понимают такую характеристику поведения, действия, договора, сделки, которая может создавать или увеличивать возможность потерь и иногда дохода. С этой позиции интересна следующая классификация рисков:

спекулятивный риск — ситуация с возможностью не только претерпеть потери, но и приобрести некие выгоды из различных вариантов развития событий;

деловой риск — специфическая характеристика особой группы рисков, предполагающая учет совокупности финансового, юридического, статистического, отраслевого, страхового,

организационного, личностного, экономического, информационного и других аспектов риска, где:

• финансовый аспект рисков — угроза доходу, структуре, собственности и капиталу (угроза устойчивости благосостояния);

• юридический аспект рисков подразумевает правовое обеспечение риск-менеджмента;

• статистический аспект рисков подразумевает создание базы данных для оценки вероятности и разрушительности рисков;

• страховой аспект рисков понимается как способ трансформации рисков;

• отраслевой аспект состоит в учете, помимо общеэкономических, специфических отраслевых рисков;

• организационный аспект подразумевает организацию процесса управления рисками;

• личностный аспект понимается многопланово: как возможность причинения вреда людям (работникам предприятия или посторонним лицам);

• экономический аспект включает в себя два вида угроз: угрозу чистому текущему доходу и угрозу доходам будущих периодов;

• информационный аспект риска включает в себя задержки, потери, утечку информации, недостоверность;

• юридический аспект — ошибки менеджеров и других служащих, рискованное поведение, халатность, неприятие мер, злоупотребление служебным положением;

• моральный аспект риска отражает состояние репутации.

Рисковая экспозиция — это объект, который может быть утрачен или поврежден. Каждая рисковая экспозиция имеет по крайней мере три измерения: тип ценности под риском, характер опасности, вызывающий экспозицию, и величина возможных и фактических финансовых и других последствий.

Ценности под риском — типы экспонирующихся ценностей, подверженных риску, например рыночная позиция, финансовая устойчивость, материальные активы, нематериальные активы, доходы, денежные потоки, структура собственности, ресурсы и

доступ к ним, связи с поставщиками и потребителями, торговая марка (бренд), репутация, безопасность, ключевой персонал, базы данных, менеджмент, корпоративные ценности и культура, свобода от ответственности.

Источники риска — факторы, провоцирующие возникновение рисковых ситуаций и связанные с угрозой появления новых конкурентов, угрозой появления товаров и услуг — заменителей (субститутов), со способностью поставщиков и покупателей торговаться, со сложившимися формами соперничества уже имеющихся конкурентов между собой.

Рисковый профиль организации — совокупность рисков организации, вероятностей их наступления, стоимостей, особенностей "размещения".

Для описания перечня рисков, которым коммерческая структура подвержена в настоящее время, подвергалась ранее или будет подвержена в будущем, используют термин "*рисковый спектр*" организации.

Схема размещения конкретных рисков по конкретным подсистемам и объектам коммерческой организации носит название "**карта рисков**".

3.3.2. Классификация рисков

Под *классификацией рисков* следует понимать их распределение на конкретные группы по определенным признакам для достижения поставленных целей.

Выделяют следующие *критерии* классификации рисков:

- классы объектов, которым угрожают риски;
- причины возникновения риска;
- сферы возникновения риска;
- возможность влияния на риски.

К комплексным классам объектов риска относятся:

- рабочая сила;
- имущество;
- капитал;
- информация.

По причинам возникновения выделяют риски:

• исходящие от природных явлений — наводнение, град, землетрясение, эпидемии и т. д.;

• исходящие от социально-общественной среды — обман, преступление, нанесение непреднамеренного ущерба;

• исходящие из технической среды — отказ технического средства;

• связанные непосредственно с хозяйственными процессами и состоянием экономики — инфляция, рыночная конъюнктура, банковский процент, валютные курсы и т. д.

По возможности воздействия на риск можно выделить:

• экзогенные (внешние) риски, воздействие на которые не подпадает под влияние лица, принимающего решение, и ограничивается уменьшением возникающих ущербов, последствий в результате реализации рисков;

• эндогенные (внутренние) риски, находящиеся в области влияния лица, принимающего решение, для которых может быть уменьшена вероятность их проявления и в некоторых случаях даже полностью исключена.

По сфере возникновения риски подразделяются:

• на производственный риск, связанный с невыполнением планов и обязательств по производству продукции, товаров, услуг в результате воздействия как внешней, так и внутренней среды;

• коммерческий риск — риск потерь в процессе финансово-хозяйственной деятельности; его причинами могут быть снижение объемов реализации, непредвиденное снижение объемов закупок, повышение закупочной цены товара, повышение издержек обращения, потери товара в процессе обращения и др.;

• финансовый риск возникает в связи с невозможностью выполнения финансовых обязательств. Их причинами являются изменения покупательной способности денег, неосуществление платежей, изменение валютных курсов и др.

В страховании все риски подразделяют на две группы: страхуемый и нестрахуемый риски.

Страхуемый риск должен характеризоваться случайным характером ущерба, возможностью оценки распределения

ущерба, однозначностью этого распределения, возможностью оценить максимально возможную величину риска.

Основные критерии страхового риска:

• риск должен носить случайный характер, при этом всем сторонам, участвующим в договоре страхования, заранее не известны конкретное время страхового случая и возможный размер причиненного ущерба;

• случайность проявления данного риска возможно сопоставить с массой однородных объектов, т. е. вести статистическое наблюдение;

• наступление страхового случая, выраженное в реализации риска, не должно быть связано с волеизъявлением страхователя или иного заинтересованного лица;

• факт наступления страхового случая не известен во времени и пространстве;

• страховое событие не должно иметь размеры катастрофического бедствия, т. е. не должно охватывать массу объектов в рамках крупной страховой совокупности, причиняя массовый ущерб;

• последствия реализации риска возможно объективно измерить и оценить в денежном выражении.

В зависимости от источника опасности в страховании выделяют *риски, связанные с проявлением стихийных сил природы* (землетрясения, сели, цунами и др.) и *целенаправленным воздействием человека* (кража, ограбление, акты вандализма и другие противоправные действия), а также *смешанные риски*, сочетающие перечисленные выше (например, эпидемия, преднамеренно вызванная специалистом-эпидемиологом).

По объему ответственности страховщика риски подразделяются:

• на индивидуальные (например, перевозка и экспозиция шедевров живописи);

• универсальные (например, часто встречающийся имущественный риск — кража).

Виды потерь, возникающих в результате реализации перечисленных и других рисков:

- материальные;
- финансовые;
- трудовые;
- временные;
- престижа (доверия);
- ущерба экологии или здоровью.

Нестрахуемый риск характеризуется отсутствием хотя бы одного из условий страхуемого риска.

3.4. Управление риском и его измерение

3.4.1. Процесс управления риском

Управление риском является необходимым, по сути, составляющим любой экономической системы (процесса), так как закономерна тенденция: *размер риска прямо пропорционален получаемому доходу*. Следовательно, от того, насколько эффективно организован процесс управления риском, зависит в целом и эффективность деятельности любого хозяйствующего субъекта, системы. Анализ взаимосвязи результативности системы (процесса) от эффективности управления присущих им рисков подробно отражен в экономической литературе.

Управление риском (риск-менеджмент) — многоступенчатый процесс, цель которого в уменьшении или компенсации ущербов для объекта при наступлении неблагоприятных событий.

Выделяют следующие основные этапы управления риском, представленные на рис. 3.4.

Анализ риска — начальный этап, имеющий целью получение необходимой информации о структуре, свойствах объекта в настоящее время, изменении его состояния в будущем.

Этап выявления риска предполагает характеристику имеющихся рисков объекта, т. е. их качественное описание и определение.

Оценка — это определение количественных характеристик выявленных рисков: вероятности и размера возможного

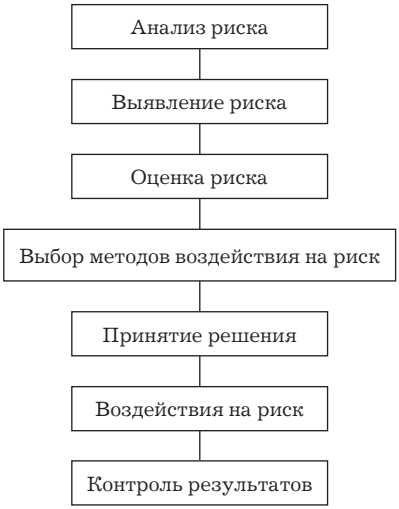


Рис. 3.4. Общая схема процесса управления риском

ущерба. На этом этапе формируется набор сценариев развития неблагоприятных ситуаций, строятся функции распределения вероятности наступления ущерба.

Выявление и оценка тесно связаны между собой, и не всегда представляется возможным разделить их на самостоятельные части. Более того, процесс управления риском может идти в противоположном направлении — от оценки к выявлению, например в случае уже наступивших убытков для выяснения их причин.

На *этапе выбора метода воздействия на риски* планируется минимизация возможного ущерба в будущем, для чего применяются различные способы и методы его уменьшения. Выбор методов воздействия на риск должен происходить в сравнении их эффективности, в том числе с учетом комплексных комбинаций различных методов.

Процесс непосредственного воздействия на риск представлен на рис. 3.5 в четырех основных способах: исключении, снижении, сохранении и передаче риска.

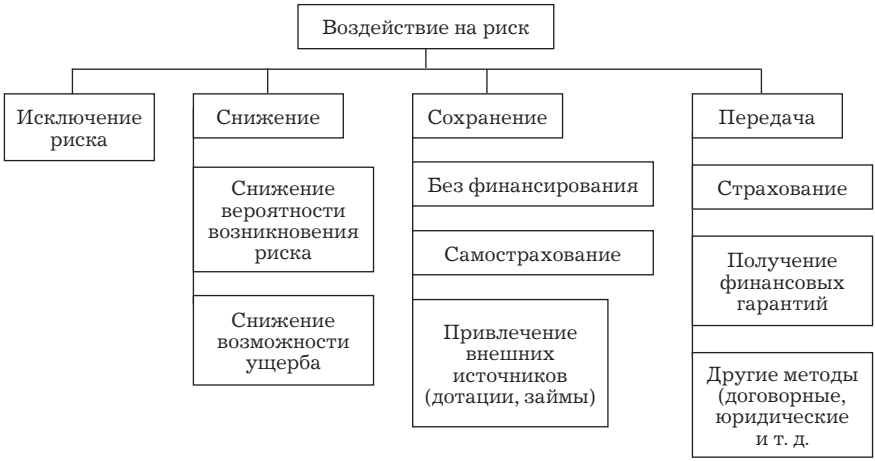


Рис. 3.5. Основные группы методов взаимодействия на риск

Исключение риска предполагает отказ от любых действий и мероприятий, связанных с данным риском.

Снижение риска подразумевает уменьшение либо размеров возможного ущерба, либо вероятности наступления неблагоприятных событий. В этом направлении осуществляются предупредительные мероприятия, под которыми понимаются различные способы усиления безопасности зданий и сооружений, установка систем контроля и оповещения, противопожарных устройств, проведение обучения персонала способам поведения в экстремальных ситуациях и др.

Для снижения рисков экономической среды применяются различные приемы:

• диверсификация — процесс распределения средств (капитала) между различными объектами вложения, направлениями использования;

• приобретение дополнительной информации;

• лимитирование — установление лимита (предела) расходов, продаж, кредита и т. п.

Сохранение риска в существующем состоянии означает отказ от любых воздействий, направленных на компенсацию.

Последний подход воздействия на риск получил название *самострахование*. К мерам, осуществляемым при сохранении риска, относятся также получение кредитов и займов для компенсации убытков и восстановления производства, получение государственных дотаций и др.

Меры по *передаче риска* означают передачу ответственности за него третьим лицам при сохранении существующего уровня.

Анализ имеющихся методов оценки риска позволяет выделить следующие их группы.

Математические, статистические методы обычно применяются для оценки рисков частых и однородных событий, оценки количественного размера риска. К ним относятся:

- теория игр;
- теория статистических решений;
- теория дифференциального исчисления.

Теоретическое описание систем (процессов) и построение причинно-следственных связей наиболее эффективно для оценки рисков редких или уникальных событий, нацелено на оценку качественных и количественных характеристик риска. К нему относятся:

- морфологический подход;
- метод построения деревьев.

Экспертные методы применяются при оценке индивидуальных, специфических рисков, открытии новых рынков, т. е. во всех отраслях экономики при отсутствии аналогов, высоком риске. Оценивают количественные и качественные стороны риска.

Другие методы:

- сравнительный, основанный на сравнении отдельных рисковых групп;
- метод индивидуальных оценок;
- метод средних величин;
- метод процентов;
- имитационное моделирование.

3.4.2. Количественное измерение риска

Экономико-статистические методы измерения риска

Экономико-статистические методы составляют основу проведения оценки уровня финансового риска. К числу основных расчетных показателей такой оценки относятся следующие.

Средняя арифметическая ожидаемых доходностей инвестиций r_i, взвешенная по вероятности возникновения отдельных значений, называется математическим ожиданием, или **средней ожидаемой доходностью**:

$$\bar{r} = \sum_i r_i p_i,$$

где p_i — возможная частота (вероятность) получения отдельных вариантов ожидаемого дохода по финансовой операции.

Дисперсия характеризует степень колеблемости изучаемого показателя по отношению к его средней величине. Расчет дисперсии осуществляется по следующей формуле:

$$\sigma^2 = \sum_i (r_i - \bar{r})^2 p_i,$$

где σ^2 — дисперсия;

r_i — конкретное значение возможных вариантов ожидаемого дохода по рассматриваемой финансовой операции;

$\bar{r}$ — среднее ожидаемое значение дохода по рассматриваемой финансовой операции.

Среднеквадратическое (стандартное) отклонение является одним из наиболее распространенных показателей при оценке уровня индивидуального финансового риска, так же как и дисперсия, определяющим степень колеблемости и построенным на ее основе. Квадратный корень из дисперсии называется *средним квадратическим* или *стандартным отклонением* σ:

$$\sigma = \sqrt{\sigma^2} = \sqrt{\sum_i (r_i - \bar{r})^2 p_i}.$$

Данный показатель используется для количественного измерения степени риска. Чем больше разброс ожидаемых значений доходности вложений вокруг их среднеарифметической величины, тем выше риск, сопряженный с данным вложением.

Фактическая величина доходности может быть как значительно выше, так и значительно ниже ее средней величины.

Например, оценивая две акции А и Б, инвестор пришел к выводу, что распределение вероятностей их ожидаемой доходности можно представить в виде табл. 3.2. и 3.3.

Таблица 3.2

Расчет среднего квадратического отклонения

Акция	r_i	p_i	$\bar{r}$	σ^2
А	100	0,3	15	2167,5
	15	0,4	15	0
	-70	0,3	15	2167,5
Итого А:		1		4335
$\sigma_А$				$\sqrt{4335} = 65{,}841$
Б	20	0,3	15	7,5
	15	0,4	15	0
	10	0,3	15	7,5
Итого Б:		1		15
$\sigma_Б$				$\sqrt{15} = 3{,}873$

Таблица 3.3

Распределение вероятностей доходности акций

Варианты прогноза	Вероятность		Доходность, %	
	акция А	акция Б	акция А	акция Б
Оптимистический	0,3	0,3	100	20
Реалистический	0,4	0,4	15	15
Пессимистический	0,3	0,3	−70	10

Среднеарифметическая ожидаемая доходность (математическое ожидание), взвешенная по вероятности каждого варианта, составит

для акции А: $\overline{r_A} = 100 \times 0{,}3 + 15 \times 0{,}4 - 70 \times 0{,}3 = 15\%$;

для акции Б: $\overline{r_Б} = 20 \times 0{,}3 + 15 \times 0{,}4 + 10 \times 0{,}3 = 15\%$.

С точки зрения ожидаемой доходности инвестору безразлично, какую именно акцию приобрести — любая из них должна

принести ему 15% дохода. Однако данная логика рассуждений ошибочна.

Очевидно, что первое вложение является более рискованным, поэтому предлагаемая по нему компенсация риска в виде 15%-ной доходности абсолютно недостаточна. Точно такую же среднюю ожидаемую доходность способна принести менее рискованная акция Б.

Коэффициент вариации позволяет определить уровень риска, если показатели среднего ожидаемого дохода от осуществления финансовых операций различаются между собой. Коэффициент вариации — относительная величина. Поэтому на его размер не оказывают влияние абсолютные значения изучаемого показателя. С помощью коэффициента вариации можно сравнивать даже колеблемость признаков, выраженных в разных единицах измерения. Коэффициент вариации может изменяться от 0 до 100%. Чем больше коэффициент, тем сильнее колеблемость.

Установлена следующая качественная оценка различных значений коэффициента вариации: до 10% — слабая колеблемость; 10–25% — умеренная колеблемость; свыше 25% — высокая колеблемость.

Расчет коэффициента вариации осуществляется по следующей формуле:

$$CV = \sigma / R_{cp},$$

где CV — коэффициент вариации;

σ — среднеквадратическое отклонение;

R_{cp} — среднее ожидаемое значение дохода по рассматриваемой финансовой операции.

Например, необходимо рассчитать коэффициент вариации по трем инвестиционным проектам при различных значениях среднеквадратического отклонения и среднего ожидаемого значения дохода по ним. Исходные данные и результаты расчета приведены в табл. 3.4.

Результаты расчета показывают, что наименьшее значение коэффициента вариации — по проекту А, наибольшее — по проекту Б. Таким образом, хотя ожидаемый доход по проекту В на 33% выше, чем по проекту А ((600 − 450)/450 · 100), уровень риска по нему, определяемый коэффициентом вариации, выше на 61% ((0,53 − 0,33)/0,33 · 100).

Таблица 3.4

Расчет коэффициента вариации по трем инвестиционным проектам

Варианты проектов	Среднеквадратическое отклонение, σ	Средний ожидаемый доход по проекту, $R_{ср}$	Коэффициент вариации, *CV*
Проект А	150	450	0,33
Проект Б	221	450	0,49
Проект В	318	600	0,53

Следовательно, при сравнении уровней рисков по отдельным инвестиционным проектам предпочтение при прочих равных условиях следует отдавать тому из них, по которому значение коэффициентов вариации самое низкое (что свидетельствует о наилучшем соотношении доходности и риска).

Бета-коэффициент позволяет оценить индивидуальный или портфельный систематический финансовый риск по отношению к уровню риска финансового рынка в целом. Этот показатель используется обычно для оценки рисков инвестирования в отдельные ценные бумаги. Расчет этого показателя осуществляется по формуле

$$\beta = \frac{k\sigma_u}{\sigma_p},$$

где β — бета-коэффициент;

k — степень корреляции между уровнем доходности по индивидуальному виду ценных бумаг (или по их портфелю) и средним уровнем доходности данной группы фондовых инструментов по рынку в целом;

σ_u — среднеквадратическое отклонение доходности по индивидуальному виду ценных бумаг или по их портфелю;

σ_p — среднеквадратическое отклонение доходности по фондовому рынку в целом.

Уровень финансового риска отдельных ценных бумаг определяется на основе следующих значений бета-коэффициента:

β = 1 — средний уровень;

$\beta > 1$ — высокий уровень;

$\beta < 1$ — низкий уровень.

Экспертные и аналоговые методы оценки риска. ***Экспертные методы*** оценки уровня финансового риска применяются в том случае, если на предприятии отсутствуют необходимые информативные данные для осуществления расчетов экономико-статистическими методами. Эти методы базируются на опросе квалифицированных специалистов (страховых, финансовых, инвестиционных менеджеров соответствующих специализированных организаций) с последующей математической обработкой результатов этого опроса.

Для получения более развернутой характеристики уровня риска по рассматриваемой операции опрос следует ориентировать на отдельные виды финансовых рисков, идентифицированные по данной операции (процентный, валютный, инвестиционный и др.).

В процессе экспертной оценки каждому эксперту предлагается оценить уровень возможного риска, основываясь на определенной балльной шкале, например:

риск отсутствует — 0;

риск незначительный — 10;

риск ниже среднего уровня — 30;

риск среднего уровня — 50;

риск выше среднего уровня — 70;

риск высокий — 90;

риск очень высокий — 100 баллов.

Аналоговые методы оценки уровня финансового риска позволяют определить уровень рисков по отдельным наиболее массовым финансовым операциям предприятия. При этом для сравнения может быть использован как собственный, так и внешний опыт осуществления таких финансовых операций.

3.4.3. Качественное управление риском

Качественная оценка риска проводится преимущественно экспертными методами в условиях неопределенности и ис-

пользуется при сравнении ограниченного числа альтернатив принимаемых решений.

Рискованным ситуациям присущи элементы неопределенности, характеризуемые тем, что вероятность наступления результатов решений или событий устанавливается с определенными трудностями, с большими приближениями, или в принципе неустанавливаемыми. Поэтому часто невозможна количественная оценка риска. В этом случае широко применяются методы управления риском качественного характера, без количественной оценки.

Качественная оценка рисков в общем случае осуществляется в основном посредством рейтинга.

Рейтинг — способ качественной оценки риска в какой-либо области деятельности на основе формализации экспертных методов.

Одной из первых и самой простой формой проведения рейтинговой оценки является *ранкинг (ranking),* т. е. ранжирование.

Ранжирование — упорядочивание оцениваемых объектов в порядке возрастания или убывания их качеств. Ранжирование может осуществляться несколькими методами, но в основе каждого из них лежат экспертные мнения — суждения специалистов об оцениваемом объекте.

Ранжирование является самым простым способом проведения рейтинга. Сущность этого метода (ранговая корреляция) состоит в том, что эксперты располагают в определенном порядке (как правило, возрастания или убывания качеств) оцениваемые объекты, затем рассчитывается среднее арифметическое место каждого объекта и в соответствии с этим значением составляется окончательно упорядоченный список. Достоверность результатов экспертизы проверяется по значению *коэффициента конкордации* — согласованности методов экспертов.

Более сложным вариантом ранжирования является ***попарное сравнение***, в соответствии с которым эксперты, сопоставляя поочередно каждые два оцениваемых объекта, определяют, какой из них лучше, затем эти мнения усредняются и составляется окончательный рейтинг по правилу: “Если *A* лучше *B*, *B* лучше

C, то *A* лучше *C*". Проблема применения этого способа связана с тем, что экспертам приходится анализировать большое число пар, при этом усреднение может привести к логическому тупику: *A* лучше *B*, *B* лучше *C*, *C* лучше *A*". Кроме того, непосредственное ранжирование невозможно применить, если список оцениваемых объектов остается открытым.

Ранжирование на основе балльной оценки, при которой список оцениваемых объектов может быть не ограничен. Эксперты сами называют число объектов и оценивают их в баллах или располагают в определенном порядке, при этом порядковому номеру присваивается соответствующее число баллов. Для получения окончательно упорядоченного списка ранжируемых объектов баллы складываются, а объекты располагаются в порядке возрастания или убывания баллов. Балльное ранжирование является одним из наиболее популярных методов рейтинговой оценки среди российских информационных и аналитических агентств.

Главная проблема ранжирования как одного из методов оценки связана с тем, что сравнения объектов осуществляются по нескольким показателям и результаты могут быть неоднозначными: лидер по одному показателю может стать аутсайдером по другому (классический пример: высокая доходность корпоративных ценных бумаг при высокой степени риска инвестиций). Поэтому встречается рейтинг, в котором объекты ранжированы отдельно по каждому показателю. Право определить, какое из ранжированных качеств является наиболее важным, предоставляется тому, кто использует результаты рейтинга. Также предпринимаются попытки согласования ранжированных списков на базе элементарных методов расчета средневзвешенных величин с учетом коэффициентов весомости (важности для анализа) показателей или специального математического и логического аппарата.

Чтобы снизить субъективное влияние экспертов на результаты оценки, наряду с оцениваемыми показателями в рейтинг включаются объективные характеристики объектов, реально поддающиеся измерению и сопоставлению без участия экспертов. Рейтинг в этой форме получил наименование *скоринга (scoring),* который является оцениванием на основе системы

показателей и балльной оценки. ***Скоринг*** — математическая или статистическая модель, с помощью которой на основе истории "прошлых" лет производится попытка определения, насколько велика вероятность заданного события.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое риск и какие виды риска существуют?
2. Дайте характеристику области и зоны риска.
3. Какие предположения применяются при построении кривой распределения вероятностей?
4. Что представляют собой основные рискообразующие факторы?
5. Охарактеризуйте понятие нейтивность рискообразующих факторов.
6. В чем сущность интегральных рискообразующих факторов?
7. Дайте определение таких понятий, как чистый риск, спекулятивный риск, деловой риск, рисковая экспозиция, ценности под риском, источники риска, рисковый профиль и рисковый спектр организации.
8. Что понимается под классификацией рисков?
9. Какие существуют критерии классификации рисков?
10. Какие риски выделяют по причинам возникновения?
11. Какие существуют основные критерии страхового риска?
12. Перечислите потери, которые возникают в результате реализации рисков?
13. Как осуществляется процесс управления риском?
14. Какие существуют этапы управления риском?
15. Какие осуществляются мероприятия по исключению и снижению риска?
16. Дайте характеристику методов оценки рисков.
17. Что представляют собой экономико-статистические методы измерения рисков?
18. Покажите сущность экспертных и аналоговых методов оценки риска.
19. Как осуществляется качественное управление риском?

Глава 4. СТРАХОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ РИСКОВ

4.1. Интернет-страхование

Продажа товаров в Интернете становится повседневной реальностью, а не уделом "продвинутых" одиночек. Корпоративные продажи по системе on-line во всех секторах экономики в мировом масштабе составили около 50 млрд долл. Совершенно естественно, что в этот процесс все более вовлекается и страхование. Крупнейшие в мире страховые компании уже имеют многомиллиардные обороты онлайновых страховых сделок.

Следует особо отметить, что и в России в последнее время наблюдается устойчивый рост числа пользователей Интернета и, естественно, рост использования новых информационных технологий, базирующихся в той или иной степени на открытых компьютерных сетях, в различных сферах деятельности: электронная торговля, электронные фондовые и валютные биржи, новые банковские технологии, страхование и т. д. Причем данная тенденция характерна практически для всего мирового сообщества, в том числе и для России.

Россия, хотя и существенно отстает в использовании Интернета для страховых целей от мировой практики, тем не менее пытается идти в ногу со временем. Наиболее развито страхование через Интернет в Московском регионе. Однако предприятий (компаний, фирм), занимающихся этим бизнесом, немного. Безусловным лидером признана "Группа Ренессанс Страхование", первой (30 ноября 1999 г.) открывшая виртуальный офис. Продажей страховых полисов в системе on-line занимаются также "Ингосстрах", "АВИКОС", Промышленно-страховая группа, РОСНО, "РЕСО-Гарантия", "Интеррос-Согласие",

“Центр Брокер”, “Спасские ворота”, ВЕСТА, “Стандарт-Резерв” и некоторые другие.

В последнее время фирмы, занимающиеся страхованием с использованием Интернета, появились и в Петербурге, и в других городах страны.

Как свидетельствуют данные анализа деятельности страховых организаций в виртуальной сети Интернет, в настоящее время на российском страховом информационном рынке существуют многочисленные виды услуг. Прежде всего “стандартные” продукты: страхование жизни, здоровья, квартиры, дачи, автомобиля, гражданской ответственности. Страхуют с использованием Интернета и материальные ценности (от космических спутников до произведений искусства), почти все виды услуг (от строительно-монтажных работ до занятий спортом) и разные виды ответственности (от гражданской до профессиональной). РОСНО, например, предлагает через Интернет 12 страховых продуктов. Наибольшая часть договоров заключается по страхованию гражданской ответственности автовладельцев (это общемировая тенденция: 80% всех полисов, проданных через Всемирную сеть полисов, составляет именно этот вид страхования), далее — страхование выезжающих за рубеж. “Центр Брокер” в режиме on-line продает экспресс-карты автострахования: на один месяц, на три месяца и на год. Группа “Спасские ворота” предлагает свыше полусотни страховых продуктов.

При определении возможности и необходимости внедрения элементов электронной торговли в деятельность предприятия или организации следует учитывать, что ей присущи риски, которые вполне могут привести к очень ощутимым убыткам. Например, компьютерный вирус I Love You прервал работу или повредил около 70 млн компьютеров по всему миру, нанеся совокупный ущерб более 10 млрд долл. США. Это данные крупнейших страховых компаний мира. Однако возможности больших выплат до настоящего времени не существует, так как у многих компаний нет пункта страховки, связанного с ущербом от компьютерного вируса. Специальные страховые полисы по компьютерным вирусам находятся еще в стадии разработки.

В мире существует от 20 до 50 тыс. всевозможных компьютерных вирусов, и число их постоянно растет. По данным компании Axent Technologies (www.axent.com), более 91% сайтов компаний, занимающихся электронной торговлей, подвергались атакам хакеров.

В то время как федеральные власти США расследуют атаки хакеров на ряд популярных web-сайтов, все больше и больше страховщиков разрабатывают и предлагают потребителям полисы, покрывающие убытки, связанные с Интернетом.

Крупный страховой брокер Marsh Inc., расположенный в Сан-Франциско, представил полис NetSecure, по которому может быть осуществлено покрытие убытка до 200 млн долл. США. Несколько менее крупных компаний начали предлагать похожие страховые продукты. Параметры покрытия различаются от полиса к полису, но обычно клиенты платят за защиту от потери дохода вследствие широко распространенных перебоев в работе Интернета, а также из-за недоступности сайта для клиентов по любой причине — от отказа в обслуживании до атак хакеров.

Страхование рисков, связанных с работой Интернета в России, только начинает развиваться и будет увеличиваться вместе с развитием электронного бизнеса.

Это определенная ниша, привлекательность которой становится более очевидной с увеличением числа пользователей Интернета. Обобщение различных библиографических источников свидетельствует о том, что с ростом запросов потребителей страховщики, готовые к новшествам, разрабатывают новые страховые продукты, которые позволяют покрывать новые виды рисков.

Большинство крупных сайтов, таких как Yahoo! и eBay, застраховано, но обычно не обсуждают этого, потому что полисами защищено операции компаний, а не их клиенты. Менее крупным сайтам и традиционному бизнесу необходимо страхование, специально разработанное для покрытия рисков, связанных с Интернетом.

В данный момент крупные страховщики не спешат связываться со страхованием электронных рисков, потому что еще нет надежных данных о том, насколько крупными могут оказаться обязательства страховщиков в случае наступления страхового события.

Кроме того, еще не ясно, кто будет оценивать риски и устанавливать страховые ставки и что следует предпринять в случае крупной катастрофы в Web.

Существует также риск, что наличие страхового буфера понизит стремление компаний улучшить уровень безопасности.

В настоящее время Internet Security Systems (ISS) и Protegrity, крупные эксперты по безопасности электронного бизнеса работают над созданием новых стандартов для оценки рисков, связанных с электронным бизнесом. Новые стандарты призваны защитить критически важную информацию организаций, использующих Интернет, и будут использованы компаниями, желающими страховать риски, связанные с электронным бизнесом. Компании, удовлетворяющие стандартам, смогут получить скидку до 15% от суммы страховой премии, выплачиваемой по страхованию электронных рисков, в рамках обширной программы Net Secure (TM), разработанной американской фирмой Marsh. Покрытие по этому полису составит до 200 млн долл. США, что является самой большой суммой из предлагаемых сейчас при страховании электронных рисков. Владельцам полиса будет предоставлен целый ряд услуг по управлению рисками и обеспечению безопасности электронных сетей.

Новые стандарты позволят сделать страхование по программе Net Secure (NV) доступным для любой компании, занимающейся электронной торговлей, независимо от ее размера.

С помощью исчерпывающих стандартов оценки безопасности, аварийного обслуживания идентифицированы и разработаны комплексные решения для таких рисков, как безопасность данных, кража системных ресурсов, хищение информации,

отказ от услуги и мошенничество. К ним также добавлен дополнительный уровень защиты с помощью приложений для шифрования данных, что позволяет защитить интеллектуальный капитал предприятий (организаций, фирм).

В мире за последние несколько лет появился новый вид страхования, связанный со страхованием рисков электронной коммерции, предлагаемый немногими международными страховыми компаниями, со страховым покрытием до 200 млн долл. США, предусматривающий возмещение потерь, вызванных перерывами в работе Интернета или недоступностью сайта страхователя.

Согласно исследованиям тенденций развития страхового бизнеса в Интернете, проведенным известной мировой аудиторской фирмой PricewaterhouseCoopers и журналом The Economist, доходы страховщиков от продажи полисов через Интернет в настоящее время составляют в среднем 3% (в России пока эта цифра является слишком малой, чтобы быть статистически уловимой), но к 2010 г. эти доходы должны возрасти до 20%, в определенной степени данная тенденция будет прослеживаться и в России.

В настоящее время в России данным видом страхования занимается несколько российских страховщиков, входящих во Всероссийский союз страховщиков. Например, "Ингосстрах" предлагает заинтересованным организациям полисы страхования от электронных и компьютерных преступлений с лимитом ответственности около 1 млн долл. США. Основные российские страховщики представлены в табл. 4.1.

Интернет-страхование в США в развитой форме существует только с 1996 г., причем основной объем операций ведется через электронную страховую биржу "КвайтсМитком", представляющую на сегодняшний день 42 вида страховых продуктов более чем 25 американских страховщиков.

Страховые продукты, предоставляемые через Интернет, как в России, так и во всем мире, безусловно, пока не могут конкурировать по объему премии с традиционными способами страховых

Таблица 4.1

Основные российские страховщики в Интернете

Компания	Адрес в Интернете	Сервис	Скидка при приобретении полиса on-line
1	**2**	**3**	**4**
“АВИКОС”	www.avicos.ru	Заполнение заявления на страхование выезжающих за рубеж, расчет полиса, оплата в офисе компании. Курьерская доставка полиса страховки в пределах Москвы	Нет
“Ингосстрах”	www.ingos.ru	Заполнение заявления на страхование, расчет стоимости полиса, регистрации в системе (закрепление за клиентом пароля, отслеживание своей заявки), оплата в компании или любом отделении банка. Возможность использования платежных систем “Телебанк” Гута-банка и “ИнтернетСервисБанк” Автобанка. В продаже гражданская ответственность автовладельцев, страхование выезжающих за рубеж, страхование авто-каско (угон-ущерб). Курьерская доставка полиса страховки в пределах Москвы	10% — покупателям страховки для выезжающих за рубеж; 5% — покупателям полиса автогражданской ответственности

Продолжение табл. 4.1

1	2	3	4
“Национальная страховая группа”	www.nig.ru	Калькулятор по страхованию дач, автомобилей, грузоперевозкам, страхование выезжающих за рубеж. Курьерская доставка полиса страховки в пределах Москвы	Нет
“Группа “Ренессанс Страхование”	www.renins.com	Заполнение формы для расчета величины страховой премии, расчет стоимости страховки, заполнение заявления на страхование, оплата в режиме реального времени. В продаже гражданская ответственность автомобилистов, добровольное медицинское страхование, страхование выезжающих за рубеж, годовая бизнес-карта для туристов, страхование, квартир, дач, страховка от несчастного случая (взрослые и дети). Страхование, доставка полиса страховки в пределах Москвы	5% на все продукты
“РЕСО-Гарантия”	www.reso.ru	Расчет стоимости полиса по гражданской ответственности автовладельцев в режиме on-line при вводе минимальных данных, заполнение и отправка анкеты для расчета стоимости полиса гражданской ответственности автовладельцев (вводится более подробная информация); ответ по почте или по телефону, страхование выезжающих за рубеж. Курьерская доставка полиса страховки в пределах Москвы	5%

Окончание табл. 4.1

1	2	3	4
“Стандарт-резерв”	www.st-rez.ru	Расчет стоимости полиса по гражданской ответственности автовладельцев в режиме on-line при вводе минимальных данных, заполнение и отправка анкеты на страхование автомобилей (угон, ущерб, гражданская ответственность автовладельцев, несчастный случай с пассажирами и водителем, ущерб дополнительному оборудованию), полиса выезжающих за рубеж. Курьерская доставка полиса страховки в пределах Москвы	5–17%
“ЮКОС-Гарант”	www.yukos-garant.ru	Расчет стоимости полиса по гражданской ответственности автовладельцев в режиме on-line при вводе минимальных данных, заполнение и отправка анкеты по гражданской ответственности и добровольному страхованию, страхование выезжающих за рубеж, отправление запроса на консультацию. Курьерская доставка полиса страховки в пределах Москвы	Нет

сборов в офисах компаний. Это объясняется психологическим фактором, когда страхователь предпочитает реальный контакт с представителем страховой компании, личное посещение офиса, которое гораздо чаще заканчивается заключением страхового договора, чем посещение "виртуального" представительства.

Что касается России, то после принятия в 2002 г. закона об обязательной гражданской ответственности владельцев автотранспорта число клиентов страховщиков в Интернете заметно возросло.

4.2. Классификация информационных рисков

В соответствии с Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" ***страховым риском*** является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховым риском являются:

• конкретный страховой случай, т. е. определенная опасность, от которой проводится страхование;

• конкретные объекты страхования по их страховой оценке.

В этом понимании в зависимости от страховой оценки различают крупные, средние и мелкие страховые риски, а также более опасные и менее опасные риски по степени вероятности гибели или повреждения объектов.

Страховым информационным риском называется вероятность наступления и (или) объем ущерба (в результате оговоренного заранее события), которые рассчитываются с достаточно высокой точностью, исходя из статистических данных.

При рыночной экономике производители, собственники и владельцы средств связи и информатизации, потребители услуг связи действуют в условиях конкуренции на свой страх и риск. Обладание собственностью означает помимо блага еще и риск случайной гибели или случайного повреждения имущества и утраты (нарушения) имущественных прав (ст. 210 и 211 ГК РФ). Обладание собственностью, а также разные действия могут обернуться причинением вреда третьим лицам и возникновением обязанности возместить нанесенный им ущерб.

В Уголовный кодекс включена гл. 28, посвященная компьютерным преступлениям, — "Преступления в сфере компьютерной информации". Это связано с тем, что появление и широкое распространение средств вычислительной техники и информатики, средств телекоммуникации привело к возникновению нового явления — несанкционированного доступа к информационным ресурсам, в результате которого совершаются компьютерные преступления — получение, искажение или уничтожение информации в информационных системах и сетях.

Под неправомерным доступом к компьютерной информации следует понимать несанкционированное собственником информации ознакомление лица с данными, содержащимися на машинных носителях или в ЭВМ.

Под уничтожением компьютерной информации следует понимать полную физическую ликвидацию информации или ликвидацию таких ее элементов, которые влияют на изменение существенных, идентифицирующих информацию признаков.

Уничтожение информации — наиболее опасное явление, поскольку при этом собственнику информационной системы наносится максимальный ущерб.

Уничтожение информации осуществляется умышленными или неосторожными действиями лиц, имеющих возможность воздействия на эту информацию.

Под модификацией информации следует понимать внесение в нее любых изменений, обусловливающих ее отличие от той, которую включил в систему и которой владеет собственник информационного ресурса.

Блокирование — результат воздействия на ЭВМ и ее элементы, повлекший временную или постоянную невозможность осуществлять какие-либо операции над компьютерной информацией.

Все вышеперечисленные действия над информацией подлежат страхованию и объединяются понятием информационного риска.

Таким образом, ***информационный риск*** — это предполагаемое событие, ведущее к искажению, подделке, утечке, хищению,

утрате информации и на случай наступления которого проводится страхование в области связи и информатизации.

4.3. Актуальность страхования информационных рисков

Правовой основой для проведения работ по созданию системы страхования информационных рисков является "Доктрина информационной безопасности Российской Федерации", утвержденная Президентом РФ 09.09.2000 № Пр-1895.

Применение современных информационных технологий, с одной стороны, ведет к значительным преимуществам в деятельности предприятий и организаций, а с другой стороны, потенциально создает предпосылки риска утечки, хищения, утраты, искажения, подделки, уничтожения, копирования и блокирования информации и, как следствие, экономического, социального или других видов ущерба.

В настоящее время регулярно регистрируются попытки проникновения в информационные системы и сети органов государственной власти, факты кражи и уничтожения банковской информации и программного обеспечения систем электронных платежей и т. п. Вторгаясь в компьютерные сети, злоумышленники способны не только добывать хранящуюся в них информацию, но и вводить в них вирусы и разрушающие программные закладки, которые срабатывают спустя определенное время, что значительно усложняет их обнаружение. Такие действия могут приводить к нарушению функционирования как самих информационных систем, так и систем защиты информации.

По данным специалистов США, снятие элементов защиты информации приведет к разорению 20% средних компаний в течение нескольких часов, 48% потерпят крах через несколько дней, 33% банков "лопнет" через несколько часов, 50% — через несколько дней. Суммарный ежегодный ущерб от компьютерных преступлений только в странах Западной Европы составляет порядка 30 млрд долл. США. В России ущерб от компьютерных преступлений до сих пор интегрально не подсчитывался, но с учетом их возможных масштабов сумма ущерба представляется весьма значительной.

Деятельность организаций и предприятий в сфере связи и информатизации сопровождается различного рода рисками, последствия которых могут привести к частичному или полному нарушению функционирования сети связи, уничтожению, искажению информации и другим неблагоприятным событиям.

В системах сбора и обработки статистической, финансовой, биржевой, налоговой, таможенной информации наибольшую опасность с точки зрения информационной безопасности представляют хищения и преднамеренное искажение информации, возможность которых связана с преднамеренным или случайным нарушением технологии работы с информацией, несанкционированным доступом к ней, что обусловлено недостаточными мерами защиты информации.

Угрозы информационной безопасности могут нанести физический, материальный и моральный ущерб гражданам, вызывать неадекватное социальное или криминальное поведение групп людей или отдельных лиц.

Таким образом, ***угроза в информационной сфере*** — это предполагаемое событие, в случае наступления которого будет нанесен ущерб.

Предотвращение и ликвидация угроз информационной безопасности личности, общества, государства основывается на разработке и реализации комплекса средств и механизмов защиты. Это могут быть организационные, экономические, технические, программные, социальные, правовые и иные механизмы, обеспечивающие локализацию и предотвращение таких угроз.

К экономическим методам предотвращения угроз информационной безопасности можно отнести страхование, которое обеспечивает компенсацию ущерба в случае реализации угрозы.

4.4. Методы управления информационными рисками

Поиски мер по предотвращению наступления ущерба при реализации угроз информационной безопасности и ликвидации последствий действия угроз привели к возникновению и широ-

кому распространению в мировой практике системы, именуемой "управление риском".

Иногда управление риском определяется как непрерывное и планомерное выявление рисков, которым подвергаются ресурсы организации, разработка системы мероприятий, направленных против возможного проявления рисков.

Управление рисками включает в себя не только повсеместную установку сложных систем безопасности, но и помогает идентифицировать риски и факторы рисков, а также способствует исключению или уменьшению рисков, т. е. их минимизации.

Управление рисками — это процесс, включающий в себя следующие этапы:

- анализ риска;
- контроль риска;
- финансирование риска.

Анализ риска состоит из двух составных частей: определение и оценка риска. *Определение риска* является базой управления рисками. Необходимо выяснить, каким образом организация может подвергнуться убытку, каковы его возможные причины и какова вероятность его наступления. *Оценка рисков* включает в себя оценку реального вреда, который они нанесут организации в случае наступления.

Контроль риска включает в себя меры, направленные на снижение вероятности возможного риска, исключение или попытку его избежать, а также уменьшение величины риска в случае его наступления.

Главная цель ***финансирования риска*** заключается в распределении его стоимости по времени так, чтобы смягчилось финансовое давление, под которым окажется организация в случае появления больших убытков. В качестве возможных вариантов может рассматриваться создание резервного фонда. Однако наиболее известным методом является передача риска какой-либо страховой компании.

Страхование рисков является наиболее распространенным методом управления рисками по следующим причинам:

• немного найдется организаций, желающих и способных самостоятельно обеспечить финансовое покрытие риска непреодолимых явлений, хотя вероятность такого риска сравнительно мала;

• во многих организациях существуют риски, которые возникают слишком часто и стоят чрезмерно дорого.

Выгоды от управления рисками имеют и страховщик, и страхователь.

Для страховщика к выгодам от управления относятся:

• лучшая идентификация и анализ риска, которые позволяют точнее установить уровень премии и необходимость в перестраховании;

• лучшие качества контроля над рисками снизят частоту претензий;

• возможность предоставления специализированных консультаций, направленных на уменьшение риска.

Для страхователя:

• продуманный метод идентификации и контроля риска снизит количество страховых случаев;

• укрепит финансовую устойчивость, а также создаст условия для продолжения стабильной деятельности.

Таким образом, страхование как метод управления рисками может применять каждая организация, заинтересованная в защите своих интересов.

По мнению экспертов, наличие риска относится к факторам, ограничивающим капиталовложения и предпринимательскую активность.

Страхование не устраняет риск, однако уменьшает финансовые потери страхователя в случае возникновения риска.

4.5. Объекты страхования в сфере связи и информатизации

Как уже было отмечено, согласно Закону РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации” (ст. 4) объектом страхования могут быть не противоречащие законодательству имущественные интересы:

• связанные с владением, пользованием, распоряжением имуществом (имущественное страхование);

• связанные с возмещением страхователем причиненного им вреда личности или имуществу физического лица, а также вреда, причиненного юридическому лицу (страхование ответственности).

Страхователями информационных рисков могут быть юридические и физические лица, имущественный интерес которых связан с владением, распространением, пользованием и распоряжением информацией.

Основными ***объектами имущественного страхования в области связи и информатизации*** являются:

документированная информация;

информационные ресурсы;

информационные продукты;

информационные услуги и услуги связи;

программные и технические средства защиты информации;

информационные системы и их сети;

средства и объекты связи;

информационные технологии и средства их обеспечения.

В основе указанных объектов страхования лежит компьютерная информация.

Компьютерная информация — сведения, знания или набор команд (программа), предназначенные для использования в ЭВМ или управления ею, находящиеся в ЭВМ или на машинных носителях — идентифицируемый элемент информационной системы, имеющей собственника, установившего правила ее использования.

Указанные объекты страхования подвергаются угрозам, рискам и, следовательно, требуют определенного уровня безопасности. Однако практический опыт показывает, что достижение 100%-ного уровня безопасности — дело дорогое и не всегда целесообразное, так как:

• такая защита сделает организацию недоступной не только для злоумышленников, но и для обслуживающего персонала;

• даже самая совершенная в настоящее время система защиты не может противодействовать угрозам, которые возникнут перед организацией в ближайшее будущее;

• эффективность и надежность системы защиты во многом зависит от персонала, ее обслуживающего, который может совершать ошибки, а также преднамеренные действия.

Как показывает статистика, нарушения информационной безопасности возникают как в результате умышленных (25%), так и в результате случайных или ошибочных действий (52%) персонала.

Принцип разумной достаточности заключается в установлении некоторого приемлемого уровня безопасности, без попыток создать "абсолютную защиту". Поэтому предприятию (компании, фирме) целесообразно рассматривать вопросы, связанные с соразмерностью затрат на обеспечение информационной безопасности и затрат на страхование информационных рисков.

Страхование ответственности — это вид страхования, где объектом выступает ответственность перед третьими физическими или юридическими лицами вследствие какого-либо действия или бездействия страхователя. Целью страхования ответственности является страховая защита интересов от возможных причинителей вреда, который в каждом страховом случае находит свое конкретное денежное выражение.

Анализ Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" позволяет определить объекты страхования в информационной сфере, относящиеся к страхованию ответственности:

• юридических лиц, осуществляющих на основании лицензии право удостоверять идентичность электронной цифровой подписи;

• организаций, специализирующихся на формировании федеральных информационных ресурсов и информационных ресурсов совместного владения;

• организаций, ответственных за сбор и обработку федеральных информационных ресурсов;

• юридических и физических лиц, владеющих информацией, за ущерб, причиненный гражданам в результате утечки, хищения, утраты, искажения, подделки информации;

• владельцев информационных ресурсов за нарушение правил работы с информацией;

• организаций, выполняющих работы в области проектирования, производства средств защиты информации и обработки персональных данных.

Кроме указанных можно выделить следующие виды ответственности:

• за нарушение прав интеллектуальной собственности на информацию;

• порчу или утрату информационных документов;

• предоставление некачественной и недостоверной информации;

• создание некачественных информационных технологий и средств их обеспечения;

• нарушение процессов и правил формирования информационных ресурсов;

• нарушение процессов и правил подготовки и предоставления информационных продуктов и информационных услуг, несвоевременное предоставление информации, необоснованный отказ в предоставлении информации;

• нарушение правил получения и потребления информации;

• незаконное получение и использование информации с ограниченным доступом.

Эти виды ответственности заложены в основу страхования ответственности в информационной сфере, они также охватываются понятием информационного риска.

Необходимость страхования информационных рисков относится в первую очередь к тем органам государственной власти, которые располагают развитыми территориально-распределенными информационными инфраструктурами, ориентированными на сбор информации на всей территории России и ее обработку в интересах граждан РФ, федеральных и региональных органов

власти, органов местного самоуправления, а также различных организаций. К таким структурам относится также координируемая Минобрнауки России сеть научно-исследовательских институтов и центров научно-технической информации.

4.6. Система страхования информационных рисков

В соответствии с "Доктриной информационной безопасности Российской Федерации" экономические методы противодействия угрозам информационной безопасности предусматривают создание системы страхования информационных рисков физических и юридических лиц, которая обеспечивает компенсацию ущерба в случае реализации угрозы.

Существуют следующие предпосылки создания системы страхования информационных рисков:

• информационный рынок в России проходит этап интенсивного развития на федеральном и региональном уровнях;

• вопрос обеспечения безопасности информационных систем является одним из основных как для государственных, так и для коммерческих организаций;

• опыт практической эксплуатации информационных систем в различных сферах деятельности неопровержимо показывает, что существуют реальные угрозы потери информации, приводящие к ущербу. В ближайшем будущем, по мнению экспертов, ожидается увеличение риска информационного "взлома" и воздействия программ-вирусов;

• действенным механизмом компенсации имущественного и финансового ущерба разработчикам, собственникам и пользователям информационных систем является система страхования информационных рисков. Система страховых гарантий, увязывая интересы всех ее участников, способствует справедливому распределению ответственности между ними;

• страхование информационных рисков является новым видом страхования на российском страховом рынке;

• система страхования информационных рисков располагает реальным страховым полем как государственного, так и частного секторов экономики.

Система страхования информационных рисков — организационная структура, представляющая собой совокупность хозяйствующих субъектов (фонд страховой превенции, пул страховых организаций, страхователи, экспертные, консалтинговые и брокерские компании), комплекса нормативных правовых документов, определяющих область действия системы и порядок взаимодействия между участниками системы страхования, комплекта методических документов, определяющих условия и порядок проведения страхования.

Целями системы страхования информационных рисков являются:

• формирование механизма компенсации финансовых потерь собственникам, владельцам и пользователям информационных систем, ресурсов и технологий из-за утраты, изменения, кражи, блокирования информации в результате компьютерных преступлений и мошенничества, несанкционированных действий третьих лиц, отказов, сбоев и ошибок, возникающих в технических и программных средствах вычислительной техники, влияния вредоносных программ и вирусов, неквалифицированных и преднамеренных действий обслуживающего персонала и других причин;

• создание механизма внебюджетного финансирования НИОКР в сфере связи и информатизации из отчислений и резервов страховых компаний, сформированных при страховании информационных рисков;

• аккумулирование финансовых средств за счет страховых взносов участников системы страхования и их инвестирование в сферу связи и информатизации с целью формирования и осуществления эффективной научно-технической и промышленной политики, содействия интенсивному развитию рынка информационных ресурсов, систем и технологий;

• финансирование мероприятий по защите информации из фонда превентивных мероприятий страховых компаний для минимизации рисков утраты или изменения информации и уменьшения страхового возмещения.

4.7. Состояние работ по созданию системы страхования информационных рисков

Всероссийский НИИ проблем вычислительной техники и информатизации (ВНИИПВТИ) начиная с 1996 г. проводит комплекс научно-исследовательских работ (НИР) по анализу проблемы страхования в области связи и информатизации, исследованию отечественного и зарубежного рынков страхования информационных систем, ресурсов и технологий, сетей и объектов связи, разработке правовой, нормативно-методической и организационной базы системы страхования информационных рисков.

В результате выполнения НИР разработаны проекты ряда концептуальных, нормативных и методических документов по системе страхования информационных рисков:

- "Концепции страхования информационных рисков";
- "Концепции создания и развития системы страхования информационных рисков";
- "Правил страхования (информационных рисков) информационных систем, информационных ресурсов, технических и программных средств вычислительной техники и оргтехники предприятий, организаций, учреждений и граждан";
- "Методики оценки стоимости информационных систем, ресурсов, программных и технических средств вычислительной техники как объектов страхования";
- "Положения и инструкции о проведении экспертизы информационных систем, технологий, программных ресурсов, технических и программных средств вычислительной техники при заключении договора страхования и при возникновении страхового случая" и др.

Учитывая, что страхование информационных рисков практически свободная "ниша" на российском страховом рынке, Минсвязи России и "Ингосстрах" подписали "Соглашение о сотрудничестве в области страхования информационных рисков", предусматривающее разработку правовых, нормативных и ме-

тодических документов системы страхования информационных рисков, создание условий для страховой деятельности в области связи и информатизации.

Объем страхового поля, количество объектов страхования, разнообразные виды рисков и возможность комплексного страхования в области связи и информатизации делает это направление страхования все более привлекательным для страховых компаний.

В настоящее время заключены также договоры по страхованию гражданской ответственности Особого конструкторского бюро систем автоматизированного проектирования — разработчика семейства средств защиты информации "Аккорд" и компании "Российские финансовые коммуникации" — разработчика программного комплекса "Банк-клиент".

Кроме того, во ВНИИПВТИ проводится разработка комплекта документов по страхованию информационных рисков для экспертных, аудиторских и страховых компаний и различных категорий страхователей в области информатизации и связи, в сфере электронной торговли, в кредитно-финансовой сфере.

В период с 2001 по 2006 г. проведены работы по опытной отработке проектов нормативных документов "Методики оценки стоимости...", "Положения о порядке экспертизы...", "Правил страхования информационных рисков" на конкретных объектах информатизации и сетях связи и корректировка этих документов по результатам опытной отработки.

В рамках реализации Концепции формирования информационного пространства СНГ осуществлена разработка проекта "Соглашения о межгосударственной системе страхования информационных рисков".

В соответствии с основными направлениями, определенными "Соглашением о сотрудничестве в формировании информационных ресурсов и систем, реализации межгосударственных программ государств — участников СНГ в сфере информатизации", предусматривается разработка предложений о формировании межгосударственной программы сотрудничества в сфере информатизации "Создание нормативно-методической

базы и проведение мероприятий, направленных на внедрение в государствах — участниках СНГ системы страхования информационных рисков".

4.8. Сущность страхования on-line и off-line

Существуют два направления интернет-страхования: on-line и off-line.

Система on-line выполняет практически полный цикл продаж в виртуальном режиме: расчет стоимости, заполнение заявления на страхование. Через Интернет реально провести оплату. При таком варианте страховщик со страхователем (их представители) могут даже не встречаться. Правда, почти во всех компаниях клиент все-таки получает с курьером страховой полис — документ на бумажном носителе.

Страхование через Интернет по полной программе осуществляют только отдельные, самые сильные компании. Но купить можно только "стандартные" продукты: страхование медицинских расходов при выезде за рубеж, гражданской ответственности автовладельцев, т. е. те, цена которых зависит от минимального количества факторов.

Зачастую интернет-магазины напрямую работают с клиентами (в ряде случаев и через брокеров). Так, интернет-площадка www.insa.ru использует брокерское и консультационное бюро "Навигатор", которое имеет обширные международные контакты и опыт по разработке корпоративных страховых программ. В ближайшее время бюро предполагает начать заключение договоров страхования в режиме on-line. При этом, как и в режиме off-line, оно ведет разработку страховых программ с учетом конкретных требований клиентов. Клиент сам выбирает форму оплаты. Он может рассчитаться через Интернет кредитной картой или с помощью платежной системы CyberPlat, а может распечатать счет и оплатить его в банке (теоретически в любом, но фактически получается, что все платят в Сбербанке). Наконец, просто заплатить наличными. Клиенты, выезжающие за границу, предпочитают платить по кредитной карточке, и таких, как

правило, большинство. Итоговый документ страхования (полис или договор) курьер привозит по адресу, указанному клиентом. Все оформление можно сделать в течение суток.

Однако онлайновое страхование не всегда возможно. Например, для корпоративных клиентов часто разрабатываются индивидуальные страховые программы. В ряде случаев может быть необходим осмотр объекта страхования. Это требует от страховщика более тщательной подготовки.

По системе off-line клиент может получить на сайте страховщика информацию о предлагаемых страховых продуктах, об условиях заключения договора, иногда сразу узнать размер страховой премии (так страховщики называют цену полиса), направить через Интернет запрос на расчет премии при нестандартных случаях, задать вопросы в конференции на сайте или по электронной почте.

Например, компания “Стандарт-Резерв” оповещает через Интернет, что она занимается страхованием грузов и гражданской ответственности организаций, имеющих опасные производства.

Управление по работе с корпоративными клиентами компании “Центр Брокер” разрабатывает для предприятий и организаций специальные страховые программы, в том числе по добровольному медицинскому страхованию сотрудников, страхованию имущества, грузоперевозок, а отдельно для автодилеров — по их комплексному страхованию.

4.9. Работа с корпоративными клиентами

Более крупную долю сделок через Интернет, а тем более по системе on-line, пока составляет страхование физических лиц: здоровья, автотранспорта, гражданской ответственности, квартир, дач, медицинских расходов во время путешествий и т. д. Тем не менее страховые фирмы занимаются и корпоративными клиентами.

Страхование юридических лиц — продукт, как правило, нестандартный. Нужны индивидуальная программа, индивиду-

альные условия. При этом Интернет используется для котировок. Возьмем, например, страхование грузов. На сайте существует интерактивный калькулятор по железнодорожным, автомобильным и авиационным перевозкам. Поэтому можно заранее определить стоимость полиса в зависимости от пункта назначения, типа груза и некоторых других параметров. После того как потенциальный клиент узнает, сколько это будет стоить, он заполняет запрос и отсылает на сайт. Андеррайтер (страховой эксперт) проверяет данные, может немного скорректировать цену и отсылает будущему клиенту все необходимые документы по электронной почте.

При страховании имущества юридических лиц действует практически такая же схема. Данные, необходимые для индивидуальной котировки, представлены на сайте в форме запроса на расчет условий.

Один из самых востребованных корпоративными клиентами продуктов — добровольное медицинское страхование (ДМС) сотрудников. Такое страхование, как известно, дело индивидуальное. Одной категории людей можно предложить более дорогие программы, другой — более дешевые. Клиент может выбрать сетевую программу, состоящую из нескольких поликлиник, а может — только одну, конкретную поликлинику. Каждый сам решает, включать стоматологию или не включать. Включать госпитализацию или нет. Ведется индивидуальная работа по пакету заказчика. Этот вид страхования пользуется большим спросом, так как он удобен для сотрудников: не надо тратить личное время на заключение договора, кроме того, и цены для корпоративных клиентов ниже. ДМС — еще и форма социального пакета предприятия, некоего бонуса[1] для сотрудников. Современные руководители предприятия (компании, фирмы) понимают, что сотрудники должны быть здоровы. А если сотрудник (или член его семьи) заболеет, то он не должен тратить свое время, простаивая в очередях районных поликлиник.

[1] Бонус — дополнительное вознаграждение, поощрение, надбавка к выплате.

Полностью по системе on-line корпоративные клиенты могут купить бизнес-карту — годовой полис страхования выезжающих за рубеж. Бизнес-карта крайне необходима и очень удобна как для руководителей, так и для тех, чья работа связана с частыми поездками, в том числе и за границу, к примеру для водителей-дальнобойщиков.

Например, летом 2006 г. "Группа "Ренессанс Страхование" продавала через Интернет более 1600 полисов в месяц.

Одна из крупнейших и старейших страховых компаний России — "Ингосстрах" — объявила о страховании в режиме on-line (с использованием технических возможностей всемирной системы бронирования Amadeus) выезжающих за границу через турфирмы. Оформление полиса полностью автоматизировано.

Площадка www.insa.ru проводит страхование грузов, нефтегазового комплекса, запусков космических спутников, строительно-монтажных рисков, судов, самолетов, зданий, сооружений, торговых и складских помещений, машин и оборудования, товаров, а также (и на этом акцентирует особое внимание) — офисов. Офис — это, по сути, то же производственное помещение. Однако есть и нюансы, поскольку на первый план выходят не размеры здания, а большая стоимость мебели, специфической, зачастую весьма хрупкой техники, отделки. Основным риском, естественно, считается пожар. В страховое покрытие включают и взрыв, и затопление водой, и аварию системы пожаротушения, и стихийные бедствия, а также злоумышленные действия третьих лиц: кражи со взломом, ограбление, воровство, терроризм, гражданские волнения и даже забастовки. Кроме того, можно застраховать потери, вызванные перерывом в работе офиса в результате гибели или порчи имущества: недополученную прибыль, заработную плату и другие фиксированные платежи.

Следует особо подчеркнуть, что страхование выгодно прежде всего самим страховщикам. По данным специалистов, онлайновое страхование позволяет на 10–30, а то и 40% уменьшить издержки страховых компаний. Уже одно это позволяет снижать страховые взносы. Так, полисы, приобретаемые непосредственно

на сервере компании “Стандарт-Резерв”, обходятся на 5% (добровольное медицинское страхование) и даже на 10–17% (страхование автотранспорта и туристов) дешевле, чем при покупке их в офисе. На 4–10% делают скидки и другие компании.

А одновременно предприятия (компании, фирмы) выгадывают во времени: не надо ездить на фирму, чтобы узнать подробности. Все сведения есть в Интернете. Можно заходить на сайт в любое удобное время, не сообразуясь с возможностями страховой компании. Страховые эксперты в ответ на запрос готовят весь пакет документации. Так что временные затраты действительно меньше.

Вместе с тем имеются причины, оказывающие негативное влияние на страхование через сеть Интернет.

Первая причина связана с отставанием нашего законодательства (рефрен почти всех нынешних проблем экономических отношений).

В настоящее время, после принятия Федерального закона от 10.01.2002 № 1-ФЗ “Об электронной цифровой подписи”, фирмы перешли к электронной форме полиса. Все документы оформляются на сайте и заверяются цифровой подписью. Не надо использовать для работы курьеров, и это еще более снижает издержки.

Вторая причина сравнительно медленного развития страхования on-line — чисто техническая. Чтобы быть участником такого рода сделок, надо иметь отвечающее определенным требованиям компьютерное оборудование и доступ в Интернет.

Третья причина заключается в том, что не все виды страхования можно осуществлять виртуально.

Четвертая причина — предубеждение против новизны.

При этом особо следует отметить опасность мошенников для Интернета.

Мошенничество с использованием Интернета стало принимать угрожающие размеры, особенно в наиболее развитых в информационном плане странах. По этой причине, например, в США ФБР и Департамент юстиции открыли специальный сайт — Центр жалоб на мошенничество в Интернете. Уже подтвержде-

но, что в нескольких тысячах случаях Интернет был прямо или косвенно использован для мошенничества. Поскольку Россия отстает в развитии коммуникаций и информационных технологий, то и масштабы воровства меньше. Но это пока.

На чем могут "обжечься" страхователи? В первую очередь на недостоверной или преднамеренно ложной информации. Так, один европейский интернет-провайдер вовлекал английских инвесторов в "пирамиды", предлагая акции, которые якобы высоко котировались в индексе NASDAQ. На подобных "обманках" доверчивые клиенты теряют миллиарды долларов. Недавно и в России случился "виртуальный" скандал: ММВБ раскрыла аферу с акциями "Ленэнерго".

Одна из форм защиты интересов клиентов — максимально полная (и правдивая) информация о страховщике. Некоммерческая организация — Ассоциация защиты информационных прав инвесторов (АЗИПИ) на специальном сайте www.azipi.ru предоставляет возможность любому участнику финансового, фондового, а теперь и страхового рынка раскрыть свои карты, чтобы завоевать доверие клиентов. Однако страховые компании не спешат стать прозрачными. Единственным участником страхового проекта этого сайта до последнего времени была только "Группа "Ренессанс Страхование".

Обманывают и самих страховщиков. Особенно активно орудуют мошенники с использованием кредитных карт. Могут также предоставить фальшивые документы о якобы разбитых машинах и т. д.

4.10. Страховочная сеть

Многие потребители привыкли к тому, что существуют интернет-магазины, и делают в них покупки. Однако потратить в Интернете деньги на вещи более абстрактные, вроде страховки, пока еще решаются немногие. Правы ли они? Чтобы узнать это, был проведен эксперимент для оценки удобства приобретения страховых полисов через Интернет. В результате получился своего рода путеводитель по страховым сайтам, предлагающим заочное оформление страховки.

Российский потребитель получил первую возможность застраховаться, не вставая из-за компьютера, только в декабре 2001 г. Впрочем, анкеты для расчета стоимости выбранной страховки российские страховщики разместили на своих сайтах раньше. Любопытно, что одной из первых новые технологии продаж освоила компания "Народный резерв" — страховщик, широко известный в народе как образец страховой пирамиды.

В настоящее время на отечественном рынке свои продукты on-line предлагают "Группа "Ренессанс Страхование", "Ингосстрах", "РЕСО-Гарантия", "АВИКОС" и др. Однако уровень удобства и быстрота сделки у компаний разные.

Всего у потенциального покупателя в сети есть три возможности купить страховку. *Первый способ* — самый быстрый. На сайте предприятия (компании, фирмы) выбрать нужный вид страховки и заполнить форму для расчета стоимости полиса.

Данные, которые указываются в анкете, сходны с теми, которые страховщик своей рукой заполняет в офисе, если вы лично пришли за страховкой. Это сведения о клиенте (смотрите в паспорт), страховая сумма, срок страховки и описание того, что требуется застраховать. Если это машина или дача, то их стоимость и состояние. Если это конкретное лицо (страховка от несчастного случая или медицинская страховка для поездки за рубеж), потребуется рассказать о себе подробнее — род занятий, цель поездки, состояние здоровья.

Затем вызывается значок "рассчитать". Таким образом вы узнаете стоимость полиса. Оплатить покупку в режиме реального времени смогут только держатели карт Visa International, Eurocard/Mastercard, Diners Club и JCB — им достаточно указать номер и тип карточки. На этом все издержки по покупке заканчиваются. Через несколько минут должен позвонить представитель страховщика и выяснить, куда и когда доставить полис.

Второй способ покупки продолжительнее за счет более сложной процедуры оплаты. Страхуемый может распечатать сформированный сайтом счет и оплатить его в ближайшем отделении банка или наличными оплатить полис в офисе компании.

Последний вариант предпочтительнее, потому что за полисом все равно придется прийти к страховщику.

Третий способ исключает возможность автоматической калькуляции страховки. Заполнив анкету, необходимо ждать информации от работника компании о стоимости полиса — вы будете информированы по почте или телефону.

В последнее время появился *четвертый способ* покупки полиса — после автоматической калькуляции страховки страхуемый сам выбирает способ оплаты, например наличными курьеру, что удобно тем, кто не хочет обнародовать данные своей кредитной карты.

Следует подчеркнуть, что не все страховые продукты можно купить on-line. Заочно страховщик продаст только простейшие программы, т. е. те, которые не требуют предварительной оценки страхового эксперта. К ним относятся полис гражданской ответственности автовладельца, страхование от несчастного случая, туристическая медицинская страховка, страхование квартир и загородных дач.

В сети также встречаются предложения купить нетрадиционный для электронной продажи полис ДМС. И это при том, что обычно оформить страховку ДМС можно только после предварительного медосмотра. В сети его можно пройти заочно, заполнив анкету с минимальными сведениями о своем здоровье. Но купленный таким образом полис будет отличаться от страховки ДМС, приобретенной в офисе страховой компании, потому что заочно застраховаться могут только лица от 15 до 60 лет, а количество процедур по страховке будет ограничено.

Отдельные ограничения присутствуют и при страховании квартир и загородных дач. Купить on-line страховку для недвижимости можно только при условии, что дача или квартира стоит не дороже 20 000 долл., поскольку страховщик не выезжает на место для предварительной оценки строения, а суммы больше 20 000 долл. страховые организации (компании, фирмы) предпочитают свидетельствовать личной экспертизой.

Кроме того, через сеть для своей дачи/квартиры можно купить только полный пакет рисков — от пожара, удара молнии,

взрыва газа, затопления, стихийных бедствий, падения летательных аппаратов и противоправных действий третьих лиц. Поэтому, если, например, к вашей даче не проведен газ, лучше не переплачивать, а самостоятельно приехать в компанию и лично включить в полис более вероятные страховые случаи.

Но при этом на некоторых видах страхования в Интернете можно сэкономить. Так, отдельные компании предлагают 5–10%-ные скидки при заочной покупке. Это объясняется тем, что страховщик не тратится на административные расходы при on-line продаже.

4.11. Перспективы развития страховых информационных рисков

По оценке аналитиков PricewaterhouseCoopers, в ближайшем будущем удобство электронных продаж оценят и компании, и клиенты. В результате, по прогнозам экспертов, к 2015 г. доходы страховщиков от Интернет-продаж вырастут с 2 до 16%. Следовательно, раз в восемь чаще потребитель будет использовать компьютер, чтобы купить страховку.

По прогнозам российских страховщиков, потери времени на покупку полиса могут очень сократиться еще на несколько порядков. В настоящее время на заказ страховки в среднем уходит около 10 мин. В то время как в странах с развитой рыночной экономикой онлайновая покупка происходит в несколько раз быстрее — оформляя формы для заказа полиса, потребитель просто сообщает страховщику свой идентификационный номер, который фактически заменяет подпись. Затем страховщик по почте отправляет купленную страховку.

С принятием Закона “Об электронной подписи” российские страховщики стали перенимать такой опыт. Этому способствовали поправки к Гражданскому кодексу, согласно которому полис начинает действовать с момента появления на договоре страхования личной подписи клиента.

Таким образом, в России развитие страхования через Интернет получило толчок после принятия закона, регламентирующего порядок и формы использования электронной под-

писи. В настоящее время существует несколько законопроектов, посвященных регламентации отношений, возникающих при предоставлении услуг в области страхования, банковского дела, управления портфелями ценных бумаг, а также при предоставлении услуг иных финансовых институтов с использованием информационных сетей, включая и всемирную сеть Интернет, а также при обмене документами, заверенными электронными аналогами собственноручной подписи. Однако реальная законотворческая работа движется медленно.

Совершенно очевидно, что в перспективе выгоды явно превосходят риски. Тем более что обмануть могут и без Интернета.

Некоторые специалисты настолько оптимистичны в развитии интернет-страхования, что считают, что оно приведет к отмиранию института страховых агентов как посредников. Однако вряд ли такое случится в ближайшее время. Тем не менее наиболее дальновидные страховщики, предоставляющие традиционные пакеты услуг, всерьез опасаются конкуренции интернет-технологий.

В 2006 г. страховые компании Российской Федерации продали через Интернет страховок более чем на 20 млн долл.

Пионером на рынке интернет-страхования стала "Группа "Ренессанс Страхование", которая провела широкую маркетинговую акцию в конце 1999 г. и за 2000 г. продала через сеть страховок на 100 000 долл. Спустя год примеру "Группы "Ренессанс Страхование" последовали другие компании, а отдельные из них серьезно занялись развитием продаж страховок через Интернет.

Все страховые компании, опрошенные газетой "Ведомости", назвали лидером интернет-продаж договоры автострахования. В "Ингосстрахе" на них пришлось 78% премии, в "Группе Ренессанс Страхование" — около 60%, в "РЕСО-Гарантии" даже 97%. Дальше по объему идет страхование выезжающих за рубеж: у "Группы "Ренессанс Страхование" он составляет 30% от страховой премии. Основными клиентами являются турфирмы. Популярны также ДМС и страхование имущества.

Страховщики собираются развивать этот бизнес и дальше, так как его основное преимущество — снижение издержек.

По прогнозам специалистов, продажи через Интернет могут достигнуть 10% поступлений компаний. Пока этот показатель составляет 1,2%.

Страховщики не только предоставляют свои услуги субъектам электронной торговли, но и сами достаточно активно начинают присутствовать в глобальных информационных сетях. Они преследуют разные цели: дать представление о компании и своих услугах, дать возможность потенциальным страхователям в режиме реального времени рассчитывать тарифы, подачи заявок на заключение договора страхования и подачи сообщения о страховом случае через Интернет и др.

В настоящее время:

• разработан ряд концептуальных и нормативно-методических проектов документов, определяющих объекты и субъекты страхования в информационной сфере, подходы к оценке стоимости объектов страхования и др.;

• подписано "Соглашение о сотрудничестве в области страхования информационных рисков" между Минсвязи России и страховыми компаниями "Ингосстрах" и "Инфистрах".

Дальнейшие работы по созданию системы страхования информационных рисков будут проводиться по следующим направлениям:

• маркетинговые исследования рынка страхования информационных рисков в соответствующих сферах деятельности (электронная торговля, телемедицина, информационно-маркетинговые центры, интернет-технологии), доработка полученных в результате НИР нормативно-методических документов;

• разработка "Рекомендаций по страхованию информационных рисков" и доведение этого документа министерствам, ведомствам, организациям и предприятиям различных форм собственности с целью осуществления единых подходов в организации страхования информационных систем, ресурсов и технологий;

• доработка "Концепции страхования информационных рисков" и "Концепции создания и развития системы страхования информационных рисков";

• апробация на конкретных объектах страхования и доработка нормативных и методических документов по страхованию информационных ресурсов, систем и технологий, сетей и объектов связи;

• разработка комплекта организационных документов по созданию механизма аккредитации страховых компаний для работы по страхованию информационных рисков, а также предприятий и организаций на право проведения экспертизы информационных ресурсов, систем и технологий и оценки ущерба в результате наступления страхового события;

• разработка законодательных и иных нормативных и правовых актов, определяющих принципы, условия, порядок и область действия системы страхования информационных рисков.

Страхование объектов связи и информатизации является экономическим методом компенсации ущерба владельцам, собственникам и пользователям информационных ресурсов, систем и технологий, а также объектов и сетей связи, потребителям услуг связи.

Для обеспечения практической реализации механизма возмещения ущерба при реализации угроз информационной безопасности необходимо проведение разработки правовых и нормативно-методических документов, определяющих порядок экспертизы объектов страхования, подготовки и выполнения плана организационных, технических и программных мер защиты информации, взаимодействия участников страхования.

Страхование информационных рисков будет эффективным при условиях:

• поэтапного включения в систему страховой защиты наиболее опасных и крупных рисков в области связи и информатизации;

• сочетания рыночного механизма конкуренции и саморегулирования с государственными мерами регулирования рынка страхования;

• дальнейшего совершенствования правовой базы и экономических основ обеспечения страховой защиты юридических лиц всех форм собственности.

Значение страхования как эффективного, рационального, экономичного и доступного средства защиты имущественных интересов собственников и владельцев информационных ресурсов и систем, сетей и объектов связи, производителей средств информатизации, связи и защиты информации, потребителей услуг в области связи и в сфере информатизации постоянно возрастает.

Национальная система страхования России в настоящее время показывает очень высокие темпы роста, превышающие аналогичные показатели в практически любой другой отрасли народного хозяйства. На протяжении последних лет наблюдается неуклонный рост совокупной страховой премии как в рублевом, так и в долларовом эквиваленте. Страховой рынок России развивается, и, естественно, новые возможности применения страховых услуг и поиск новых рынков сбыта являются достаточно актуальными задачами.

Осенью 1999 г. появилась возможность покупать страховые продукты, предлагаемые российскими страховыми компаниями, в Интернете. До этого российские страховщики ограничивались только виртуальным представительством. Пока таких страховщиков немного, но достаточно большое количество страховых компаний работают над этой тематикой.

Всероссийский союз страховщиков, видя перспективы, открывающиеся перед страховщиками в связи с новыми возможностями, предоставляемыми Интернетом, открыл в 1999 г. официальный сайт www.ins-union.ru, на котором можно почерпнуть сведения о деятельности страховых компаний, о проблемах и перспективах, стоящих перед национальной системой страхования России, ознакомиться с данными страховой статистики.

Развитие электронной коммерции в той или иной форме в России неизбежно, но обязательным условием его успешного существования является тесное сотрудничество организаций, предоставляющих услуги в Интернете, и страховых компаний. Российские страховщики уже сейчас могут обеспечить страховую защиту от рисков, сопутствующих электронной коммерции, а также воспользоваться преимуществами, открывающимися

перед ними благодаря возможности организации страхового бизнеса на электронной платформе с помощью Интернета.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем сущность интернет-страхования?
2. Какие виды страховых услуг осуществляются на страховом информационном рынке?
3. Дайте характеристику существующих тенденций развития страхования электронной торговли в странах развитой рыночной экономики?
4. Кто является основными российскими страховщиками в Интернете?
5. Как можно классифицировать информационные риски?
6. Что такое чистые и спекулятивные риски?
7. Что такое несанкционированный доступ к информационным ресурсам?
8. В чем проявляется актуальность страхования информационных рисков?
9. Охарактеризуйте информационную безопасность. Для каких целей она применяется?
10. Какие этапы включает в себя процесс управления рисками?
11. Вследствие каких причин страхование рисков является наиболее распространенным методом управления рисками?
12. Какие существуют объекты страхования в сфере связи и информатизации?
13. В чем сущность проблемы достижения 100%-ного уровня безопасности?
14. Что такое принцип разумной достаточности?
15. Какие объекты страхования в информационной сфере относятся к страхованию ответственности?
16. На чем базируется система страхования информационных рисков?
17. Что является целями создания системы страхования информационных рисков?

18. Какие имеются концептуальные нормативные и методические документы по системе страхования информационных рисков?

19. Что такое страхование on-line?

20. Что такое страхование off-line?

21. Как осуществляется работа с корпоративными клиентами?

22. Почему страхование через Интернет выгодно страховщикам?

23. Какие причины оказывают влияние на страхование через Интернет?

24. Охарактеризуйте опасность для Интернета, возникающую из-за мошенников.

25. Что представляет собой страховочная сеть Интернет?

26. Какие три возможности покупки страховки через систему Интернет имеются у покупателя?

27. Какие прогнозы по развитию страхования через Интернет на среднесрочную перспективу?

28. Что сделано в настоящее время по совершенствованию страхования информационных рисков?

29. Назовите направления работ по созданию системы страхования информационных рисков.

30. При каких условиях страхование информационных рисков будет эффективным?

Глава 5. МЕНЕДЖМЕНТ В СТРАХОВАНИИ

5.1. Функции и методы управления страховыми компаниями

Процесс управления страховыми компаниями базируется на нахождении и постановке цели. Затем наступает этап планирования, т. е. исследуются и определяются пути достижения *целей*, так как, не спланировав заранее, невозможно добиться результата. Только тогда, когда планируют, можно организовать процесс и определить, кто за что отвечает (структура управления процессом), что и в какой последовательности следует предпринимать (ход процесса), какие средства для этого необходимы (обеспечение процесса).

Принцип менеджмента стран развитой рыночной экономики: управлять — значит приводить к успехам других — полностью реализуется или должен реализовываться в практике работы страховых организаций (фирм, компаний). Центральной структурой, выполняющей функции управления страховыми компаниями в условиях рынка, становится менеджер.

Рассмотрим основные знания и навыки, которые должен иметь менеджер страховой компании.

Менеджер обязан иметь следующие навыки:

- планирования;
- контроля;
- измерения результатов;
- интервьюирования;
- мотивации и делегирования полномочий;
- координации;
- методики улучшения деятельности;
- ведения собраний.

Менеджер должен понимать:

- человеческие отношения;
- задачи, стоящие перед организацией;
- организацию процесса страхования;
- обучение и развитие персонала;
- современную технологию;
- технику управления;
- свою ответственность.

Работа менеджера заключается в разработке плана достижений согласованных целей.

В повседневной работе ему приходится сталкиваться со множеством людей — подчиненными своего и смежных отделов, вышестоящим руководителем, страхователями, представителями прессы и др.

Подход к различным группам людей имеет свои отличия, но общим является *доброжелательный тон общения.* Если менеджер отдает предпочтение личным симпатиям в отношениях, это приводит к трениям, отказу от сотрудничества, даже к открытому конфликту.

Сейчас все более широкую поддержку получают представители *школы человеческих отношений,* которые исследуют *проблему мотивации поведения людей.* С помощью таких исследований оценивают социально-психологические последствия различных организационных перемен и дают рекомендации по совершенствованию управленческих процедур, политики по созданию организационного климата и структуры, которые стимулируют совместные усилия работников. Координация деятельности людей не может быть эффективной, если они не желают сотрудничать, а такая координация возникает не автоматически, ее необходимо создавать.

Искусство выбора и формирования правильной цели, управление процессом ее реализации, включая оценку достигнутой степени реализации, отличают действительно умелого руководителя страховой компании. В зависимости от способа принятия решений различают три формы руководства: авторитарную, демократическую и либеральную. При *авторитарном*

руководстве руководитель пользуется своим авторитетом. Он принимает решения и дает указания, что нужно делать работникам, убеждает их, что нужно делать именно так. При *демократическом руководстве* руководитель дает своим работникам свободу в действиях. Он предлагает решения, их обсуждают. Решение может быть изменено, затем принимается окончательное решение. Таким образом, предоставляется свобода для решения проблемы. При *либеральном руководстве* отсутствует жесткое принуждение к работе. Каждый работник планирует свои действия и осуществляет их. Замыкающим этапом (функцией) процесса управления является контроль или подведение итогов, т. е. необходимо оценить все факторы, благоприятствующие или препятствующие достижению целей.

Эти факторы — объективные и субъективные — должны быть изучены, а полученный опыт использован для последующей постановки и реализации целей.

Функция управления страховыми компаниями концентрируется в управленческий цикл.

Управленческий цикл страховых компаний. Управленческий цикл состоит из следующих этапов:

выявление проблемы;
↓
формулирование задачи;
↓
выявление направлений работы;
↓
разработка программы действий;
↓
реализация программы действий и контроль исполнения.

В целом управленческая деятельность страховых компаний подразделяется на три уровня:

- стратегический;
- тактический;
- оперативный.

На *стратегическом уровне* определяются долговременные, рассчитанные на 10–15 лет, *цели* страховой компании,

учитывающие общественную ситуацию в экономике страны, устанавливаются, какие финансовые, материальные и иные *ресурсы* необходимы для достижения этих целей. Выбирается метод достижения целей.

На *тактическом уровне* общие цели конкретизируются на более короткий период, не больше 5 лет, и в соответствии с поставленными на их основе задачами привлекаются необходимые ресурсы.

На *оперативном уровне* решаются текущие задачи, выдвигаемые конъюнктурой страхового рынка.

Все эти уровни оказывают соответствующее воздействие на характер управления кадрами — служащих страховых компаний. С учетом этого производится анализ работы, который подразделяется на два направления:

- описание работы;
- кадровая спецификация.

Межличностные отношения между людьми в процессе совместного труда образуют психологию трудового коллектива, на которую оказывает влияние контактное общение работников друг с другом. Все это способствует созданию формальных и неформальных отношений в коллективе.

Формальные (служебные) отношения определяются функциями, правами и обязанностями работников, ответственных за тот или иной участок деятельности страховых компаний.

Неформальные отношения — это результат межличностных психологических отношений, складывающихся между членами коллектива в процессе их деятельности.

Системы этих отношений в силу своей внутренней психологической обусловленности (симпатия, антипатия, дружба и т. д.) складываются стихийно, они менее зримы, организационно не оформлены. Неформальные отношения формируют социально-психологический климат коллектива. Расхождения между формальной и неформальной структурами страховых компаний могут быть следствиями ошибок при принятии управленческих решений менеджерами. В этих случаях возникают конфликтные ситуации, которые требуют принятия оперативных мер управ-

ления. Принимаемые меры могут быть реализованы с помощью различных методов управления:

правового воздействия;

социально-психологического воздействия;

экономического воздействия.

5.2. Организационные структуры страховых компаний

Организационные структуры страховой компании подразделяются на сферы деятельности *вне зависимости от способностей сотрудников*. Это означает, что сферы деятельности (функции) должны быть определены не по заказу в зависимости от качества знаний сотрудников, а в соответствии с данной организационной структурой.

Известный американский специалист в области менеджмента П. Друкер так характеризует страховое предпринимательство: "В страховом бизнесе должность ищет человека, а не человек рабочее место".

При этом необходимо руководствоваться следующим: во всех подразделениях и на всех уровнях управления страховой компании имеются сотрудники, которые готовы и способны работать по принципу делегирования ответственности. Иногда их способности превосходят уровень занимаемого ими положения и их полномочий. Но есть и сотрудники, способности которых не соответствуют или только частично соответствуют потребностям занимаемой должности. Это может быть результатом существовавшей прежде административно-командной структуры, не позволявшей сотрудникам развивать свои способности.

Структура управления страховой компанией может строиться по принципам:

• *линейной подчиненности*, имеющей право давать указания, предоставляется по отношению *ко всем нижестоящим сотрудникам* и применительно *ко всем функциям,* которые они осуществляют;

• *функциональной подчиненности — право давать указания предоставляется* применительно к *строго конкретным функциям,* но независимо от того, кто их осуществляет;

• *линейно-штабной подчиненности* — наряду с линейной системой существуют *штабы,* которые не имеют права давать указания, но предоставляют необходимые консультационные услуги.

При линейной системе все распоряжения идут сверху вниз, от руководства к сотрудникам. Преимущество данной системы — *точное определение и разграничение функций и ответственности*. Но между тем она:

• чересчур неуклюжа и обычно не позволяет страховым компаниям быстро реагировать на изменения на рынке;

• вышестоящие отделы оказываются перегруженными, поскольку вся информация, которой обмениваются нижестоящие подразделения, проходит через них — в этом ее недостаток.

Почти во всех крупных страховых компаниях стран с развитой рыночной экономикой наряду с так называемой линейной организацией прямой подчиненности существуют рабочие группы, штабы которых подчиняются непосредственно высшему руководству и не имеют линейных функций подчиненности. Они не могут давать указания другим подразделениям страховщика. Их задача — умело консультировать руководство. Такие штабы существуют для выявления следующих функций:

• ведение PR, т. е. установление связей с общественностью и прессой;

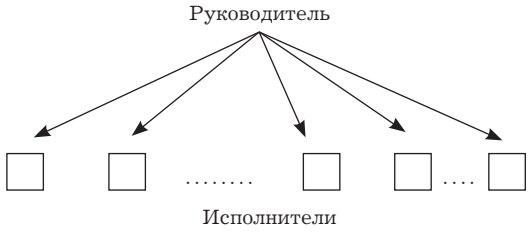
• осуществление контроля за деятельностью предприятий данной страховой компании, но не входящих в ее структуру, т. е. работающих сравнительно самостоятельно (дочерние фирмы);

• осуществление работ по планированию;

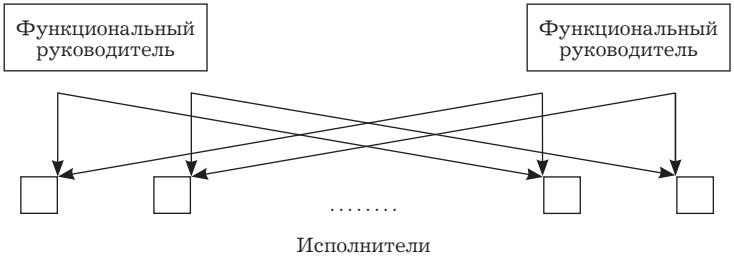
• предоставление правовых и налоговых консультаций.

Принципиальные схемы типов структур управления страховыми компаниями показаны на рис. 5.1.

При функциональной системе подчиненность в большей мере соответствует потребностям текущего дня. В рамках этой системы носитель функции, т. е. сотрудник, получает указание не от одного, а от ряда вышестоящих сотрудников и одновременно информирует о своей деятельности не одного человека,



а)



б)



в)

Рис. 5.1. Схемы типов структур управления страховыми компаниями: *а* — линейная; *б* — функциональная; *в* — комбинированная

а определенное число сотрудников, которые работают в той же самой области. Что касается дисциплинарной подчиненности, то в рамках этой системы он подчиняется лишь одному начальнику. Эта система более гибкая, и большинство страховых компаний отдают предпочтение функциональной системе.

Большую роль для страховых компаний играет информация. Имеется в виду взаимный обмен информацией между сотрудниками и руководством о целях и результатах работы страховых компаний, об изменении ситуации на рынке. Управленческая структура должна быть в такой степени гибкой, чтобы страховщик мог адекватно реагировать на меняющуюся ситуацию. Поэтому почти все страховые компании в странах с развитой рыночной экономикой борются с феноменом окостенения организационной структуры, прибегая к кардинальным реорганизациям с учетом требований дня.

Приступая к построению организационных структур управления страховыми компаниями, следует стремиться к созданию оптимального числа звеньев управленческого аппарата, четкости распределения функций между подразделениями и должностными лицами, добиваться гибкости и экономичности структуры.

Построение организационных структур управления страховыми компаниями осуществляется на основе использования соответствующих методов. Наиболее распространенным являются:

- метод аналогии и сравнений;
- метод организационного моделирования;
- метод экспертных оценок.

Совершенствование организационных структур страховых компаний распределяется на три последовательных этапа:

1) аналитический (изучение применяемой структуры);

2) проектный (разработка новой организационной структуры);

3) организационный (внедрение новой организационной структуры).

5.3. Внутренняя и внешняя среда страховых компаний

Любая страховая компания функционирует, имея связи со страховым рынком: продвигает на него страховые услуги и обеспечивает страхователей соответствующей информацией (что, где, когда может застраховать). Страховой рынок несет для страховых компаний поток информации: мнение страхователей о предлагаемых страховых услугах, сведения о методах работы страховщиков, конкурентах, объемах и темпах поступления страховых премий и т. д. Таким образом, возникает замкнутая система, которая работает как единое целое. Эта система образована внутренней и внешней средой страховщика.

Внешняя среда представляет собой весьма сложное явление. В нее входят *страхователи* с их демографическими и другими характеристиками, *страховщики-конкуренты, рекламные агентства, коммерческие банки, правительственные учреждения*, а также:

- действующие и готовящиеся законы;
- общая экономическая ситуация;
- политический климат;
- культурные и иные традиции.

К ***внутренней среде*** относятся функциональные структуры страховых компаний, обеспечивающие разработку и продвижение страховых услуг потенциальному клиенту, а также:

- квалификация кадров страховых компаний, их правильное использование;
- системы передачи информации от верхних этажей управления к нижним и обратно;
- гибкость имеющихся функциональных структур по отношению к изменениям конъюнктуры страхового рынка и внешней среды в целом.

Внутренняя и внешняя среда страховой компании находятся в тесном взаимодействии и взаимном влиянии. Как внешняя, так и внутренняя среда страховой компании может быть разделена на две группы:

1) группа, которая поддается управлению со стороны руководства страховой компании;

2) группа, которая такому управлению не поддается и требует приспособления страховщика к себе.

Исходя из глубокого анализа внутренней и внешней среды, обеспечивается внутрифирменное планирование, разрабатывается стратегия и тактика поведения страховщика на рынке.

Одна из главных задач внутрифирменного планирования страховой компании — установление максимально возможной планомерности и пропорциональности в деятельности страховщика исходя из его стратегических целей. Эффективное внутрифирменное планирование предполагает необходимость соблюдения следующих трех основных принципов:

1) оно должно обладать необходимой гибкостью и адаптивно, т. е. своевременно, реагировать на изменения внешней среды страховой компании;

2) планированием должны заниматься прежде всего те, кто будет претворять в жизнь разработанные планы;

3) уровень компетенции в планировании должен соответствовать уровню компетенции в отношении распоряжения финансовыми и иными ресурсами.

Стратегическое планирование страховщика — это разработка текущих и перспективных планов и их своевременное выполнение с учетом анализа затрат материальных и человеческих ресурсов.

Стратегия страховых компаний — это генеральная программа действий страховщика. Стратегия формирует главные цели и основные пути их достижения таким образом, что страховая компания получает единое направление действий. Выбранная стратегия влияет на степень успеха страховых компаний. Важнейшим правилом выдвижения целей страховых компаний является следующее: сотрудникам страховых компаний необходимо *четко представлять свою роль* в деятельности компании и достижении ее долговременных и кратковременных целей, для чего они должны быть соответственным образом *информированы*.

Руководство страховой компании формирует количественные и качественные цели деятельности исходя из глубокого анализа внутреннего и внешнего окружения страховой компании.

Из количественных целей страховых компаний наиболее важными являются:

• объем прибыли;

• количество вновь заключенных договоров *страхования данного вида* (объем продаж конкретного страхового продукта среди потенциальных клиентов);

• количество договоров страхования, находящихся на обслуживании в расчете на одного страхового агента;

• объем поступления страховых премий в расчете на (одного страхового агента компании) одного страхового работника;

• доля страхового рынка, охваченная данным страховщиком, в том числе по регионам обслуживания.

Качественные цели — те, которые ведут к росту престижа в общественном сознании, роли и места данного страховщика. К ним относятся:

• благотворительная деятельность;

• меценатство;

• поддержка гуманитарных, образовательных, культурных акций и программ, ориентированных на поддержание социальной стабильности в обществе.

Чем четче выдвигается цель страховой компании в рамках количества, места и времени, тем понятнее она становится персоналу страховщика, обеспечивающему ее достижение. Для этого страховой менеджмент предлагает описание работы — письменного документа, отражающего задачи и ответственность, связанные с конкретной работой.

Список особых характеристик индивидуальной работы служит для страхового работника ориентиром, определяемым степень и пределы его ответственности и властных полномочий.

Описание работы включает в себя:

• название работы;

• цель (что должно быть достигнуто, причина возникновения работы и ее значение для организации);

• место в структуре страховых компаний (перед кем страховой работник отчитывается, за чью работу он несет ответственность, с кем ему следует координировать свои трудовые усилия);

• прямые обязанности, подотчетность, полномочия и дополнительная деятельность страхового работника;

• требуемые знания и навыки.

Если менеджер страховой компании объявляет выговор члену персонала за несделанную работу, когда страховой работник не имел возможности узнать о требуемом, то обе стороны будут возмущены поведением друг друга. Наилучшим путем разрешения конфликтной ситуации станет детальное обсуждение целей работы, устранение двусмысленных формулировок и предложение страховому работнику самому составить проект письменного описания работы. Затем происходит согласование между работником и менеджером, оканчивающееся подписанием документа, удовлетворяющего обе стороны, на который и ссылаются в дальнейшем.

Страховые компании, которым удалось добиться успехов в области планирования, выделяют следующие моменты, способствовавшие этому:

1) планирование рассматривалось как процесс обучения (включающий в себя силу воображения, дисциплину, настойчивость, здравый смысл в анализе деловых возможностей и риска), в ходе которого ставились достижимые цели, составлялись планы действий и эти планы выполнялись;

2) для обучения специалистов навыкам анализировать, принимать стратегические решения и контролировать их выполнение использовались консультанты;

3) подготовка персонала, менеджеров и технических работников была начата заранее и скоординирована с планом действий. Зачастую именно люди, а не нехватка средств служат основным препятствием на пути к цели;

4) признание важности человеческого фактора как в плане подготовки кадров на будущее, так и в разработке перспективных идей.

Лидирующая роль отводится верхним эшелонам управления.

Управляющие всех уровней и их подчиненные должны быть в курсе стратегической линии и приоритетов страховых компаний с тем, чтобы необходимые коррективы могли быть быстро внесены в практику работы.

Высшее руководство формирует цели, но их достижение зависит от управляющих (менеджеров) среднего звена.

Все рассмотренное выше дает основание утверждать, что совершенствование менеджмента страховой компании охватывает персонал всех уровней — от клерка до председателя правления страховой организации (компании, фирмы). Они все больше интересуются самой страховой системой и нацелены на развитие способностей вносить изменения в стратегию, структуру и культуру работы страховщика.

5.4. Критерии страхового менеджмента

Во всех страховых организациях (компаниях, фирмах) стран с развитой рыночной экономикой считается наиболее важным обеспечить на ключевых постах руководителей, не только преданных интересам собственников капитала, но и обладающих высокими деловыми качествами. Западный менеджмент утверждает: самый дешевый и быстрый путь достижения фирмой конкурентоспособности — приобретение способных и мыслящих руководителей. Проблема оценки и отбора персонала страховых компаний распадается на две части: должны быть определены признаки, по которым можно будет судить о том, станет ли успешной деятельность претендента, и необходимость сравнения претендентов друг с другом и с имеющимися у руководства страховых компаний представлениями об эффективности руководителя, т. е. надо соизмерять наличие указанных признаков.

Критерии, которыми руководствуются верхние эшелоны власти в страховых компаниях, крайне индивидуальны. В одном случае решающим является внешнее впечатление, в другом — личные качества, в-третьем — рекомендации по прежней работе (учебе) претендентов.

Долгое время допускалось существование универсального (всюду применимого) стиля руководства, которому должны следовать все руководители. Считалось возможным выделить оптимальный набор качеств, отличающих сильного менеджера в страховой компании. Этот стиль руководства позднее стали называть авторитарным. Он включает в себя склонность к единоличному принятию решений, сохранению дистанции в отношениях с подчиненными, приверженность к жесткому контролю за их действиями (в отличие от контроля за результатами).

Проведенные исследования по управлению страховыми компаниями показали, что важен и сам набор признаков, отличающих эффективного руководителя. Это связано с тем, что в зависимости от ситуации, условий деятельности страховых компаний (в обычных, критических, стандартных ситуациях или в условиях большей неопределенности) и содержания самой должности эти признаки меняются.

Например, авторитарный стиль является признаком эффективного руководителя в страховой компании сильно структурированного типа и в критических ситуациях, тогда как в других условиях назначение такого руководителя может иметь негативные последствия.

Современные исследователи пришли к выводу, что можно выделить ряд качеств, которые *отличают успешных руководителей*, достигших высоких результатов в страховой работе. К ним относятся:

- способность к здравым суждениям и успешному их применению для решения заданных проблем;
- уровень эмоциональной зрелости (способность управлять своими чувствами и эмоциями);
- наличие сильной установки на лидерство и достижение успеха.

Повышение эффективности и надежности отбора связывается с последовательным проведением проверки деловых и личных качеств кандидата, основанным на взаимодополняющих

методах их выявления, источников информации, так называемое "просеивание" кандидатур.

Выделяется *ряд принципиальных этапов, ведущих к замещению вакантной должности специалиста или управляющего* страховой компанией:

1) разработка минимальных требований к должности — в результате дальнейший поиск ограничивается претендентами, имеющими минимальную необходимую квалификацию для использования должности;

2) широкий поиск претендентов — ставится задача привлечь к участию в конкурсе как можно большее количество кандидатов, отвечающих минимальным требованиям;

3) проверка претендентов с использованием ряда формальных инструментов отбора для отсева худших, которая производится кадровой службой;

4) отбор на должность из числа нескольких оставшихся кандидатур, обычно осуществимый линейным руководителем с учетом заключений кадровых служб и данных различных проверок и испытаний.

В зарубежной практике управления страховыми организациями (компаниями, фирмами) признано, что правильные решения о найме не могут быть найдены до тех пор, пока требования к должности не определены настолько хорошо, что отдельные кандидатуры могут быть соизмеримы относительно установленных нормативов.

Различают подробно составленные должностные квалификации и минимальные требования к претендентам на должность.

Минимальными требованиями задаются формальные ограничения, определяющие возможность участия в конкурсе на замещение должности.

Основное внимание обращают на соответствие образовательной и практической подготовки характеру должности.

В подробных должностных квалификациях используется ряд уточняющих характеристик. Устанавливаются основные и дополнительные специальности, объем знаний, который

предполагает должность (высшее или среднее специальное образование), объем подготовки по специальности, прохождение курсов повышения квалификации непосредственно по узкой специальности, род диплома, наличие профессиональных (научных) степеней. Например, для должностей старших и главных специалистов считается важной ориентация программы обучения (преимущественно академическая, управленческая, отраженные в дипломе специалиста).

Особое внимание обращается на практический опыт работы.

В должностных квалификациях задают не только минимально общий трудовой стаж, но раздельно формулируют требования к опыту работы в качестве линейного руководителя либо специалиста в определенной области (с опытом работ в штабных подразделениях, исследовательских организациях и т. д.). (Штабные — вспомогательные, помогающие.) При разработке должностных требований все реже применяются общие типовые описания, составленные для группы одноименных должностей. Не только высшие руководящие посты, но и должности нижнего звена управления рассматриваются многими фирмами как *уникальные.* В разработке требований для должностей высшего звена управления считается необходимым установить специфические черты личности руководителя, соответствующего руководящим особенностям поста.

Группы знаний и навыков, составляющих основу профессиональной деятельности управляющих страховых компаний, следующие:

- концептуальные знания;
- межличностные знания;
- специальные знания.

Межличностные знания — способность общения с людьми (работа с ними) независимо от ее источников.

Концептуальные знания — владение методологией страхового дела, анализ и решение проблем страховой практики с учетом широкого социально-экономического контекста, спо-

собность предвидеть развитие ситуации, умение направлять и контролировать процесс принятия решения.

Чем выше уровень управления, тем большую роль начинают играть концептуальные и меньшую специальные навыки; в то же время роль межличностных навыков в целом остается стабильной.

Специальные знания — сведения, касающиеся конкретной функциональной сферы деятельности управляющего страховой компанией.

Вопросы для самоконтроля

1. Какой существует принцип менеджмента страхового предприятия (компании, фирмы) и какие знания и навыки должен иметь менеджер страховой компании?
2. Как осуществляется работа менеджера при разработке плана достижения согласованных целей?
3. Дайте характеристику форм руководства, применяемых страховыми предприятиями (компаниями, фирмами).
4. Охарактеризуйте управленческий цикл страховой организации (компании, фирмы).
5. Какие существуют уровни управленческой деятельности страховых организаций (компаний, фирм)?
6. Что представляют собой формальные и неформальные отношения?
7. На каких принципах строится структура управления страховым предприятием (компанией, фирмой)?
8. В чем сущность линейной структуры управления страховой организацией?
9. Что представляет собой линейно-штабная структура управления страховой компанией?
10. Для каких целей создаются штабы и какие задачи ставятся перед ними?
11. Покажите сущность функциональной и комбинированной подчиненности подразделений страховых предприятий (компаний, фирм).

12. Как осуществляется совершенствование организационных структур страховых компаний?

13. Дайте характеристику внешней и внутренней среды страховой организации.

14. Что такое внутрифирменное планирование и для каких целей оно применяется?

15. Покажите сущность стратегического планирования страховщика.

16. Что представляют собой количественные и качественные цели страхового предприятия (компании, фирмы)?

17. Какие моменты способствуют страховым организациям добиться успеха в области планирования?

18. Какие существуют критерии страхового менеджмента?

19. Что представляет собой авторитарный, демократический и либеральный стиль управления страховыми организациями?

20. Назовите этапы замещения вакантных должностей специалиста или управляющего страховой компанией.

Глава 6. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАСЧЕТА СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ

6.1. Сущность расчета страховых тарифов и история его развития

Расчет тарифов по любому виду страхования (актуарные расчеты) представляет собой совокупность экономико-математических методов расчета тарифных ставок. Они основаны на использовании Закона больших чисел и отражают в виде математических формул механизм образования и расходования страхового фонда в страховых операциях. В общем виде к актуарным расчетам относят расчеты тарифов по любому виду страхования, включая страхование на случай смерти, страхование имущества, ответственности и т. д.

Основы теории актуарных расчетов как особой отрасли науки были заложены в XVII в. работами таких ученых, как Д. Граунт, Я. де Витт, Э. Галлей. В 1662 г. было опубликовано исследование английского ученого Д. Граунта "Естественные и политические наблюдения, сделанные над бюллетенями смертности". Он первый обработал данные о смертности людей и построил таблицы смертности. Почти одновременно с Д. Граунтом вопросы зависимости страхования жизни от смертности людей исследовал голландец Я. де Витт, написавший работу о тарифах по страхованию пожизненной ренты, в которой изложил метод исчисления страховых взносов в зависимости от возраста застрахованного и нормы роста денег. Дальнейшее развитие теория актуарных расчетов получила в работах английского ученого Э. Галлея. Он дал определение основных функций таблиц смертности, исчислил вероятности дожития и смерти, ввел понятие средней продолжительности жизни, исчислил тарифы по

страхованию ренты. Предложенная Э. Галлеем форма таблицы смертности применяется до сих пор.

На разработанную им методику опираются современные приемы расчета тарифов по страхованию жизни и пенсии. Математик А. Муавр упростил актуарные расчеты. К концу XVII — началу XVIII в. страхование жизни встало на научную основу. В XVIII в. большинство крупных математиков того времени — Л. Эйлер, Э. Дювильяр, Н. Фусс, С. Лакруа, В. Керсебум, А. Депарсье — разрабатывали теорию актуарных расчетов.

В настоящее время в теории актуарных расчетов применяются новейшие достижения математики и статистики. В частности, получившая широкое распространение в разных отраслях современной математики теория игр была разработана на основе страхования жизни, где впервые была использована для практических целей. В XIX в. первый международный конгресс актуариев ввел единообразную систему терминологии и обозначений. В нашей стране применяется методология, выработанная мировой страховой практикой. Создан актуарно-финансовый центр, объединяющий специалистов-актуариев, которые составляют актуарные калькуляции по заказам заинтересованных страховых компаний.

С помощью актуарных расчетов определяется доля участия каждого страхователя в создании страхового фонда, т. е. определяются размеры тарифных ставок. Методология актуарных расчетов основана на использовании теории вероятностей, демографии и долгосрочных финансовых исчислений. Поскольку страховым операциям присущ принцип эквивалентности, который выражается в равенстве финансовых обязательств страховщика и страхователя, возникает необходимость установления объема финансовых обязательств страховщика, или размера предстоящих выплат по договорам страхования.

Актуарий на основании реальных данных об исследуемом процессе определяет основные закономерности и тенденции развития этого процесса и по результатам прогноза планирует некоторую финансовую операцию, которая обеспечивает оптимальные результаты.

Для определения соответствия между величиной и условиями страхового возмещения и величиной страховой премии необходимо приравнять риски страховщика и страхователя с учетом вероятности наступления страхового случая и величины убытков от него[1] (рис. 6.1).

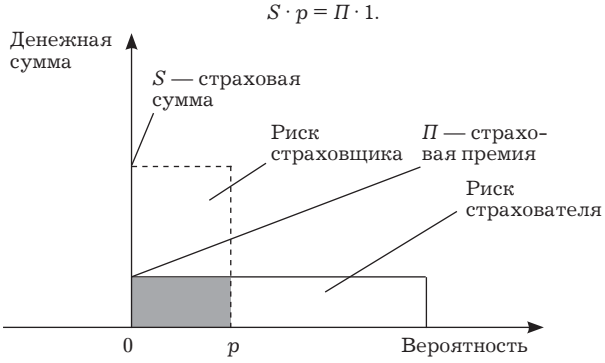


Рис. 6.1. Определение величины страховой премии

Риск страховщика заключается в том, что если страховой случай произошел после уплаты клиентом первого взноса, то страховщик обязан заплатить оговоренную контрактом сумму, даже если она значительно превышает размер страхового взноса.

Риск страхователя состоит в потере уплаченных страховых взносов, которые имеют место, если страховой случай не произошел.

Убытки могут быть фиксированными, например, в случае пожара или других стихийных бедствий. Тогда возникает дополнительная задача: оценка вероятности того, что нанесенный ущерб составит определенную сумму или будет в определенных пределах.

[1] Корнилов И. А. Основы страховой математики. — М.: ЮНИТИ, 2004.

Большое значение имеет фактор времени, от которого зависит количество полученных страховых взносов.

Если рассматривать индивидуальный риск, который интересует страхователя, то такое требование означает необходимость компенсировать весь ущерб. Для отдельного клиента страховой случай может либо наступить с вероятностью p, либо не наступить с вероятностью $1-p$. Следовательно, страхователь рискует уплаченной премией с вероятностью $1-p$, а страховщик рискует разницей между страховой суммой и полученной премией с вероятностью p. Это приведет к слишком высоким тарифам, что сделает страхование недоступным или неприемлемым. Поэтому страховщик стремится работать с коллективным риском и устанавливать такое соотношение между страховым взносом и страховым возмещением, при котором практически в любой момент времени T суммы взносов, собранных к этому моменту со всех клиентов, было бы достаточно для выплаты всех возмещений в этой группе (рис. 6.2).

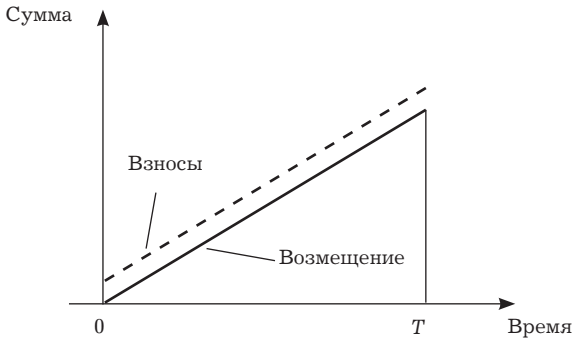


Рис. 6.2. Графическое изображение страховых взносов и страховых возмещений

Таким образом, принцип эквивалентности обязательств страховщика и страхователя математически выражается в равенстве математических ожиданий двух величин: суммы всех страховых взносов и суммы всех страховых возмещений. Именно из этого условия определяется размер страховых премий.

Страховая премия — цена страховой услуги — имеет определенную структуру, влияние на которую оказывает вид страхования. Большая часть уплачиваемых премий, как правило, идет на формирование страхового фонда, из которого осуществляются выплаты по тем договорам, по которым произошли страховые случаи. Остальные средства должны компенсировать расходы страховой организации и обеспечить получение прибыли.

6.2. Структура страховой премии

В основе построения страховой премии (брутто-ставки $T_б$) по любому виду страхования лежит нетто-ставка ($T_н$). Расчет нетто-ставки является основной задачей страховой компании для обеспечения безубыточности работы. Проблема состоит в том, что в любой момент времени существует неопределенность будущих требований. Существующие статистические данные могут дать некоторое представление о средней величине ущерба и его отклонениях, частоте наступления требований, которые принимаются как характеристики риска. Однако в условиях нестабильности ситуации существует не только возможность ошибки при оценке риска, но и при их прогнозировании на будущее. Факторов, влияющих на будущие характеристики риска, множество: изменение объема страхового портфеля, инфляция, криминогенная обстановка, общее финансовое положение потребителей страховых услуг и др. Каждый из этих факторов по-своему влияет на размер страхового тарифа. Расчет нетто-ставки основан на определении вероятности наступления страхового случая, или P.

Вероятностью события A называется отношение числа благоприятных для него случаев m к общему числу всех равновозможных случаев n.

Поскольку вероятность события выражается правильной дробью ($m \le n$), таким образом,

$$0 \le P(A) \le 1.$$

Если $P(A) = 0$, то событие A считается невозможным.

Если $P(A) = 1$, то это достоверное событие.

Если $P(A)$ достигла верхних границ, то страхование на случай наступления данного события проводиться не может.

Страховые отношения складываются только тогда, когда заранее неизвестно, произойдет ли событие, в отношении которого заключен договор страхования.

Таким образом, нетто-ставка $T_н$ должна быть построена так, чтобы обеспечить набор стольких страховых премий, сколько предстоит потом выплатить всем страхователям. Например, если каждый из 100 объектов будет застрахован на 200 ед., то ежегодные выплаты при вероятности наступления страхового случая, равной двум случаям из 100, составили бы $0{,}02 \cdot 100 \cdot 200 = 400$ ед., при условии, что ущерб больше или равен страховой сумме. Если все выплаты разделить на количество застрахованных объектов, то получим долю одного страхователя в общем страховом фонде, равную 4 ед. Именно такую сумму должен уплатить каждый страхователь, чтобы у страховой компании было достаточно средств для выплаты страхового возмещения. Здесь 4 ед. — $T_н$ по данному виду страхования.

Однако при проведении страхования сумма выплачиваемого страхового возмещения пострадавшим объектам, как правило, отклоняется от страховой суммы по ним. Причем если по отдельному договору выплата может быть только меньше или равна страховой сумме, то по группе объектов средняя выплата на один договор может и превышать среднюю страховую сумму.

При построении $T_н$ учитывается как раз последний показатель. В этих случаях рассчитанная в изложенном порядке $T_н$ корректируется на коэффициент, определяемый отношением средней выплаты к средней страховой сумме на один договор. В результате получаем следующую формулу для расчета нетто-ставки со 100 ед. страховой суммы:

$$T_н = P \cdot K \cdot 100, \qquad (6.1)$$

где $T_н$ — тарифная нетто-ставка;

P — вероятность наступления страхового случая;

K — коэффициент отношения средней выплаты к средней страховой сумме на один договор.

Если представить эту формулу в развернутом виде, то

$$Р = m/n = К_в/К_д; \quad (6.2)$$

$$К = С_в/С_с; \quad (6.3)$$

где $К_в$ — количество выплат за тот или иной период;

$К_д$ — количество заключенных договоров в данном году;

$С_в$ — средняя выплата на один договор;

$С_с$ — средняя страховая сумма на один договор.

В результате получаем:

$$Т_н = (К_в \cdot С_в)/(К_д \cdot С_с) \cdot 100 = В/С \cdot 100, \quad (6.4)$$

где В — общая сумма выплат страхового возмещения;

С — общая страховая сумма застрахованных объектов.

По формуле (6.4) определяется размер нетто-ставки. После ее расчета устанавливается размер совокупной тарифной ставки, или брутто-ставки. Для ее исчисления к нетто-ставке прибавляется нагрузка. В страховую нагрузку входят отчисления на ведение страхового дела, расходы на превентивные (предупредительные) мероприятия и отчисления в страховой резерв.

Нагрузка ($Ф$) обеспечивает поступление средств, используемых для покрытия расходов на ведение дела по страховым операциям, а также для формирования фонда предупредительных мероприятий и плановой прибыли.

Размер совокупной брутто-ставки рассчитывается по формуле

$$Т_б = Т_н + Ф, \quad (6.5)$$

где $Т_б$ — брутто-ставка;

$Т_н$ — нетто-ставка;

$Ф$ — нагрузка.

6.3. Расчет тарифных ставок по рисковым видам страхования

6.3.1. Методики, рекомендованные Росстрахнадзором

Учитывая сложность оценки страховых рисков и расчета страховых тарифов в различных видах страховой деятельности, Федеральная служба страхового надзора (Росстрахнадзор) ре-

комендовала две методики — I и II — расчета тарифных ставок по рисковым видам страхования, утвержденные распоряжением Ростехнадзора от 08.07.1993 № 02-03-36.

Методика I применяется при следующих условиях:

1. Существует статистика либо другая информация, которая позволяет оценить следующие величины:

– p (вероятность наступления страхового случая по одному договору страхования);

– S_n (средняя страховая сумма по одному договору страхования);

– $\overline{W}$ (среднее возмещение по одному договору страхования).

2. Предполагается, что не будет опустошительных событий, когда одно событие несет за собой несколько страховых случаев.

3. Расчет тарифов производится при заранее известном количестве договоров (m), которые предполагается заключить со страховщиками.

Нетто-ставка состоит из двух частей:

- основной части (T_o);
- рисковой надбавки (T_p).

Соответственно:

$$T_н = T_o + T_p . \tag{6.6}$$

Основой расчета основной части нетто-ставки является убыточность страховой суммы, которая зависит от p и коэффициента тяжести ущерба, вызванного страховым случаем K_{my}:

$$T_o = p(\overline{W}/S_n) \cdot 100. \tag{6.7}$$

Рисковая надбавка вводится для того, чтобы учесть неблагоприятные колебания показателя убыточности страховой суммы.

Возможны два *варианта расчета рисковой надбавки*:

1. При наличии статистики о страховых замещениях и возможности вычисления среднеквадратического отклонения рисковая надбавка рассчитывается по формуле

$$T_p = T_o \alpha(\gamma) \sqrt{\frac{1 - p + \left(\frac{\delta_W}{\overline{W}}\right)^2}{np}} \tag{6.8}$$

где $\alpha(\gamma)$ — коэффициент, который зависит от гарантии безопасности γ и значение которого берется из табл. 6.1;

δ_W — среднеквадратическое отклонение возмещений при наступлении страхового случая.

Таблица 6.1

Значения коэффициента α, зависящего от гарантии безопасности γ

γ	0,84	0,9	0,95	0,98	0,9986
α	1	1,3	1,645	2	3

2. При отсутствии данных о среднеквадратическом отклонении:

$$T_p = 1{,}2T_o\alpha(\gamma)\sqrt{(1-p)/(np)}\,. \qquad (6.9)$$

Брутто-ставка рассчитывается по формуле

$$T_б = (T_н \times 100)/(100 - f), \qquad (6.10)$$

где f — доля нагрузки в общей тарифной ставке, %.

Пример.

Страховщик проводит страхование от несчастных случаев. Вероятность наступления страхового случая — 0,05. Средняя страховая сумма — 80 тыс. руб., среднее страховое возмещение — 30 тыс. руб. Количество заключенных договоров — 6000. Доля нагрузки в тарифной ставке — 24%. Среднее квадратическое отклонение — 8 тыс. руб. Определить тарифную ставку при коэффициенте, зависящем от гарантии безопасности, 1,645.

Решение.

Определяем:

1) основную часть нетто-ставки (6.7)

$T_o = p(W/S_n) \cdot 100 = 0{,}05 \cdot (30/80) \cdot 100 = 1{,}875\%$;

2) рисковую надбавку (6.8)

$T_p = T_o\alpha(\gamma)\sqrt{[1-p+(\delta_W/W)^2]/(np)} =$

$= 1{,}875 \cdot 1{,}645\sqrt{[1-0{,}05+(8/30)^2]/(6000 \cdot 0{,}05)} = 0{,}18\%$;

3) нетто-ставку (6.6)

$T_н = T_o + T_p = 1{,}875 + 0{,}18 = 2{,}055\%$;

4) брутто-ставку (6.10)

$T_б = (T_н \cdot 100)/(100 - f) = (2{,}055 \cdot 100)/(100 - 24) = 2{,}7\%$.

Методика II расчета тарифных ставок по массовым рисковым видам страхования, рекомендованная Федеральной службой Российской Федерации по надзору за страховой деятельностью, основана на аппарате линейного регрессионного анализа, являющегося важным разделом математической статистики. Данный метод, учитывая его простоту в расчетах, широко применяется в практической деятельности многих страховых компаний для расчета тарифных ставок по разным массовым видам страхования.

Для расчета по данной методике используется модель линейного тренда, согласно которой фактические данные по убыточности страховой суммы выравниваются на основе линейного уравнения

$$q^*_i = a_0 + a_1 i, \tag{6.11}$$

где q^*_i — выравненный показатель убыточности страховой суммы;

a_0, $a_1 i$ — параметры линейного тренда;

i — порядковый номер соответствующего года.

Параметры линейного тренда определяют методом наименьших квадратов, используя следующие уравнения:

$$a_0 n + a_1 \sum i = \sum q_i; \tag{6.12}$$

$$a_0 \sum i + a_1 \sum i^2 = \sum q_i i, \tag{6.13}$$

где n — число анализируемых лет.

Данную систему уравнений можно упростить, если начать отсчет лет с середины ряда. Тогда $\sum i = 0$, а система уравнений примет вид

$$a_0 n = \sum q_i ; \tag{6.14}$$

$$a_1 \sum i^2 = \sum q_i i. \tag{6.15}$$

Отсюда

$$a_0 = (\sum q_i)/n ; \tag{6.16}$$

$$a_1 = \sum q_i i / \sum i^2 . \tag{6.17}$$

Для упрощения расчета параметров управления прямой и среднеквадратического отклонения фактических значений убыточности от выравненных используется табл. 6.2.

Для определения основной части нетто-ставки, или T_o, необходимо рассчитать выравненный показатель убыточности страховой суммы на следующий за анализируемым год, или q^*.

Таблица 6.2

Параметры уравнения прямой и среднеквадратического отклонения фактических значений убыточности от выравненных

Год	Фактическая убыточность (q_i), %	Условное обозначение лет, i	Расчетные показатели		Выравненная убыточность, q^*_i	$q_i - q^*_i$	$(q_i - q^*_i)^2$
			$q_i i$	i^2			

Рисковая надбавка определяется как

$$T_p = \sigma\beta(\gamma; n), \tag{6.18}$$

где σ — среднеквадратическое отклонение фактических уровней убыточности от выравненных

$$\sigma = \sqrt{[\Sigma(q_i - q_i^*)^2]/(n-1)}; \tag{6.19}$$

β — коэффициент, зависящий от заданной гарантии безопасности γ (той вероятности, с которой собранных взносов хватит на выплаты страховых возмещений);

n — числа анализируемых лет.

Значение β берется из приведенной в методике таблицы (табл. 6.3).

Таблица 6.3

Значения коэффициента β, зависящего от гарантии безопасности γ и числа анализируемых лет n

n	γ				
	0,8	**0,9**	**0,95**	**0,975**	**0,99**
3	2,972	6,649	13,640	27,448	68,740
4	1,592	2,829	4,380	6,455	10,448
5	1,184	1,984	2,850	3,854	5,500
6	0,980	1,596	2,219	2,889	3,900

Нетто-ставка рассчитывается по формуле

$$T_н = T_o + T_p. \tag{6.20}$$

Брутто-ставка:

$$T_б = (T_н \cdot 100)/(100 - f), \tag{6.21}$$

где f — доля нагрузки, %.

Пример.

Определить брутто-ставку при страховании имущества на основе страховой статистики за 5 лет с учетом прогнозируемого уровня убыточности страховой суммы на следующий год (при заданной гарантии безопасности 0,9). Нагрузка в брутто-ставке составляет 22%.

Решение.

1. Определяем основную часть нетто-ставки, которая равна прогнозируемому уровню убыточности страховой суммы на следующий за анализируемым периодом год. Расчет параметров линейного тренда сводят в табл. 6.4, аналогичную табл. 6.2.

Таблица 6.4

Расчет параметров уравнения прямой и среднеквадратического отклонения фактических значений убыточности от выравненных

Год страхования	Фактическая убыточность q_i, %	Условное обозначение лет, i	Расчетные показатели		Выравненная убыточность, q^*_i	$q_i - q^*_i$	$(q_i - q^*_i)^2$
			$q_i i$	i^2			
1	2,8	−2	−5,6	4	2,86	−0,06	0,0036
2	3,2	−1	−3,2	1	3,04	0,16	0,0256
3	3,1	0	0	0	3,22	−0,12	0,0144
4	3,4	1	3,4	1	3,4	0	0
5	3,6	2	7,2	4	3,58	0,02	0,0004
Итого	16,1	0	1,8	10	16,1	0	0,044

Рассчитаем параметры линейного тренда (6.14) и найдем выравненный показатель убыточности страховой суммы по формуле (6.11):

$a_0 = 16{,}1 / 5 = 3{,}22;$

$a_1 = 1{,}8/10 = 0{,}18;$

$q^*_i = 3{,}22 + 0{,}18i.$

Прогнозируемая убыточность страховой суммы на следующий (за последним анализируемым) год составит

$q^*_3 = 3{,}22 + 0{,}18 \cdot 3 = 3{,}76\%.$

Следовательно, основная часть нетто-ставки на следующий за рассматриваемым периодом год (T_o) равна 3,76% от страховой суммы.

2. Используя формулу (6.19), найдем рисковую надбавку:

$\sigma = \sqrt{0{,}044/4} = 0{,}105\%$;

$T_p = 0{,}105 \cdot 1{,}984 = 0{,}208\%$.

3. Рассчитаем нетто-ставку по формуле (6.20):

$T_н = 3{,}76 + 0{,}208 = 3{,}968\%$.

4. После приведенных расчетов по формуле (6.21) определим брутто-ставку:

$T_б = (3{,}968 \cdot 100)/(100 - 22) = 5{,}087\%$.

6.3.2. Расчет тарифных ставок по методике, предлагаемой статистиками

Страховые компании могут использовать только те методики, обоснование которых подтверждено математическими методами.

В основе предлагаемой методики расчета нетто-ставки лежит убыточность страховой суммы за период, который обычно составляет 5 лет:

$$T_o = \bar{q} = (\Sigma q_i)/n, \tag{6.22}$$

где n — число периодов.

Рисковая надбавка:

$$T_p = t\sigma; \tag{6.23}$$

$$\sigma = \sqrt{[\Sigma(q_i - \bar{q}\ )^2]/(n-1)}, \tag{6.24}$$

где σ — среднеквадратическое отклонение;

t — коэффициент доверия.

Зависимость t от p

t	1;	1,5;	2;	2,5;	3;	3,28
p	0,6827;	0,8664;	0,9545;	0,9876;	0,9973;	0,9973

Пример.

По страховой организации сложились следующие показатели убыточности страховой суммы по страхованию имущества юридических лиц:

Год	1;	2;	3;	4;	5
Убыточность страховой суммы	1,2;	1,4;	1,1;	1,5;	1,2

Определить:

1) основную часть нетто-ставки;

2) с вероятностью 0,954 рисковую надбавку;

3) нетто-ставку и брутто-ставку при условии, что нагрузка по страхованию домашнего имущества составляет 26% в брутто-ставке.

Решение.

1. Определяем основную часть нетто-ставки, которая будет равна средней убыточности страховой суммы за предшествующие 5 лет, найдем из формулы (6.22):

$\bar{q} = (\Sigma q_i)/n = (1{,}2 + 1{,}4 + 1{,}1 + 1{,}5 + 1{,}2)/5 = 1{,}28\%$.

2. По формуле (6.23) рассчитаем рисковую надбавку:

$T_p = t\sigma$,

$$\sigma = \sqrt{[\Sigma(q_i - \bar{q}\ )^2]/(n-1)} =$$

$$= \sqrt{[(1{,}2-1{,}28)^2 + (1{,}4-1{,}28)^2 + (1{,}1-1{,}28)^2 + (1{,}5-1{,}28)^2 + (1{,}2-1{,}28)^2]/4} =$$

$$= \sqrt{0{,}027} = 0{,}164\%.$$

$T_p = 2 \cdot 0{,}164 = 0{,}328\%$.

3. Нетто-ставку определим из выражения (6.20):

$T_н = T_o + T_p = 1{,}28 + 0{,}328 = 1{,}608\%$.

4. На основании полученных результатов по формуле (6.21) определим брутто-ставку:

$T_б = (T_н \cdot 100)/(100 - f) = (1{,}608 \cdot 100)/(100 - 26) = 2{,}2\%$.

6.4. Расчет тарифных ставок по страхованию жизни

6.4.1. Вычисление вероятностей дожития и смерти

Расчет тарифных ставок по видам страхования жизни имеет определенные особенности, связанные с объектами страхования. Таким объектом является жизнь человека, которая постоянно подвергается опасностям. Последствиями может быть смерть застрахованного, поэтому страхование жизни предусматривает страховую защиту имущественных интересов застрахованного или его выгодоприобретателя, посредством страховых выплат при наступлении страхового случая, которым может быть смерть застрахованного, его дожитие до определенного возраста или окончание действия договора страхования. Определяющим фактором при расчете тарифных ставок по страхованию жизни является вероятность дожития до определенного срока, которая зависит от возраста застрахованного в момент страхования и срока действия договора страхования.

Для исчисления необходимых размеров страхового фонда страховщик должен располагать сведениями о том, сколько лиц из числа застрахованных может умереть в течение срока страхования и сколько из них доживет до окончания срока. На основе статистического наблюдения за смертностью населения исчисляются вероятности дожития и смерти для лиц разных возрастов и строятся таблицы смертности, которые характеризуют закономерность изменения под влиянием возраста численности определенной совокупности людей. Эти таблицы используются для расчетов тарифных ставок по страхованию жизни и пенсии для лиц каждого конкретного возраста.

На основании демографической статистики и теории вероятности выявлена подчиняющаяся закону больших чисел зависимость смертности от возраста людей, выводятся формулы для расчета. Используя эти формулы, страховые компании составляют таблицы смертности.

Они пересчитываются в связи с изменениями показателя смертности населения. Эти таблицы содержат конкретные цифры смертности в полных годах в расчете на 100 тыс. человек с последующим уменьшением доживающих при переходе от одной возрастной группы к другой (табл. 6.5).

Для этого определяют:

1) вероятность смерти q_x при переходе возраста x к возрасту $(x + 1)$ лет,

$$q_x = d_x / l_x ; \tag{6.25}$$

2) d_x — число умирающих при переходе от возраста x к возрасту $(x + 1)$ лет,

$$d_x = l_x - l_{x+1} , \tag{6.26}$$

где l_x, l_{x+1} — возрастные группы;

3) вероятность дожития p_x лица в возрасте x лет до возраста $(x + 1)$ лет,

$$p_x = l_{x+1} / l_x$$

или

$$p_x = 1 - q_x . \tag{6.27}$$

Таблица 6.5

Выписка из таблицы коммутационных чисел (по общей смертности)

Возраст, лет	Возрастная группа, l_x	d_x	Коммутационные числа			
			D_x	N_x	C_x	M_x
0	100 000	1821	100 000,00	1 297 459,49	1686,11	3891,87
1	98 179	179	90 906,48	1 197 459,49	153,46	2205,76
...	...	...	...	...	...	...
40	88 488	722	4073,19	45 312,28	30,77	716,70
41	87 766	767	3740,70	41 239,09	30,27	685,93
42	86 999	817	3433,34	37 498,40	29,85	655,66
43	86 182	872	3149,16	34 065,06	29,50	625,81
44	85 310	931	2886,39	30 915,89	29,17	596,31
45	84 379	994	2643,42	28 029,51	28,83	567,14
46	83 385	1058	2418,77	25 386,09	28,42	538,31
47	82 327	1119	2211,19	22 967,32	27,83	509,89
48	81 208	1174	2019,57	20 756,13	27,03	482,06
49	80 034	1223	1842,94	18 736,56	26,08	455,03
50	78 811	1266	1680,35	16 893,62	24,99	428,95
...	...	...	...	...	...	...
99	133	59	0,07	0,10	0,03	0,04
100	74	35	0,03	0,03	0,01	0,01

Пример.

Для лица в возрасте 45 лет рассчитать:

1) вероятность прожить еще 1 год;

2) вероятность умереть в течение предстоящего года жизни;

3) вероятность прожить еще 2 года;

4) вероятность умереть в течение предстоящих 2 лет;

5) вероятность умереть в возрасте 48 лет.

Решение.

Определяем для лица в возрасте 45 лет:

1) вероятность прожить еще один год (6.27):

$p_{45} = l_{45+1}/l_{45} = 83\,385/84\,379 = 0{,}9882$;

2) вероятность умереть в течение предстоящего года жизни (6.25):

$q_{45} = d_{45}/l_{45} = 994/84\,379 = 0{,}0118$;

3) вероятность прожить еще 2 года:

$_2p_{45} = l_{45+2}/l_{45} = 82\,327/84\,379 = 0{,}9757$;
4) вероятность умереть в течение предстоящих двух лет:
$_2q_{45} = (l_{45} - l_{45+2})/l_{45} = (84\,379 - 82\,327)/\,84\,379 = 0{,}0243$;
5) вероятность умереть в возрасте 48 лет:
$_3q_{45} = (l_{45+2} - l_{45+3})/l_{45} = (82\,327 - 81\,208)/\,84\,379 = 0{,}0133$.

6.4.2. Вычисление платежей при смешанном страховании жизни

Достоверность построенных таблиц смертности может зависеть от региона, заболеваемостей, рода деятельности и др. Страховые компании, специализирующиеся на страховании жизни, как правило, самостоятельно разрабатывают собственные таблицы смертности, ориентированные на особенности региона.

Поскольку договоры страхования жизни заключаются обычно на длительный срок, период времени между уплатой взносов и моментом осуществления выплат достигает нескольких лет. В течение этого срока страховщики инвестируют временно свободные средства, за счет чего получают прибыль, распространяющуюся и на страхователей. В связи с этим стоимость страховых взносов меняется. Чтобы учесть подобные изменения при построении тарифных ставок, применяют методы долгосрочных финансовых исчислений, в частности дисконтирование.

Нетто-ставка по смешанному страхованию жизни состоит из нескольких частей, каждая из которых должна обеспечить выполнение обязательств страховщика по одному из видов его ответственности. При этом порядок расчета нетто-ставок различается в зависимости от вида страхуемого риска. Части нетто-ставки по страхованию жизни (к которому относится страхование на случай смерти застрахованного, его дожития до окончания срока страхования или определенного договором страхования возраста, а также предусматривающее текущие выплаты (аннуитеты) в период действия договора страхования), рассчитываются на основе таблицы смертности с учетом нормы доходности по инвестированию временно свободных денежных средств. Расчет части нетто-ставки по страхованию от несчастного случая, который относится к рисковым видам страхования,

не предусматривает учета доходности в связи с предполагаемым инвестированием средств.

Тарифные ставки, как правило, бывают единовременные и годовые.

Единовременная ставка предполагает уплату взноса в начале срока страхования. При такой форме уплаты взноса страхователь сразу при заключении договора погашает все обязательства перед страховой компанией. При годовой ставке погашение финансовых обязательств перед страховщиком происходит постепенно. Взносы уплачиваются один раз в год, к тому же может предоставляться еще и помесячная рассрочка.

Единовременная ставка по страхованию на дожитие для лица в возрасте x лет при сроке страхования n лет в расчете на 100 руб. страховой суммы (${}_nE_x$) определяется по формуле

$$ {}_nE_x = l_{x+n}V^n/l_x \cdot 100, \qquad (6.28) $$

где l_{x+n} — число лиц, доживающих до возраста $x + n$ (берется из таблицы смертности);

l_x — число лиц, подлежащих страхованию (достигших возраста x лет из 100 000 родившихся);

V^n — дисконтный множитель, который находится по формуле

$$ V^n = 1/(1 + i)^n, \qquad (6.29) $$

где i — норма доходности инвестиций;

n — срок страхования.

Единовременная нетто-ставка (${}_nA_x$) на случай смерти на определенный срок:

$$ {}_nA_x = (d_xV + d_{x+1}V^2 + \ldots + d_{x+n-1}V^n)/l_x \cdot 100, \qquad (6.30) $$

где d_x, d_{x+1}, $d_{x+(n-1)}$ — число лиц, умирающих при переходе от x лет к возрасту $(x + 1)$ по годам за срок страхования.

При смешанном страховании на дожитие и на случай смерти рассчитывается совокупная нетто-ставка

$$ T_н = {}_nE_x + {}_nA_x. \qquad (6.31) $$

Брутто-ставка определяется по формуле

$$ T_б = (T_н \cdot 100)/(100 - f), $$

где f — доля нагрузки, %.

Пример.

Рассчитать единовременную брутто-премию для страхователя в возрасте 45 лет, застрахованного по смешанному страхованию жизни сроком на 3 года. Норма доходности — 8%. Страховая сумма — 25 тыс. руб. Доля нагрузки в брутто-ставке — 10%.

Решение.

Определяем:

1) единовременные нетто-ставки для лица в возрасте 45 лет сроком на 3 года:

на дожитие по формуле (6.28)

$_3E_{45} = l_{48}V^3/l_{45} \cdot 100 = 76{,}4$ руб. со 100 руб. страховой суммы;

на случай смерти (6.30)

$_3A_{45} = (d_{45}V + d_{46}V^2 + d_{47}V^n)/l_{45} \cdot 100 = 3{,}22$ руб. со 100 руб. страховой суммы;

при смешанном страховании жизни (6.31)

$T_н = {}_3E_{45} + {}_3A_{45} = 76{,}4 + 3{,}22 = 79{,}62$ руб.;

2) единовременную брутто-ставку при смешанном страховании жизни

$T_б = (T_н \cdot 100)/(100 - f) = (79{,}62 \cdot 100)/(100 - 10) = 88{,}5$ руб. со 100 руб. страховой суммы;

3) единовременную брутто-премию

$T_{БП} = (25\,000 \cdot 88{,}5)/100 = 22\,116$ руб.

6.4.3. Вычисление тарифных ставок при страховании жизни через коммутационные числа

На практике тарифные ставки для разных возрастных групп застрахованных и сроков страхования исчисляются отдельно, что вызывает значительные затруднения. Для упрощения расчетов принято использовать специально разработанные технические показатели — коммутационные числа:

$$D_x = l_x V^x; \tag{6.32}$$

$$N_x = D_x + D_{x+1} + \ldots + D_w; \tag{6.33}$$

$$C_x = d_x \mathrm{V}_{x+1};$$

$$M_x = C_{x,} + C_{x+1} + \ldots + C_w; \tag{6.34}$$

$$R_x = M_{x,} + M_{x+1} + \ldots + M_w, \tag{6.35}$$

где w — предельный возраст таблицы смертности.

С помощью простого математического приема — умножения числителя и знаменателя дроби на множитель V^x — формулы расчета нетто-ставок могут быть выражены через коммутационные числа.

В результате преобразований формулы расчета нетто-ставок через коммутационные числа примут следующий вид.

Единовременная нетто-ставка для лица в возрасте x лет:

1. На дожитие при сроке страхования n лет

$$ {}_nE_x = (D_{x+n} / D_x) \cdot 100. \tag{6.36} $$

2. На случай смерти:

при страховании на определенный срок

$$ {}_nA_x = \frac{M_x - M_{x+n}}{D_x} \cdot 100, \tag{6.37} $$

для пожизненного страхования

$$ A_x = \frac{M_x}{D_x} \cdot 100. \tag{6.38} $$

Годовая нетто-ставка для лица в возрасте x лет:

1. На дожитие при сроке страхования n лет

$$ {}_ne_x = \frac{D_{x+n}}{N_x - N_{x+n}} \cdot 100. \tag{6.39} $$

2. На случай смерти:

при страховании на определенный срок

$$ {}_na_x = \frac{M_x - M_{x+n}}{N_x - N_{x+n}} \cdot 100; \tag{6.40} $$

для пожизненного страхования

$$ a_x = \frac{M_x}{N_x} \cdot 100. \tag{6.41} $$

Пример.

По исходным данным предыдущего примера рассчитайте нетто-ставки через коммутационные числа.

Решение.

Определяем:

1) единовременные нетто-ставки для лица в возрасте 45 лет сроком на 3 года:

на дожитие по формуле (6.36)

$${}_3E_{45} = D_{48}/D_{45} \cdot 100 = (2019{,}57/2643{,}42) \cdot 100 = 76{,}4 \text{ руб. со 100 руб. страховой суммы;}$$

на случай смерти по формуле (6.37)

$${}_3A_{45} = (M_{45} - M_{48})/D_{45} \cdot 100 = (567{,}14 - 482{,}06)/2643{,}42 \cdot 100 = 3{,}22 \text{ руб. со 100 руб. страховой суммы;}$$

2) единовременную нетто-ставку на случай смерти для лица в возрасте 45 лет при пожизненном страховании (6.38)

$$A_{45} = M_{45}/D_{45} \cdot 100 = 567{,}14/2643{,}42 \cdot 100 = 21{,}45 \text{ руб.;}$$

3) годовую нетто-ставку (взнос уплачивается в начале страхового года)

на дожитие для лица в возрасте 45 лет при сроке страхования 3 года (6.39)

$${}_3e_{45} = D_{48}/(N_{45} - N_{48}) \cdot 100 = (2019{,}57/(28\,029{,}51 - 20\,756{,}13) \cdot 100 = 27{,}77 \text{ руб.;}$$

при страховании на случай смерти для лица в возрасте 45 лет на 3 года по формуле (6.40)

$${}_3a_{45} = (M_{45} - M_{48})/(N_{45} - N_{48}) \cdot 100 = (567{,}14 - 482{,}06)/(28\,029{,}51 - 20\,756{,}13) \cdot 100 = 1{,}17 \text{ руб.;}$$

при пожизненном страховании на случай смерти по формуле (6.41)

$$a_{45} = M_{45}/N_{45} \cdot 100 = 567{,}14/28\,029{,}51 \cdot 100 = 2{,}02 \text{ руб.}$$

Вопросы для самоконтроля

1. В чем сущность расчета страховых тарифов (актуарных расчетов)?

2. Охарактеризуйте этапы развития расчета страховых тарифов.

3. Покажите структуру страховой премии.

4. Что представляют собой составные части страховой премии?

5. Охарактеризуйте методики I и II расчета тарифных ставок по рисковым видам страхования.

6. Как осуществляется расчет тарифных ставок с помощью статистических методов?

7. Как определяется вероятность дожития и смерти?

8. Что представляет собой таблица смертности?

9. В чем отличия расчетов, основанных на данных таблиц смертности и данных таблиц коммутационных чисел?

10. Какими методами и как определяются платежи при смешанном страховании?

Глава 7. ЛИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ

7.1. История развития личного страхования

История страхования жизни насчитывает около 2000 лет. Первые формы страхования жизни в виде денежных фондов для благотворительных целей возникли в Древней Индии. В Средние века в цехах и гильдиях образовывались организации, которые оказывали материальную поддержку своим членам в затруднительных случаях и заботились о материальном обеспечении близких умершего.

В 1706 г. в Англии возникло первое общество страхования жизни — "Эмикэбл". Спустя некоторое время появляются общества "Рефьюдж иксчендж" и "Лондон иншуренс корпорейшен". В 1765 г. было создано общество "Эквитэбл", которое впервые для расчета тарифных ставок начало использовать сведения о смертности населения, собранные и обработанные известным ученым Р. Прайсом. Значительно повлияло на цену страхования постепенное совершенствование составления таблиц смертности, которые стали учитывать дифференциацию тарифных ставок по возрастным категориям.

Снижение тарифов, в свою очередь, привело к интенсивному расширению операций "Эквитэбла". Такой успех обратил на себя внимание и вызвал появление новых страховых обществ.

Несколько позднее общества страхования жизни коммерческого типа возникли и в других странах. Так, во Франции первое общество появилось в 1829 г., в Германии — в 1827 г., в США — в 1830 г., в России — в 1835 г. К концу XIX в. операции по страхованию жизни получили широкое распространение во всех странах мира.

Большое влияние на развитие страхования оказали статистика и математика.

Статистика возникла в так называемой школе "политических арифметиков". Одним из основателей этой школы был английский ученый Д. Граунт, который положил начало страховой математике — теории актуарных расчетов.

Почти одновременно с Д. Граунтом вопросы зависимости страхования жизни от смертности людей исследовал голландец Я. де Витт, написавший работу о цене пожизненной ренты, в которой был показан разработанный им метод исчисления страховых взносов в зависимости от возраста застрахованного и нормы роста денег.

Несколько трудов ("О пожизненных рентах", "О вдовьих кассах", "О страховании сирот" и др.) посвятил страхованию жизни один из крупнейших математиков мира Леонард Эйлер.

Проблемами, связанными с актуарными расчетами, занимались почти все крупные математики того времени — Л. Эйлер, Н. Фус, С. Лакруа и др.

Развитие страхования жизни требовало координации действий страховщиков. В 1849 г. в Лондоне был основан Институт актуариев для разработки методики расчетов и подготовки специалистов по страховой математике. Подобные научно-технические учреждения затем возникли и в других странах.

В 1895 г. в Брюсселе на первом международном конгрессе страховых деятелей было предложено ввести во всех странах единообразную систему обозначений для разных математических величин, применяемых в актуарных расчетах. Брюссельские конгрессы актуариев периодически проводятся до сих пор.

В настоящее время в теории актуарных расчетов применяются новейшие достижения математики и статистики. Страховые общества одними из первых стали использовать вычислительную технику.

Страхованием жизни в нашей стране стали заниматься с 1897 г. пять страховых компаний, три из которых были иностранными. В 1904 г. только 14 страховых компаний из 500 дей-

ствовавших в России собрали к концу года премии по личному страхованию более 935 млн руб. Именно у нас, в России, было введено страхование рабочих за счет средств предпринимателей и учреждены больничные кассы.

7.2. Основные принципы и классификация личного страхования

Личное страхование — самостоятельная отрасль российской страховой системы, объектом которой выступают имущественные интересы, связанные с дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни) и (или) с причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование). Согласно Закону "Об организации страхового дела в Российской Федерации" личное страхование представляет собой систему отношений между страхователями и страховщиками по оказанию страховой услуги, когда защита имущественных интересов связана с жизнью, здоровьем, трудоспособностью и пенсионным обеспечением страхователей или застрахованных.

Страхователями по личному страхованию могут выступать как физические, так и юридические лица, а ***застрахованными*** — только физические лица. В качестве застрахованных могут выступать дееспособные и недееспособные физические лица, к тому же страхователь может быть одновременно и застрахованным лицом.

Как правило, условиями договоров личного страхования предусматривается ***выгодоприобретатель*** — получатель страховой суммы на случай смерти страхователя (застрахованного лица). Выгодоприобретателем может выступать любое физическое лицо независимо от степени родства по отношению к страхователю, при этом подпись последнего обычно заверяется в нотариальном порядке. При отсутствии выгодоприобретателя договор личного страхования считается заключенным в пользу

застрахованного лица, в случае смерти которого выгодоприобретателями признаются его наследники.

Классификация личного страхования производится по следующим критериям (рис. 7.1).

По форме:

- обязательное;
- добровольное.

По объему риска:

- страхование на случай дожития или смерти;
- на случай инвалидности или недееспособности;
- медицинских расходов.

По количеству лиц, указанных в договоре:

- индивидуальное (страхователем выступает отдельно взятое физическое лицо);
- коллективное (страхователями или застрахованными выступает группа физических лиц).

По длительности страхового обеспечения:

- краткосрочное (менее 1 года);
- среднесрочное (1–5 лет);
- долгосрочное (6–15 лет и более).

По форме выплаты страхового обеспечения:

- с единовременной выплатой страховой суммы;
- с выплатой страховой суммы в форме рентных платежей.

По форме уплаты страховых взносов:

- с уплатой единовременных взносов (премий);
- с периодической уплатой страховых взносов (ежегодных, квартальных, месячных).

По виду:

- страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события;
- страхование жизни с условием периодических страховых выплат (ренты, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика;
- медицинское страхование;
- пенсионное страхование;
- страхование от несчастных случаев и болезней.

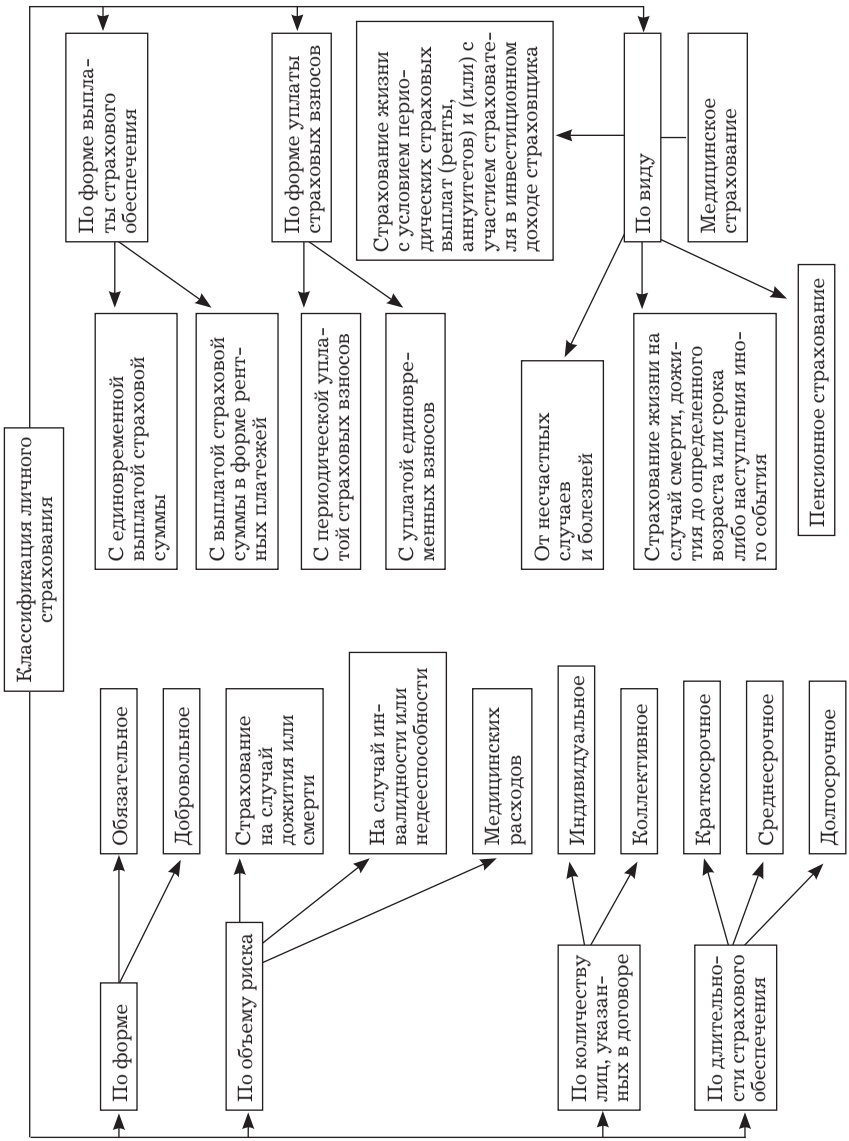


Рис. 7.1. Классификация личного страхования

В отрасли личного страхования выделяют две подотрасли: *страхование жизни* и *страхование здоровья*. В основу такого деления положены объем обязательств страховщика и срок страхования. Для *страхования жизни* характерны страховые выплаты при дожитии застрахованного до оговоренного момента или в случае его смерти в течение действия договора, который заключается на длительный срок (обычно 5–10 и более лет). Договоры *страхования здоровья* заключаются обычно на срок 1 год и менее, а определение страховых тарифов в них, как правило, не связано с актуарными расчетами.

Договор личного страхования — гражданско-правовая сделка, по которой страховщик обязуется посредством получения им страховых взносов, при наступлении страхового случая, возместить в указанные сроки нанесенный ущерб или произвести выплату страхового капитала, ренты или других предусмотренных выплат.

Договоры личного страхования могут иметь как накопительный (сберегательный) характер (пенсионное страхование), так и рисковый (страхование от несчастных случаев), а также одновременно сочетать их, например в случае добровольного медицинского страхования.

Личное страхование, как способ вложения денег для накопления, близко по сути к банковским сберегательным счетам и паевым инвестиционным фондам. Однако в отличие от банковских продуктов страховые оказываются дешевле для потребителя за счет уменьшения исходных сумм вклада. Следовательно, для этого вида страхования не нужен первоначальный капитал, а только постоянный доход, чтобы выплачивать страховые взносы.

Согласно ст. 934 ГК РФ, по договору личного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина

(застрахованного лица), достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая).

Право на получение страховой суммы принадлежит лицу, в пользу которого заключен договор. Договор личного страхования считается заключенным в пользу застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве получателя страховой суммы другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной получатель, получателями страховой суммы признаются наследники застрахованного лица.

Договор личного страхования в пользу лица, не являющегося застрахованным лицом, может быть заключен лишь с письменного согласия застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор может быть признан недействительным.

7.3. Страхование жизни

7.3.1. Современное состояние рынка страхования жизни в России

Развитие страхования жизни в России проходит в сложных условиях. Есть серьезные препятствия, вызванные особенностями данного вида страхового продукта — долгосрочностью отношений, необходимостью доверия, обязательной финансовой стабильностью компании.

Составляющими сегментов рынка страхования жизни в России являются: страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока, либо наступление иного события, страхование жизни с условие выплаты ренты и аннуитетов, пенсионное страхование и т. д.

Страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока, либо наступление иного события в 1 полугодии 2009 г. заняло самую высокую долю и составило 78,6% всех собранных премий по договорам страхования жизни, страхование жизни с условием выплаты ренты, аннуитетов — 11,9%. В сегменте пенсионного страхования доля страховых

премий в структуре совокупных премий по страхованию жизни составила 9,5%.

В условиях кризиса объем премий по страхованию жизни сократился из-за падения спроса со стороны индивидуальных страхователей и уходу с рынка иностранных страховщиков. Однако рынок мог уменьшиться и на большую величину, если бы не рост активности некоторых страховщиков, направленной на расширение сотрудничества с банками, вывод на рынок совместных финансовых продуктов, а также развитие продаж страховых полисов через сеть продаж партнеров. Структура страховых премий и выплат по страхованию жизни за первое полугодие 2009 г. представлена в табл. 7.1

Таблица 7.1

Страховые премии и выплаты по страхованию жизни

Вид страхования	Страховые премии			Выплаты		
	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года
На случай смерти, дожития до определенного возраста или срока, либо наступления иного события	5,58	78,6	-	2,42	81,8	-
С условием периодических страховых выплат (ренты, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика	0,85	11,9	-	0,29	9,8	-
Пенсионное страхование	0,67	9,5	-	0,25	8,4	-
Итого по страхованию жизни	**7,1**	**100,0**	**81,6**	**2,96**	**100,0**	**95,5**

Новые страховые продукты по страхованию жизни и активизация собственных сетей продаж позволили ряду компаний

сохранить рост бизнеса по страхованию жизни: «Дженерали ППФ Страхование жизни» прирост составил 46%, «Росгосстрах-жизнь» прирост 37,4%, «СИВ Лайф» рост в 5 раз и «Альянс РОСНО жизнь» — 41%. Объем премии по корпоративному страхованию жизни составил 2,4 млрд руб, а прирост по сравнению с 1 полугодием 2008 г. — 41%.

Главными факторами роста премии в данном виде страхования являются резкий рост объемов пенсионных программ кэптивных страховщиков, а также увеличение финансирования корпоративных программ универсальными страховщиками жизни. Кажущееся на первый взгляд странным столь «расточительное» поведение работодателей в период кризиса можно объяснить тем, что на практике страхование жизни за счет юридических лиц часто носит характер разрешенной законодательством оптимизации затрат страхователя и осуществляется в отраслях экономики, наименее страдающих от последствий мирового экономического спада.

Повышенный интерес к страхованию жизни стал появляться в связи с введением с 1 июля 2007 г. специализации страховщиков, осуществляющих страхование жизни. Согласно Закону "Об организации страхового дела в Российской Федерации" компании, совмещающие страхование жизни с имущественным страхованием, должны были до 1 июля сообщить в ФССН о своей дальнейшей специализации. Им также было необходимо проинформировать службу о действующих договорах по видам страхования, от которых компания отказывается. За неисполнение этих требований ФССН отзывает лицензии без предписания. Страховщики, представившие в надзор эти данные, несут обязательства по договорам до истечения сроков их действия. К тому же, напомним, с 1 июля 2007 г. страховщики должны располагать собственным капиталом в 60 млн руб. для страхования жизни.

Разделение бизнеса на "жизнь" и "иные цели личного страхования" проводится в первую очередь в интересах страхователей и для возможности усиления контроля за проведением этого вида страхования со стороны контролирующих органов.

Поскольку это длительные договоры, для них установлен особый порядок формирования страховых резервов и имеется возможность участия страхователей в прибыли страховщика. Сама компания при этом практически ничего не выигрывает.

Основным препятствием для российских страховых компаний на рынке "жизни" являются иностранные страховщики.

Действительно, угроза захвата рынка крупными международными страховщиками существует поскольку в соответствии со ст. 6 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации" страховым компаниям, на 50% принадлежащим иностранцам, разрешается осуществлять долгосрочное страхование жизни.

Все эти годы самую активную позицию в сфере накопительного страхования жизни занимали иностранные страховщики, в частности, как уже было отмечено, компания AIG, "дочка" одного из лидеров мирового страхового рынка, ныне ALICO.

Российским компаниям придется выбирать: либо выходить на рынок долгосрочного страхования жизни уже сейчас, либо отказаться от этого вида страхования совсем. Конкурировать же на этом рынке российским страховым компаниям придется не только с иностранными страховщиками, но еще и с банками, пенсионными и паевыми фондами.

Страхованию жизни присущи характеристики, которые обусловливают особенности развития и функционирования этого бизнеса. Более того, исторически страхование жизни даже выделяют в особый класс страхования, имеющий иную природу по сравнению с остальными видами non-life-страхования (так коротко обозначают все виды страхования, отличные от страхования жизни (life). Эти особенности вытекают из долгосрочной природы отношений между страховой компанией и ее клиентами.

Основная особенность данного вида страхования заключается в том, что страховщики вступают в долгосрочные отношения со своими клиентами. Заключая первые договоры, компания начинает нести обязательства, срочность которых варьируется от нескольких месяцев до нескольких десятков лет. При этом,

как правило, компания берет на себя дополнительные обязательства по гарантированию определенного зафиксированного уровня доходности, поскольку инвестирует временно свободные денежные средства страховых фондов в доходные финансовые активы.

Однако это связано с серьезными проблемами. С одной стороны, компания должна убедить клиентов в выгодности долгосрочного вложения и его преимуществах перед вложениями в другие финансовые институты (банки, Паевые инвестиционные фонды (ПИФы) и др.), с другой стороны, страховая компания должна на российском финансовом рынке найти такие активы, которые обеспечили бы ей уровень доходности не ниже зафиксированного в договоре, со сроком вложений не меньше договорного. "Доход" накопительного страхования жизни колеблется в пределах 3–5%, в то время как доход по рублевым депозитам в банках составляет приблизительно 6–12%, а средняя доходность ПИФов колеблется вокруг 30%.

Решить первую проблему, как показывает практика, оказывается даже проще, чем вторую. Аргументы профессиональных финансовых консультантов, как правило, находят отклик у клиентов, и продажи идут. Решение второй проблемы упирается в незрелость отечественного финансового рынка, участники которого до настоящего времени практически не эмитировали долгосрочных бумаг.

Следующей важной особенностью бизнеса по страхованию жизни выступает необходимость долгосрочного планирования, а также создание методик расчета страховых резервов. До недавнего времени единственным специализированным игроком отечественного рынка страхования жизни была компания ALICO, поэтому неопытным в этой сфере страхования российским страховщикам весьма затруднительно делать достоверные прогнозы.

В этой связи особую роль приобретают страховые актуарии. Они отвечают за набор предпосылок, который будет использоваться при формировании тарифной сетки, должны своевременно обнаруживать и корректировать предпосылки с появлением

статистики по заключаемым договорам, в конце концов величина резервов и, следовательно, чистой прибыли также зависит от корректности их расчетов. Острая нехватка профессионалов подобного рода, практически полное отсутствие локализованных программных продуктов и дефицит статистики значительно усложняют рядовые задачи актуария.

Со всеми этими особенностями приходится работать компаниям, желающим освоить российский рынок страхования жизни, учитывая, что специфической его чертой является и тот факт, что сегодня большую часть сборов по реальному страхованию жизни приносит так называемый кэптив — дочерние или кэптивные компании крупных российских предприятий и промышленно-финансовых групп, которые обслуживают страховые интересы своих учредителей.

По прогнозам сотрудников рейтингового агентства "Эксперт Ра", темпы роста страхования жизни в нашей стране к 2011 г. значительно увеличатся (рис. 7.2).

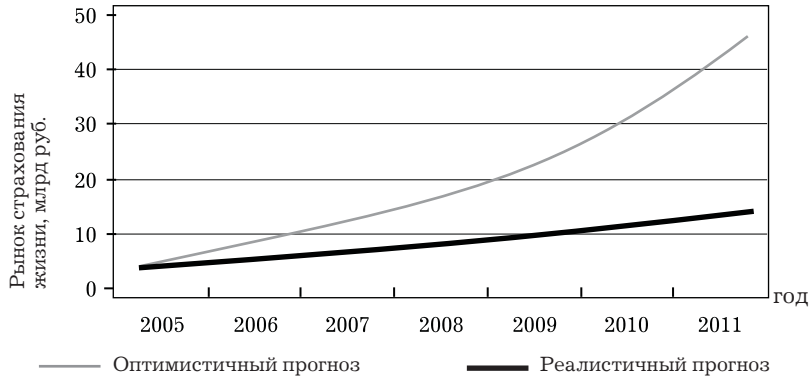


Рис. 7.2. Темпы роста рынка страхования жизни (прогноз)

Безусловно, положительным фактором при создании для страховых компаний по страхованию жизни системы, аналогичной системе страхования вкладов, было бы расширение информационного фона, популяризации знаний о страховании,

что приведет к повышению узнаваемости услуги страхования жизни среди населения. Программы страхования жизни, рассчитанные на длительный период времени, обладают большей экономической выгодой, предлагая больше возможностей за счет своей гибкости и индивидуального подхода к каждому клиенту, по сравнению с другими финансовыми продуктами, но об этих преимуществах просто не всегда знают потребители. В банковской сфере работа Агентства по страхованию вкладов не просто усилила надежность инвестиций, но и способствовала распространению информации о финансовых услугах, правах и возможностях граждан — их потребителей.

В условиях финансового кризиса привлечение действительно долгосрочных инвестиций в экономику становится все более актуальной темой для государства. Инвестиционный потенциал страховщиков тем более заслуживает внимания, что все большую популярность приобретают продукты страхования жизни иностранных компаний, не пострадавших от кризиса. Для наших клиентов гарантии государства стали бы еще одним стимулом и надежным инструментом в решение вопросов финансовой поддержки и защиты своей семьи. А для государства поддержка страхования жизни послужит общей цели достижения стабильного развития экономики.

7.3.2. Договор страхования жизни

Договор страхования жизни (life-страхования) — соглашение между страхователем и страховщиком, оговаривающее в соответствии с правилами страхования взаимные обязательства и условия для данного вида страхования, в частности границы возраста застрахованных лиц, сроки, порядок оформления договора, размеры и порядок выплат страховых сумм, размер и порядок уплаты страховых взносов и т. д.

В большинстве видов страхования жизни страховым событием признается смерть в том случае, если она наступила в результате любых причин (несчастный случай, болезнь, ката-

строфа и др.), за исключением самоубийства и других событий, не носящих для застрахованного случайного характера.

Страхование жизни представляет собой совокупность видов личного страхования, предусматривающих обязанности страховщика по страховым выплатам в случаях:

• дожития застрахованного до окончания срока страхования или определенного договором страхования возраста (под застрахованным лицом понимается лицо, чьи имущественные интересы являются объектом страхования);

• смерти застрахованного;

• по выплате ренты или аннуитета застрахованному в случаях, предусмотренных договором страхования (окончание действия договора страхования, достижение застрахованным определенного возраста, смерть кормильца, постоянная утрата трудоспособности, текущие выплаты (аннуитеты) в период действия договора страхования и др.).

Договор страхования не заключается в отношении имущественных интересов лиц:

• являющихся инвалидами I, II группы;

• больных онкологическими, хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, СПИДом.

Страхователь по письменному согласию застрахованного имеет право назначить любое лицо в качестве выгодоприобретателя в случае смерти застрахованного.

Объектом страхования является жизнь застрахованного.

Страховым случаем по договору страхования жизни является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования.

Страховой суммой является денежная сумма, на основе которой определяется размер страховых выплат и размер страховой премии. Размер страховой суммы определяется по соглашению сторон. Страхователь по согласованию со страховщиком имеет право в течение действия договора страхования увеличить размер страховой суммы. При увеличении размера страховой суммы уплате подлежит дополнительный страховой взнос. Страхователь по согласованию со страховщиком имеет

право уменьшить размер страховой суммы. При уменьшении размера страховой суммы страховщик выплачивает страхователю выкупную сумму.

Страховая премия по договору страхования может быть уплачена страхователем единовременно или в рассрочку.

Срок действия договора страхования. Договор страхования заключается на срок не менее 3 лет на основании письменного заявления страхователя — юридического лица по установленной страховщиком форме. Страхователь — физическое лицо имеет право иным согласованным со страховщиком способом заявить о своем намерении заключить договор страхования. Заключение договора страхования со страхователем подтверждается выдачей страхового полиса.

При заключении договора коллективного страхования полисы оформляются и выдаются на каждого застрахованного. В случае, если договор страхования заключен в отношении нескольких застрахованных, страховщик выдает страхователю пакет страховых полисов на каждого застрахованного.

Действие договора страхования прекращается в случаях:

истечения срока действия договора;

выполнения страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

по требованию страховщика — в случае неуплаты страхователем очередного взноса страховой премии в установленные договором сроки;

по требованию страхователя — в случае нарушения страховщиком правил страхования;

по соглашению сторон;

смерти застрахованного;

смерти страхователя — физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица.

Порядок осуществления страховой выплаты. При дожитии застрахованного до установленного срока окончания действия договора страхования страховщик обязан произвести страховую выплату застрахованному в размере страховой суммы, оговоренной при заключении договора страхования.

В случае смерти застрахованного страховая выплата производится выгодоприобретателю.

В случае, если смерть застрахованного наступила в результате совершения выгодоприобретателем умышленных действий, повлекших наступление страхового случая, страховая выплата производится другому выгодоприобретателю.

7.3.3. Основные принципы страхования жизни

Страхованию жизни присущи следующие принципы: наличия страхового интереса; возможности участия страхователя в прибыли страховщика, возможности выкупа страхового договора; андеррайтинга.

Принцип наличия страхового интереса. Принцип наличия страхового интереса является одним из основных принципов, присущих всем видам страхования. Применительно к страхованию жизни страховой интерес имеют:

- страхователь в собственной жизни;
- работодатель в жизни своих работников;
- супруг в жизни другого супруга;
- родители в жизни детей;
- партнеры по бизнесу;
- кредитор в жизни должника.

Принцип возможности участия страхователя в прибыли страховщика. Как уже было отмечено, вследствие долгосрочности страхования жизни, страховщики инвестируют средства страхового фонда в доходные финансовые инструменты.

Инвестиционные департаменты компаний четко следят за тем, чтобы эти вложения работали, получали доход.

Сегодня компании гарантируют доход в пределах 5–6% годовых в валюте и до 12–14% в рублях. Из этого они исходят при определении стоимости полиса. Между тем конъюнктура рынка позволяет без особых рисков инвестировать средства и под более высокий процент. Реальная доходность страховых организаций (компаний, фирм) при использовании даже самых консервативных инструментов достигает 8–9% в валюте.

В процессе оформления договора страхования по согласованию сторон может устанавливаться фиксированная ставка доходности, которая будет действовать в течение всего срока страхования. И это выгодно отличается от банковских предложений, поскольку, как показывает практика последних лет, вслед за снижением ставки рефинансирования доходность по банковским депозитам снижается.

В страховании жизни на сумму ожидаемого дохода могут заранее уменьшаться страховые взносы. Определение современной стоимости будущих доходов называется ***дисконтирование***. Дисконтный множитель *Д* показывает, сколько нужно внести денег сегодня, чтобы через *n* лет при заданной норме процента (*i*) получить денежный фонд в размере одной (1) денежной единицы:

$$Д = \frac{1}{(1+i)^n}.$$

В качестве нормы процента при дисконтировании будущих страховых выплат обычно используют норму банковского процента.

Ежегодно страховая компания направляет часть получаемой прибыли на увеличение страховых сумм по договорам страхования жизни. Эта дополнительная сумма называется ***бонусом*** и подлежит выплате только по истечении срока действия договора или при наступлении страхового случая. Существуют две формы начисления бонусов:

1) *ежегодные бонусы*, начисляемые в виде объявленного процента от страховой суммы;

2) *окончательный бонус*, начисляемый страховой компанией при истечении срока договора или в случае претензии в целях повышения заинтересованности клиента в сохранении действия договора на весь срок или поощрения за длительный срок оплаты премий при пожизненном страховании. Окончательный бонус тем больше, чем дольше срок действия договора.

Прибыль, получаемая страховыми организациями, подразделяется на техническую и финансовую.

Техническая прибыль состоит из прибыли, которая получена в период, когда фактическая смертность застрахованных

оказалась ниже теоретической, рассчитанной по таблицам смертности.

Финансовая прибыль образуется за счет инвестирования страховых фондов и складывается из двух элементов: из разницы между процентами на инвестиции и процентной ставкой, заложенной при расчете страховой премии, и из прибыли от прироста стоимости инвестиционных вложений.

Принцип возможности выкупа страхового договора. ***Выкупная сумма*** — это денежная сумма, которую страховщик должен выплатить страхователю, пожелавшему по какой-либо причине расторгнуть страхование жизни. Она представляет собой стоимость накопленного по договору страхования резерва премий на день досрочного расторжения договора. Выкупная сумма всегда меньше размера страховой суммы. Хотя при расчете выкупной суммы учитывается и дополнительный инвестиционный доход, который был начислен клиенту в период действия договора страхования. Страховщики объясняют это тем, что они распоряжаются не своими деньгами, а средствами клиентов.

Выкупная сумма и является частью обязательств страховой компании перед клиентом по накопительной части продукта. Из года в год доля взноса, отчуждаемая для формирования резерва, возрастает. Это связано с тем, что расходы в страховании жизни распределяются неравномерно, и первые годы действия накопительного договора зачастую являются наиболее "расходными". Со временем выкупная сумма растет — от 25% от суммы сделанных взносов до 99%, именно поэтому первые 7–8 лет гарантированная выкупная сумма не превышает сумму осуществленных клиентом страховых платежей.

Выкупные суммы при расторжении физическим лицом договоров добровольного долгосрочного страхования жизни по истечении 5 лет действия такого договора подлежат налогообложению с сумм, превышающих внесенные этими лицами страховые взносы по ставке 13%. Если взносы производились из средств организаций или иных работодателей, при определении налоговой базы учитывается вся выкупная сумма, облагаемая по ставке 13%.

Существуют и другие операции, при которых возникает право требования страхователем суммы математического резерва, начисленного по страховому договору:

• *цессия.* Передача страхователем договора в собственность другому лицу путем дарения или продажи. В данном случае сумма накопленного резерва может перейти к другому застрахованному лицу, и договор страхования не прекращает своего действия;

• *аванс или ссуда под страховой договор.* Страхователь может занять у страховщика сумму в размере до 90% стоимости выкупа, не прекращая действия договора при условии продолжения оплаты премий. Если страхователь возвращает сумму аванса с оговоренными процентами, то страховая сумма восстанавливается и выплачивается по истечении срока договора или в случае претензии. Если сумма аванса с процентами не возвращается, то страховая сумма будет сокращена в том же размере или страховой договор может быть расторгнут страховой компанией;

• *передача полиса под залог.* Чаще всего страховой полис может передаваться в залог лицу, предоставляющему ссуду застрахованному.

Принцип андеррайтинга. Принцип андеррайтинга направлен на вычленение страхователей с высокой степенью риска. Основные факторы, которые учитывают страховые организации при андеррайтинге страхования жизни, следующие: возраст, пол, медицинские аспекты.

Естественно, что в любой группе людей определенного пола и возраста одни более подвержены риску смерти или заболевания, другие менее. Так, в связи с профессиональной деятельностью или в силу особенностей социальной жизни у одних людей одного возраста наблюдается ухудшение здоровья, у других даже предсмертное состояние, тогда как у третьих — вполне хорошее самочувствие (состояние здоровья), хотя только немногие могут считать себя абсолютно здоровыми.

Знание и понимание того, каким образом разные факторы влияют на смертность и заболеваемость, позволяют страховщику

классифицировать страхователей по группам с приблизительно одинаковым ожидаемым уровнем смертности и заболеваемости. Показатель уровня смертности непосредственно влияет на цену страховой услуги. Очевидно, что не все застрахованные могут быть приняты на страхование на одинаковых условиях.

Компании, осуществляющие страхование жизни, должны определить: пределы, в которых ожидаемая смертность (или заболеваемость), а также стандартные ставки премий будут считаться равными среднему уровню; пределы, за которыми они будут считаться нестандартными и предполагающими более высокую стоимость и (или) ограничения по перечню рисков в договоре страхования или же и вовсе отказ в принятии риска на страхование.

Главной целью андеррайтинга является обеспечение гарантии того, что страхование осуществляется на таких условиях и с такой премией, которые в точности соответствуют степени принимаемого на страхование риска.

Рисковый андеррайтинг, широко применяемый в страховом бизнесе, подразумевает два основных элемента: отбор и классификацию.

Отбор — процесс, в ходе которого страховщик оценивает заявления клиентов на страхование, чтобы определить степень предложенного на страхование риска.

Классификация — процесс распределения страхователя в соответствующую группу клиентов с приблизительно одинаковой ожидаемой возможностью (вероятностью) наступления страхового случая.

Основные факторы, которые учитывают страховые организации, осуществляющие страхование жизни, при андеррайтинге страхования жизни следующие:

• *возраст*. Ожидаемая в последующие годы смертность во многом зависит от возраста страхователей. Чем старше человек, при прочих одинаковых показателях, тем выше вероятность его смерти. Возраст является ключевым фактором при определении размера страховой премии;

• *пол*. Пол страхователей, как и возраст, почти не учитывается в качестве фактора отбора, но этот фактор часто используется как классификационный фактор (при определении ставки премии) в страховании жизни. Ожидаемая в течение года смертность лиц женского пола ниже, чем ожидаемая годовая смертность лиц мужского пола с теми же показателями. Поэтому страховщики большинства стран предлагают для страхователей женского пола более низкие ставки премии в страховании жизни и повышенные ставки в пенсионном страховании по отношению к мужчинам;

• *медицинские аспекты*. К медицинским аспектам относятся физическое состояние и история болезни страхуемого.

Физическое состояние страхователя имеет важное значение в андеррайтинге. Физическое состояние определяется, в частности, телосложением. Телосложение подразумевает рост, вес и норму веса. Большинство компаний используют таблицы среднего веса по отношению к росту человека, его возрасту и полу. В таблицах указываются отклонения в весе и даются основные стандарты для ожидаемой повышенной смертности.

Важны также и другие характеристики физического состояния страхователя. Из опыта и статистики известно, что ожидаемая смертность будет зависеть в различной степени от отклонений в одной или нескольких важных системах организма: нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой, дыхательной, генетической, желез внутренней секреции.

Чтобы изучить историю болезни, страховые компании запрашивают сведения о страхователе, которые могут повлиять на вероятность наступления страхового случая смерти. Страховщик может затребовать для изучения индивидуальные медицинские карты.

Указанные факторы, формирующие стандарты андеррайтинга по страхованию жизни, не являются исчерпывающими, однако остаются основополагающими при принятии страховой компанией решения о страховании и его условиях.

7.3.4. Виды договоров долгосрочного страхования жизни

Виды долгосрочного страхования жизни различны. Российский рынок пока не сумел четко их классифицировать. Так, в частности, выделяют:

страхование на случай смерти;
страхование на дожитие;
смешанное страхование жизни;
рентное страхование жизни;
пенсионное страхование.

Страхование на случай смерти. Является классическим видом страхования жизни, при котором страховщик несет ответственность перед страхователем (выгодоприобретателем) в течение всего срока действия договора. Различают временное, или *срочное,* и *пожизненное* страхование.

Договоры срочного страхования заключаются исключительно для обеспечения на случай возможной смерти, если она произойдет в течение оговоренного в договоре периода времени. Если смерть не наступит в течение этого периода, то никакая выплата по договору не производится, и страхователь не получает какого-либо дохода от своих премий. По этой причине страховые премии могут удерживаться на весьма умеренном уровне, так как они уплачиваются в целях предоставления исключительно покрытия страхования жизни, и не будут уплачиваться, если к окончанию срока договора застрахованный остается жив.

Договоры срочного страхования жизни на случай смерти подразделяются:

• на *договоры срочного страхования с постоянной премией*. Сущность подобного рода договоров заключается в том, что при наступлении страхового случая, повлекшего смерть застрахованного, страховая компания выплачивает гарантированную страховую сумму. Такой вид договора по праву считается самым простым и самым дешевым;

• *договоры конвертируемого срочного страхования*. Данный договор содержит возможность конвертации в договор пожизненного или смешанного страхования в любое время в течение срока действия договора.

Договоры пожизненного страхования, или страхование на случай смерти в течение всей жизни застрахованного. По данному виду договора страховщик обязуется в обмен на уплату страховых премий выплатить страховую сумму в случае смерти застрахованного, когда бы она ни произошла. Такой договор содержит неизменную на протяжении всего срока действия договора величину страхового обеспечения на случай смерти. К тому же по таким договорам страхователь получает право на получение выкупной суммы после первых двух-трех лет уплаты страховых премий.

Страхование на дожитие. Различают следующие разновидности страхования на дожитие:

- страхование детей;
- страхование к бракосочетанию;
- страхование воспитанников детских интернатов;
- страхование до определенного срока.

Страхование детей позволяет создать определенные накопления в размере страховой суммы к совершеннолетию ребенка. Договоры заключаются с родителями или родственниками в пользу ребенка, возраст которого не превышает 15 лет. Срок страхования определяется как разница между 18 годами и возрастом ребенка на день заключения договора. В пользу одного ребенка может быть заключено несколько договоров одним или несколькими страхователями. Договор может заключаться с условием удвоенной или утроенной выплаты страховой суммы при наступлении страховых событий, связанных со здоровьем ребенка. Страхователь имеет право досрочно прекратить договор страхования и получить часть уплаченных взносов в размере выкупной суммы, если договор оплачен взносами и действовал не менее 6 мес. В случае смерти застрахованного в период действия договора страхования страхователю выплачивается страховое пособие в размере 30% страховой суммы и одновременно возвращаются все уплаченные взносы без удержаний.

Страхование к бракосочетанию обеспечивает создание накоплений к дню бракосочетания застрахованного или достижения им 21 года. Страховые взносы устанавливаются в том же

порядке, что и при страховании детей. Смерть страхователя от любой причины является страховым событием, за исключением особых случаев, оговоренных в договоре. По истечении срока страхования застрахованный имеет право получить страховую сумму при условии вступления его в зарегистрированный брак или достижения им возраста 21 года.

Страхование воспитанников детских интернатов связано с участием в благотворительной деятельности предприятий и организаций, отдельных граждан, которые проявляют заботу о материальном благосостоянии детей, лишенных в силу обстоятельств нормальных условий воспитания в семье. Выступая в качестве страхователей, юридические и физические лица могут заключать договор страхования со страховой организацией в пользу детей в возрасте от 1 года до 15 лет, если они находятся на воспитании в детском доме или интернате, в доме ребенка и являются сиротами или остались по разным причинам без попечения родителей. Срок страхования, как и по обычному страхованию детей, исчисляется как разница между 18 годами и возрастом ребенка на момент заключения договора страхования. Застрахованному ребенку выплачивается страховая сумма, указанная в договоре страхования, при дожитии им до окончания срока страхования.

Страхование до определенного срока — выплата страховой суммы в определенный момент времени в будущем или в случае смерти до истечении этого срока. Этот договор содержит в себе все черты договора срочного страхования жизни, но добавляется обязательством страховщика выплатить страховую сумму при дожитии до окончания срока страхования, и у страхователя появляется право на выкупную сумму.

Страховой взнос по этому виду страхования жизни больше взноса по срочному страхованию на случай смерти, потому что назначение даты окончания действия полиса означает предъявление большинства претензий раньше этого срока, и, следовательно, страховые взносы будут собираться в течение меньшего периода времени.

Тариф по страхованию на дожитие формируется с учетом трех основных факторов: возраста застрахованного, прогноза динамики смертности для всего круга застрахованных в данной компании и инвестиционными возможностями в сложившейся рыночной ситуации.

Самая простая форма договора на дожитие — бездоходный договор на дожитие, при котором ставки страховых премий и страховые выплаты фиксированны.

В практике в основном отсутствуют договоры, предусматривающие страхование только на дожитие, поскольку в этом случае страховая сумма выплачивается, только если застрахованный по истечении срока действия договора остается в живых, в противном случае уплаченные страховые премии остаются у страховщика.

Договоры смешанного страхования жизни. Они предназначаются для выплаты страховой суммы в установленное время в будущем или в случае смерти, если она наступает раньше этого срока. Различают:

• *смешанное страхование без участия в прибыли страховщика.* Это базовая форма смешанного страхования с фиксированными премиями и гарантированной страховой суммой, выплачиваемой как по истечении срока договора, так и в случае смерти;

• *смешанное страхование с участием в прибыли страховщика.* Страховая сумма, выплачиваемая и в случае смерти, и по истечении срока договора, представляет собой гарантированную договором сумму с начисленными за период действия договора бонусами;

• *гибкое смешанное страхование жизни.* Предназначено для того, чтобы избежать низкой стоимости выкупа при необходимости досрочного расторжения договора страхования. Заключается не один договор на крупную сумму, а несколько договоров с небольшими страховыми суммами, в целом составляющими требуемое страховое покрытие. При невозможности продолжать оплату премий по всем договорам часть полисов ликвидируется по стоимости выкупа, а остальные продолжают действовать.

Рентное страхование жизни. Аннуитет представляет собой страховой договор, по которому выплачивается годовая рента в течение какого-либо периода жизни застрахованного в обмен на уплату однократной или частичной премии при подписании договора. Если при традиционном страховании жизни выплата осуществляется единовременно, то аннуитеты гарантируют выплату периодических сумм, пока застрахованный остается жив. На практике годовая рента может выплачиваться и ежеквартально, и ежемесячно, но в сумме, равной начисленной за год.

Аннуитеты могут быть *пренумерандо* (выплачиваются заранее) и *постнумерандо* (выплачиваются с опозданием).

В первом случае выплата осуществляется в первый день периода, за который назначается рента. Во втором случае выплата наступает после окончания выплатного периода. Чаще всего аннуитеты покупают при выходе на пенсию или для оплаты образования детей.

Видами аннуитетов являются:

простой аннуитет. При оплате однократной премии застрахованному выплачивается годовая рента пожизненно;

отсроченный аннуитет. При заключении договора оговаривается период между заключением договора и началом выплаты ренты. За этот отложенный период назначаются периодические премии для оплаты страхователем аннуитета;

срочный аннуитет. Страховой договор предусматривает выплату ренты только до строго оговоренной даты или до преждевременной смерти (до окончания срока договора);

гарантированный аннуитет. По договору предусматривается выплата ренты пожизненно (до смерти) или в течение гарантированного срока, в зависимости от того, какой из этих двух периодов окажется более длительным. Таким образом, в случае смерти застрахованного в течение фиксированного периода рента будет выплачиваться наследникам до окончания этого периода. Общая сумма ренты может быть выплачена наследникам единовременно.

Пенсионное страхование. Пенсии предусматривают обеспечение дохода после прекращения трудовой деятельности.

Для заключения пенсионного договора используют пенсионные планы, или схемы.

Пенсионные планы включают в себя:

• накопление страховой суммы по пенсионному плану за счет оплаты периодических страховых взносов в течение трудовой деятельности застрахованного;

• покупку в страховой организации аннуитета на сумму, полученную по пенсионному страхованию, при выходе застрахованного на пенсию;

• выплату фиксированной суммы при выходе на пенсию в качестве единовременного пособия.

Поскольку договор пенсионного страхования ставит целью обеспечение дохода в старости, то он не может быть выкуплен страхователем.

В случае смерти застрахованного в течение трудовой деятельности определенная часть от накопленных пенсионных взносов может быть выплачена наследникам.

Пенсионное страхование может быть осуществлено по коллективному страховому договору совместно с работодателем. Размер пенсии будет определяться следующими факторами: динамика индивидуальных доходов; тариф удерживаемых взносов; продолжительность периода уплаты взносов; динамика средней продолжительности жизни; возраст выхода на пенсию; размеры инвестиционного дохода.

Пенсионное страхование предусматривает основные выплаты страхового обеспечения по достижении застрахованным лицом пенсионного возраста, но страхователь и страховщик при заключении договора могут самостоятельно установить возраст, с которого следует начать выплату ренты.

Договор может заключить дееспособное физическое или юридическое лицо. Возможен вариант, когда страхователь заключает договор пенсионного страхования в пользу третьего лица. Максимальный возраст застрахованного ограничен для женщин — 54 года, для мужчин — 59 лет. Пенсия по такому договору выплачивается дополнительно к государственной трудовой

пенсии. На страхование принимаются граждане независимо от состояния здоровья.

7.4. Страхование от несчастных случаев и болезней

Страхование от несчастных случаев и болезней является самым традиционным видом личного страхования. Основной целью страхования от несчастных случаев является возмещение ущерба, нанесенного здоровью и жизни застрахованного в результате несчастного случая.

Различают договоры индивидуального и коллективного добровольного страхования от несчастных случаев. Договор ***индивидуального*** страхования заключается физическим лицом. Действие договора распространяется на страхователя и членов его семьи.

По договору ***коллективного*** страхования страхователем выступает юридическое лицо, а застрахованным — физические лица, в жизни и здоровье которых страхователь имеет интерес. Договоры коллективного страхования могут заключаться работодателями в пользу своих работников или различными ассоциациями и обществами в пользу их членов.

Страховыми случаями при страховании от несчастных случаев признаются события, имевшие место в период действия договора страхования, а именно:

1) временная утрата застрахованным общей трудоспособности (ответственность страховщика начинается с 7-го дня лечения, если иное не предусмотрено договором страхования). Под временной утратой трудоспособности понимается определяемая врачом неспособность по состоянию здоровья выполнять работу в течение относительно недолгого промежутка времени — до 3 мес., по истечении которого больной должен быть направлен на освидетельствование для установления степени утраты общей способности к труду;

2) постоянная утрата застрахованным общей трудоспособности. Под постоянной утратой трудоспособности понимают полную и абсолютную нетрудоспособность, которая не позво-

ляет застрахованному лицу заниматься какой-либо трудовой деятельностью и которая длится до конца его жизни;

3) инвалидность застрахованного в результате страхового случая;

4) смерть застрахованного как следствие травмы, острого отравления и иных несчастных случаев.

В условиях страхования от несчастных случаев приводится подробный перечень всех событий, которые признаются или не признаются страховым случаем. *Традиционными страховыми случаями* являются:

• травмы и иные телесные повреждения, полученные в результате: вождения наземных транспортных средств, пользования без вождения всеми видами общественного транспорта, занятий любительским спортом, нападения или покушения;

• асфиксия в результате погружения, утопления, аварийного выброса пара или газа, удара электротоком, попадания инородного тела в дыхательные пути;

• ожоги и иные повреждения, вызванные действием огня, ударом молнии, вдыханием ядовитых веществ, радиоактивными материалами;

• отравления химическими веществами, лекарствами, ядовитыми растениями, недоброкачественными пищевыми продуктами;

• переохлаждение или обморожение;

• укусы животных, змей, жалящих насекомых.

Общепринятыми *исключениями из страхового покрытия* являются:

• самоубийство или покушение на него;

• умышленное причинение себе телесных повреждений;

• несчастные случаи из-за алкогольного или наркотического опьянения;

• природные катастрофы;

• военные действия;

• профессиональный спорт;

• болезни.

Типовые правила страхования от несчастных случаев, разработанные Всероссийским союзом страховщиков, рекомендуют

определять размер страховой выплаты в проценте от страховой суммы по данному виду страховых случаев в соответствии с таблицей страховых выплат при утрате застрахованным лицом общей трудоспособности в результате несчастного случая на основании справки лечебно-профилактического учреждения (табл. 7.2).

Выплата может производиться по нескольким статьям одновременно. Если имеются основания для выплаты по нескольким пунктам внутри одной статьи, то выплата начисляется по пункту, предусматривающему более высокий размер выплаты. Если была произведена выплата по одному из пунктов статьи, а позднее признается основание для более высокой выплаты по этой же статье, то начисляется выплата по пункту, предусматривающему более высокий размер выплаты, причем размер выплаты уменьшается на выплаченную ранее сумму. В любом случае сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы по данному риску.

При установлении застрахованному (страхователю) инвалидности страховое обеспечение выплачивается в следующих размерах от страховой суммы:

Таблица 7.2

Страховое возмещение в проценте к страховой сумме

Статья	Характер повреждения	Сумма выплат, %
1	**2**	**3**
Кости черепа, нервная система		
1	Перелом костей черепа	
а	перелом наружной пластинки костей свода, расхождение шва	5
б	перелом свода	15
в	перелом основания	20
г	перелом свода и основания	25
2	Повреждения головного мозга	
а	сотрясение головного мозга, подтвержденное энцефалограммой и диагностированное невропатологом, при стационарном лечении 10 дней и более	5
б	ушиб	10

Продолжение табл. 7.2

1	2	3
	Органы зрения	
3	Повреждение одного глаза: ожоги II, III степени, гемофтальм, смещение хрусталика (за исключением протезированного), изменение формы зрачка, рубцы оболочек глазного яблока, эрозия роговицы, не удаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы (за исключением поверхностных тел на оболочках глаза)	5
	Органы слуха	
4	Повреждение ушной раковины	
а	отсутствие 1/2 ушной раковины	5
б	полное отсутствие ушной раковины	10
	Дыхательная система	
5	Перелом костей носа, передней стенки лобной, гайморовой пазух, решетчатой кости	
а	без смещения	5
б	со смещением	10
в	потеря носа	30
6	Перелом грудины	10
7	Переломы ребер (или хрящевой части ребра)	
а	трех ребер	5
б	каждого следующего ребра	2
	Сердечно-сосудистая система	
8	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда, крупных магистральных сосудов, не вызвавшее сердечно-сосудистую недостаточность	15
9	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда, крупных магистральных и периферических сосудов, вызвавшее сердечно-сосудистую недостаточность	30
	Органы пищеварения	
10	Потеря зубов:	
а	4–6 зубов	5
б	7–9 зубов	10
в	10 и более	15
	Верхняя конечность	
11	Перелом плечевой кости на любом уровне (за исключением области суставов)	

Окончание табл. 7.2

1	2	3
а	без смещения	10
б	со смещением, двойной перелом	15
12	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти	
а	одной кости (за исключением ладьевидной)	2
б	двух-трех костей (за исключением ладьевидной), ладьевидной	5
в	четырех или более костей	10
	Пальцы руки	
13	Перелом фаланг, разрыв связок или суставной капсулы большого пальца	3
14	Перелом фаланг, разрыв связок или суставной капсулы второго-пятого пальца	2
	Нижняя конечность	
15	Повреждения области голеностопного сустава	
а	перелом одной лодыжки или края большеберцовой кости, разрыв связок или суставной капсулы	5
б	перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости, перелом метафиза (эпиметафиза) большеберцовой кости	10
в	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом)	15
	Пальцы стопы	
16	Перелом фаланги (фаланг), разрыв сухожилия (сухожилий) одной стопы	
а	одного пальца	1
б	двух-трех пальцев	3
в	четырех-пяти пальцев	5

– 100% — при установлении I группы инвалидности,

– 80% — при установлении II группы инвалидности,

– 60% — при установлении III группы инвалидности.

Страховое обеспечение при наступлении страхового случая гарантирует:

1) пособие по временной нетрудоспособности в размере полного заработка;

2) единовременную страховую выплату (до 60-кратного минимального размера оплаты труда в случае смерти работника);

3) ежемесячные страховые выплаты застрахованному при наступлении инвалидности или членам семьи в случае смерти кормильца;

4) оплату дополнительных расходов на медицинскую помощь, транспортирование и лекарства.

Договор страхования от несчастных случаев может заключаться на любой срок или на время выполнения определенной работы, поездки и т. д., однако, как правило, является краткосрочным и заключается на период до 1 года с единовременной уплатой взносов, но может заключаться и на срок до 5 лет.

По договорам, заключенным на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии (%):

за 1 месяц — 25,
2 месяца — 35,
3 месяца — 40,
6 месяцев — 70,
9 месяцев — 85,
10 месяцев — 90,
11 месяцев — 95.

Источником уплаты страховых взносов могут быть личные доходы граждан или средства предприятий и организаций. Страховые отношения между страховщиком и страхователем могут строиться на добровольной и обязательной основе, однако преимущественной является добровольная форма страхования.

Формы обязательного страхования от несчастных случаев. Обязательное страхование от несчастных случаев является одним из элементов системы социального страхования и распространяется на риски производственных травм и профессиональных заболеваний. Обязательное страхование от несчастных случаев осуществляется в трех формах.

1. *Обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.* Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ “Об обязательном социальном

страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" устанавливает в Российской Федерации правовые, экономические и организационные основы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и определяет порядок возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту) и в иных установленных этим Федеральным законом случаях.

Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний является видом социального страхования и предусматривает:

• обеспечение социальной защиты застрахованных и экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска;

• возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту) и в иных случаях, путем предоставления застрахованному в полном объеме всех необходимых видов обеспечения по страхованию, в том числе оплату расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию;

• обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний подлежат физические лица, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), заключенного со страхователем, и физические лица, осужденные к лишению свободы и привлекаемые к труду страхователем. Физические лица, выполняющие работу на основании гражданско-правового договора, подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, если в соответствии с указанным договором страхователь обязан уплачивать страховщику страховые взносы.

Действие Федерального закона распространяется на граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без

гражданства, если иное не предусмотрено федеральными законами или международными договорами Российской Федерации.

Право застрахованных на обеспечение по страхованию возникает со дня наступления страхового случая.

Право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного в результате наступления страхового случая имеют:

• нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие к дню его смерти право на получение от него содержания;

• ребенок умершего, родившийся после его смерти;

• один из родителей, супруг (супруга) либо другой член семьи независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за состоявшими на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими возраста 14 лет, либо хотя и достигшими указанного возраста, но по заключению учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы (далее — учреждение медико-социальной экспертизы) или лечебно-профилактических учреждений государственной системы здравоохранения признаны нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе;

• лица, состоявшие на иждивении умершего, ставшие нетрудоспособными в течение 5 лет со дня его смерти.

В случае смерти застрахованного один из родителей, супруг (супруга) либо другой член семьи, неработающий и занятый уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего и ставший нетрудоспособным в период осуществления ухода, сохраняет право на получение страховых выплат после окончания ухода за этими лицами. Иждивенство несовершеннолетних детей предполагается и не требует доказательств.

Страховые выплаты в случае смерти застрахованного выплачиваются:

• несовершеннолетним — до достижения ими возраста 18 лет;

• учащимся старше 18 лет — до окончания учебы в учебных учреждениях по очной форме обучения, но не более чем до 23 лет;

• женщинам, достигшим возраста 55 лет, и мужчинам, достигшим возраста 60 лет, — пожизненно;

• инвалидам — на срок инвалидности;

• одному из родителей, супругу (супруге) либо другому члену семьи, неработающему и занятому уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, — до достижения ими возраста 14 лет либо изменения состояния здоровья.

Приказом Минздравсоцразвития России от 30.01.2008 № 43Н «Об утверждении правил финансирования в 2008 г. и в плановый период 2009–2010 гг. предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами», утверждены новые Правила финансирования за счет средств ФСС России расходов компании на предупредительные меры по сокращению травматизма и профзаболеваний, а также санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными или опасными производственными факторами. Эти правила будут действовать в 2008-2010 гг. Как и прежде компания должна обратиться за финансированием в территориальное отделение Соцстраха до 1 августа текущего года. В случае утверждения ей суммы финансирования она осуществляет соответствующие мероприятия в счет своих страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний.

По постановлению Правительства Российской Федерации от 03.03.2009 № 190 «Об установлении коэффициента индексации размера ежемесячной страховой выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» с 1 января 2009 г. коэффициент индексации размера ежемесячной страховой выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев

на производстве и профессиональных заболеваний, назначенных до 1 января 2009 г., составляет 1,13.

2. *Обязательное государственное страхование жизни и здоровья определенных категорий государственных служащих* (закреплено ФЗ "Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, государственной противопожарной службы, органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, сотрудников учреждений и органов уголовно-исправительной системы", законы РФ "О милиции", "О статусе судей в Российской Федерации", "О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации" и др.).

3. *Обязательное личное страхование пассажиров*. Осуществляется в отношении рисков смерти, травмы, телесных повреждений, произошедших в результате несчастного случая, возникшего при следовании на воздушном, железнодорожном, морском, внутреннем водном и автомобильном транспорте, за исключением международных сообщений всех видов транспорта, пригородного и внутригородского сообщения, прогулочных и экскурсионных линий морского и речного транспорта, а также автомобильных междугородных маршрутов в пределах одной области.

Каждый пассажир является застрахованным в единой страховой сумме с момента объявления посадки в транспортное средство и до момента оставления вокзала (порта, пристани, станции) в пункте конечного назначения. Транзитные пассажиры застрахованы бесплатно. Страховые платежи включены в стоимость билетов, и размер их зависит от вида транспорта и дальности поездки. Отдельные категории пассажиров считаются застрахованными бесплатно.

7.5. Медицинское страхование

Медицинское страхование — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Под медицинским стра-

хованием понимают страхование на случай потери здоровья от любой причины, в том числе в связи с несчастным случаем или в связи с болезнью.

Объектом медицинского страхования является страховой риск по покрытию затрат на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. В качестве *субъектов* медицинского страхования выступают страхователь, страховая организация и медицинское учреждение.

Договор медицинского страхования представляет собой соглашение между страхователем и страховой организацией, имеющей право на проведение медицинского страхования, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. В договоре указываются наименование сторон, сроки действия договора, численность застрахованных, размер, сроки и порядок внесения страховых взносов, перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования, права, обязанности, ответственность сторон.

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях государств, с которыми имеется соглашение о медицинском страховании граждан.

Согласно Закону РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" любой гражданин Российской Федерации имеет право:

- на обязательное и добровольное медицинское страхование;

• выбор медицинской страховой организации;

• выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

• получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;

• получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

• предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

• возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Иностранные граждане, постоянно проживающие в России, имеют аналогичные права и обязанности в области медицинского страхования, если международными договорами не предусмотрены иные условия.

7.5.1. Обязательное медицинское страхование

Согласно Закону "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой по программе обязательного медицинского страхования.

Участниками обязательного медицинского страхования (ОМС) являются:

• страхователи (для неработающего населения — государство в лице местных органов исполнительной власти; для работающих граждан — предприятия, учреждения и организации

независимо от форм собственности и хозяйственно-правового статуса);

• застрахованные — все граждане Российской Федерации, а также граждане иностранных государств, постоянно проживающие на территории России;

• Федеральный и территориальные фонды ОМС (специализированные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области ОМС);

• страховые медицинские организации, имеющие лицензию на право деятельности по ОМС;

• медицинские учреждения, имеющие лицензию на право оказания медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

Источники финансирования здравоохранения в условиях медицинского страхования:

• средства республиканского бюджета РФ и бюджетов нижестоящих уровней;

• средства государственных организаций, предприятий и других хозяйствующих субъектов;

• личные средства граждан; безвозмездные (благотворительные) взносы и пожертвования;

• доходы от ценных бумаг; кредиты банков и другие кредиты;

• иные источники, не запрещенные законодательством.

Объем медицинской помощи, предусмотренный программой обязательного медицинского страхования, включает в себя:

• обеспечение первичной и скорой медицинской помощи в неотложных ситуациях: роды, травмы, отравления;

• лечение в амбулаторных условиях больных с хроническими заболеваниями;

• лечение в стационарных условиях больных с острыми заболеваниями, травмами, медицинская помощь при родах и абортах;

• оказание медицинской помощи на дому гражданам, которые не могут самостоятельно посетить больницу;

• организацию профилактических мероприятий для детей, инвалидов, ветеранов войны, беременных женщин, больных туберкулезом и онкологическими заболеваниями, больных с психическими расстройствами, а также больных с инсультом и инфарктом миокарда;

• оказание стоматологической помощи в полном объеме детям, учащимся и студентам, беременным женщинам, матерям, имеющим детей до 3 лет, ветеранам войны;

• выдачу медикаментов на льготных условиях (для больных с заболеваниями, включенными в программу льготного обслуживания).

По обязательному страхованию работодатели отчисляют из получаемых доходов взносы, за счет которых формируется управляемый государством страховой фонд. Из средств фонда производится возмещение минимально необходимого уровня затрат на лечение застрахованных в случаях их нетрудоспособности в связи с потерей здоровья от болезни или по иной причине.

Медицинская помощь на территории Российской Федерации оказывается за счет бюджетных ассигнований всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в том числе средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования.

За счет средств обязательного медицинского страхования финансируется базовая программа обязательного медицинского страхования, которая включает первичную медико-санитарную, специализированную, за исключением высокотехнологичной, медицинскую помощь, предусматривающую также обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

• инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

• новообразования;

• болезни эндокринной системы;

• расстройства питания и нарушения обмена веществ;

• болезни нервной системы;

• болезни крови, кроветворных органов;

• отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

• болезни глаза и его придаточного аппарата;

• болезни уха и сосцевидного отростка;

• болезни системы кровообращения;

• болезни органов дыхания;

• болезни органов пищеварения;

• болезни мочеполовой системы;

• болезни кожи и подкожной клетчатки;

• болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

• травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

• врожденные аномалии (пороки развития);

• деформации и хромосомные нарушения;

• беременность, роды, послеродовой период и аборты;

• отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются:

1) дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами;

2) специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

3) высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

4) медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии со сформированным государственным заданием в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

5) дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) скорая медицинская помощь, а также первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, которая оказывается федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, за исключением затрат, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования;

7) лекарственные средства, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации;

8) лекарственные средства, предназначенные для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных средств, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

Базовая программа реализуется на основе договоров, заключаемых между субъектами медицинского страхования. Медицинские услуги в рамках гарантированного объема предоставляются на всей территории Российской Федерации и не зависят от размера фактически выплаченного страхового взноса. На основе базовой программы разрабатываются и

утверждаются территориальные программы обязательного медицинского страхования, объем предоставляемых медицинских услуг, которых не может быть меньше объема, установленного базовой программой. Качество, объемы и сроки предоставления медицинской помощи контролируются страховой медицинской организацией и соответствующим органом управления здравоохранением.

Объем и условия лекарственной помощи определяются территориальными программами обязательного медицинского страхования. Необходимые медикаменты и изделия медицинского назначения в стационаре и при оказании скорой и неотложной медицинской помощи оплачиваются за счет страховых взносов по обязательному медицинскому страхованию, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях — за счет личных средств граждан.

Льготы при оказании медицинской и лекарственной помощи отдельным контингентам населения определяются действующим законодательством.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем в соответствие с постановлением от 2 октября 2009 г. № 811 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» оставляют:

- на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи — 1710,1 руб.;
- на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) — 218,1 руб., в том числе 168,4 руб. — за счет средств обязательного медицинского страхования;
- на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров — 478 руб., в том числе 470,5 руб. — за счет средств обязательного медицинского страхования;

• на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях — 1380,6 руб., в том числе 1167 руб. — за счет средств обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение Программы в части обязательств Российской Федерации осуществляется в объемах, предусмотренных в федеральном бюджете на 2010 г.

Для обеспечения равных условий оказания населению медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию используются фонды здравоохранения.

Созданные фонды здравоохранения направляют свои средства на финансирование целевых программ, связанных с профилактикой и лечением социально опасных заболеваний; финансирование деятельности лепрозориев, трахоматозных диспансеров, центров по борьбе со СПИДом, домов ребенка, детских санаториев, молочных кухонь, бюро медицинской статистики, бюро судебно-медицинской и патолого-анатомической экспертизы, центров экстренной медицинской помощи, станций, отделений, кабинетов переливания крови, баз и складов специального медицинского снабжения, оплату кардиохирургических операций и операций по пересадке органов, оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения, что, в свою очередь, позволяет повышать уровень оказываемых медицинских услуг, расширяет сферу деятельности здравоохранения.

Система обязательного медицинского страхования включает три уровня.

1-й уровень страхования в системе ОМС представляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. Сам он не осуществляет страховые операции и не финансирует систему ОМС граждан. Фонд был создан для реализации государственной политики в области медицинского страхования, а его роль в ОМС сводится к общему регулированию системы, что достигается как за счет нормативного регулирования основных положений ОМС на

территории РФ, так и за счет финансового регулирования осуществления медицинского страхования граждан в субъектах РФ.

ФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, подотчетен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждается Государственной Думой.

Финансовые средства фонда образуются за счет: части страховых взносов предприятий, организаций и иных хозяйствующих субъектов (0,2% от ФОТ); взносов территориальных фондов ОМС на реализацию совместных программ; ассигнований из федерального бюджета на выполнение республиканских программ ОМС; доходов от использования временно свободных денежных средств фонда за счет размещения этих средств на банковских депозитах и в высоколиквидные государственные ценные бумаги.

К основным функциям ФФОМС относятся: финансирование целевых программ в рамках ОМС; выравнивание условий деятельности территориальных ФОМС (ТФОМС) по обеспечению финансирования ОМС за счет предоставления финансовой помощи; утверждение типовых правил ОМС граждан; разработка нормативных документов; участие в разработке базовой программы ОМС для всей территории РФ; участие в организации ТФОМС и др.

Управление деятельностью фонда осуществляется его правлением и постоянно действующей исполнительной дирекцией.

2-й уровень организации ОМС представлен территориальными фондами ОМС и их филиалами. Этот уровень — основной в системе, поскольку именно территориальными фондами осуществляется сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС.

Территориальные ФОМС создаются на территориях субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны соответствующим органам правительственной и исполнительной власти.

Финансовые средства ТФОМС находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию. Они образуются за счет: части страховых взносов, уплачиваемых предприятиями на ОМС работающего населения (3,4% ФОТ); средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов РФ на ОМС неработающего населения; доходов, получаемых от использования временно свободных средств за счет инвестирования их в банковские депозиты и государственные ценные бумаги и др.

Главной задачей ТФОМС является обеспечение выполнения ОМС на каждой территории субъектов РФ на принципах всеобщности и социальной справедливости. На ТФОМС возложена основная работа по обеспечению финансовой сбалансированности и устойчивости системы ОМС. ТФОМС выполняют следующие функции в организации ОМС: собирают страховые взносы на ОМС; осуществляют финансирование территориальных программ ОМС; заключают договоры со страховыми медицинскими организациями на финансирование проводимых программ ОМС по утвержденным ТФОМС дифференцированным душевым нормативам; осуществляют выравнивание условий финансирования ОМС по территориям городов и районов; разрабатывают и утверждают правила ОМС граждан на соответствующей территории; участвуют в разработке тарифов оплаты медицинских услуг и др. Руководство деятельностью ТФОМС осуществляется правлением и исполнительной дирекцией.

Для выполнения своих функций ТФОМС могут создавать в городах и районах филиалы. Филиалы выполняют задачи ТФОМС по сбору страховых взносов и финансированию социальных медицинских организаций (СМО).

3-й уровень в осуществлении ОМС представляют страховые медицинские организации. Они получают финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от численности и половозрастной структуры застрахованного им контингента населения и осуществляют страховые

выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

По Положению о СМО, осуществляющих обязательное медицинское страхование, в качестве страховой медицинской организации может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной российским законодательством, и имеющее лицензию на проведение ОМС, выдаваемую департаментом страхового надзора.

СМО не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС, в коммерческих целях.

Свою страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров:

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями, местной администрацией, т. е. со всеми страхователями, обязанными платить страховые взносы в ТФОМС. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной СМО.

2. Договоры с ТФОМС на финансирование ОМС населения в соответствии с численностью и категориями застрахованных. Финансирование осуществляется по дифференцированному среднедушевому нормативу, который отражает стоимость территориальной программы ОМС на одного жителя и половозрастную структуру застрахованного контингента.

3. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным данной СМО гражданам.

4. Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, т. е. полисы ОМС, в соответствии с которыми предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

Все взаимоотношения внутри системы ОМС регулируются на основании территориальных правил ОМС, которые должны соответствовать типовым правилам ОМС (утв. ФФОМС 03.10.2003 № 3856/30-3/и).

Деятельность СМО представляет заключительный этап в реализации положений ОМС. Ее главной задачей выступает оплата страховых случаев. Основными функциями СМО являются: участие в выборе и аккредитации медицинских учреждений;

оплата медицинских услуг, предоставляемых застрахованным; формирование страховых резервов.

Состав и норматив расходов на ведение дела по ОМС, а также нормативы страховых резервов в процентах к финансовым средствам, передаваемым страховым компаниям на проведение ОМС, определяются ТФОМС. Сумма превышения доходов над расходами направляется на пополнение резервов по ОМС в порядке и размерах, определяемых ТФОМС.

Объем средств, ежемесячно передаваемых территориальным фондом страховой медицинской организации на оплату медицинских услуг застрахованным, определяется числом застрахованных в данной организации и среднедушевым нормативом финансирования ($Н_{ф}$), рассчитываемым в порядке, утвержденном Федеральным фондом ОМС и согласованным с Минздравом РФ и с Минфином РФ.

Среднедушевой норматив финансирования $Н_{ф}$ определяется как частное от деления суммы средств, собранных фондом за месяц, за минусом отчислений для восполнения нормированного страхового запаса (его максимальная величина — удвоенный расход на оказание медицинской помощи за предыдущий месяц) и расходов на ведение дел на численность населения территории. При наличии у фонда дополнительных средств $Н_{ф}$ умножается на коэффициент индексации ($К_{ин}$), согласованный фондом с органами исполнительной власти, ассоциациями страховых медицинских организаций и профессиональными медицинскими ассоциациями.

Дифференцированный среднедушевой норматив финансирования ($Н_{фд}$) для филиалов фонда, используемый в целях выравнивания средств ОМС в пределах территории, рассчитывается по формуле

$$Н_{фд} = К_{пз} \cdot К_{ин} \cdot Н_{ф},$$

где $К_{пз}$ — коэффициент предыдущих затрат, определяемый в относительных единицах на основе финансовых отчетов об исполнении бюджетов здравоохранения, закрепленных за филиалом за последние 3 года.

Дифференцированный среднедушевой норматив ($Н_{сд}$) для финансирования СМО рассчитывается по формуле

$$Н_{сд} = К_{пв} \cdot Н_{фд},$$

где $К_{пв}$ — средний коэффициент половозрастных затрат для застрахованного организацией контингента, определяемый на основе коэффициента затрат для каждой из половозрастных групп относительно эталонной (обычно застрахованные в возрасте 20–25 лет) и доли каждой из половозрастных групп в составе застрахованного контингента.

В настоящее время не сложилось единой системы оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Такое положение характерно для переходного периода в организации ОМС. Наиболее эффективным способом оплаты медицинских услуг в настоящее время специалисты считают оплату за пролеченного больного, т. е. за конечный результат лечения.

ОМС гарантирует гражданам оплату медицинских услуг наиболее распространенного характера в соответствии с перечнем заболеваний, утверждаемым в базовой и территориальной программах обязательного медицинского страхования.

Система ОМС единственная из всех систем социального страхования в РФ использует в своей организации коммерческие страховые компании — страховые медицинские организации. Они получают финансовые средства на осуществление ОМС от территориальных фондов и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

В организации ОМС используются договорные отношения, в том числе и с самими застрахованными, которым выдаются полисы медицинского страхования.

Согласно Федеральному закону от 25.11.2008 № 215-ФЗ «О бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 г. и на плановый период 2010 и 2011 гг.» прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда на 2009 г. составляет 119 070 242,0 тыс. руб., в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 25 545 406,0 тыс. руб. Общий объем расходов бюджета Фонда

составляет 114 070 242,0 тыс. руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 17 000 000,0 тыс. руб.

В соответствии с Федеральным законом от 28.11.2009 № 294-ФЗ «О бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 г. и на плановый период 2011 и 2012 гг.» прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда на 2010 г. составляет 105 851 220,0 тыс. руб., в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 4 734 000,0 тыс. руб.; на 2011 г. — 268 599 900,0 тыс. руб., в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 18 290 700,0 тыс. руб. и на 2012 г. — 298 053 000,0 тыс. руб., в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых их фежерального бюджета в сумме 20 500 000,0 тыс. руб.

Прогнозируемый общий объем расходов бюджета Фонда на 2010 г. составляет 110 851 220,0 тыс. руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 17 500 000,0 тыс. руб.; на 2011 г. в сумме 268 599 900,0 тыс. руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 18 000 000,0 тыс. руб., и на 2012 г. — 298 053 000,0 тыс. руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 19 000 000,0 тыс. руб.

7.5.2. Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование — система общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов, представляющая собой дополнение к обязательному медицинскому страхованию.

Добровольное страхование происходит за счет прибыли, доходов предприятий или личных средств граждан. Условия добровольного медицинского страхования подробно оговарива-

ются в заключаемом договоре. При этом размеры добровольных страховых взносов устанавливаются по соглашению сторон.

Спрос на добровольное медицинское страхование (ДМС) определяется желанием получить более качественную и специализированную помощь и высокий уровень обслуживания.

Оплата медицинской помощи при ДМС может осуществляться разными способами. При *традиционном способе* медицинское учреждение выставляет счет клиенту. Клиент оплачивает счет и предоставляет его в страховую компанию, которая компенсирует его расходы. Используются также и *отложные расчеты*, при которых страховщик начинает принимать к оплате счета только при достижении определенной договором суммы. Например, страховая компания не производит выплаты до тех пор, пока клиент не израсходует определенную сумму на медицинское обслуживание с начала календарного года, а потом возмещает ему эту сумму. Более распространенным является способ *оплаты услуг без участия застрахованного*, когда медицинское учреждение направляет счет на оплату предоставленных услуг непосредственно страховой компании.

К сожалению, в настоящее время на качественный сервис могут рассчитывать только обладатели полисов ДМС. Конечно, существует и другая альтернатива — платные услуги, но в этом случае пациент, во-первых, приписывается только к одному медучреждению, а во-вторых, его лечение ограничено величиной уплаченной суммы. Добровольные программы медицинского страхования предусматривают возможность выбора больницы и объема необходимых услуг, а также защиту в суде.

Большинство страховых компаний предлагает своим клиентам несколько стандартных программ ДМС, которые отличаются зачастую только названием. Одна из наиболее популярных включает в себя амбулаторную помощь в поликлиниках, выезд врача на дом, оформление больничных листов, диагностику и т. д., по сути — это аналог обыкновенной поликлинической помощи. Разница лишь в том, что в этом случае застрахованный может выбрать одно или несколько лечебно-профилактических учреждений, в которых будет лечиться.

Другая, наиболее распространенная программа включает в себя организацию и оплату медицинской помощи при стационарном лечении — как при плановой, так и при экстренной госпитализации. Практически в каждом госпитале есть палаты повышенной комфортности, рассчитанные на одного или двух человек. Оформляя договор ДМС, можно оговорить гарантию условий повышенной комфортности. Срок пребывания в стационаре определяет врач. Но необходимо помнить и о том, что в договоре определена предельная стоимость услуг, которые оплачивает страховщик.

Помимо вышеназванных предложений популярностью также пользуются программы "стоматология" и "скорая помощь". В первом случае это обыкновенная квалифицированная стоматологическая помощь. Разница лишь в том, что, как и в любой программе ДМС, пациент всегда может проверить, какие материалы использовались при лечении и насколько верно был поставлен диагноз. Причем, если эксперт страховщика установит факт недобросовестного или некачественного обслуживания, выплачивается определенное возмещение в размере до 10 тыс. руб. (зависит от условий договора).

Скорая медицинская помощь оказывается при ДМС коммерческими неотложками. Преимущество этой программы заключается в том, что у застрахованного не возникает необходимости долгого ожидания бригады врачей. В договоре страхования, как правило, точно определено максимальное расстояние в километрах, на которое выезжают неотложки.

В стандартных программах ДМС есть классические исключения. *Страховщики не оплачивают расходы* на лечение таких болезней, как:

- ВИЧ;
- лучевая болезнь;
- психические расстройства;
- различные виды зависимости;
- врожденные аномалии;
- хромосомные нарушения;
- туберкулез;

• большинство венерических заболеваний.

Как правило, полис добровольного медицинского страхования не покрывает риски, связанные:

с повреждением или иным расстройством здоровья, наступившим в связи с умышленными действиями;

оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы личным врачом страховщика или лечащим врачом застрахованного в качестве необходимых и разумных мер по проведению лечения;

применением косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая;

коррекцией зрения или его исследованием для назначения линз или очков или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате несчастного случая.

Объем оказываемых услуг в рамках договора может значительно превышать стоимость полиса, кроме того, страховая премия остается неизменной независимо от регулярного повышения стоимости на услуги.

Минимальная стоимость программ ДМС приведена далее.

Минимальная стоимость программ добровольного медицинского страхования (на декабрь 2009 г.)

Страховая компания	Минимальная стоимость программы, руб.
РОСНО	21 900–63 600
РЕСО-Гарантия	23 500–111 000

На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, ВИЧ-инфицированные, инвалиды I группы и некоторые иные категории граждан.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите этапы развития личного страхования.
2. В чем сущность личного страхования?
3. Какая существует классификация личного страхования?
4. Дайте характеристику договора личного страхования.
5. Что представляет собой рынок страхования жизни в России?
6. Какова роль страховых актуариев в создании методик резервов?
7. Приведите основные обязанности страховщика по страховым выплатам.
8. В отношении имущественных интересов каких лиц не заключается договор страхования?
9. Что является объектом страхования, страховым случаем, страховой суммой?
10. На какой срок заключается договор страхования и в каких случаях этот договор прекращается?
11. Опишите порядок осуществления страховой выплаты.
12. Какие принципы присущи страхованию жизни?
13. Дайте характеристику видов и ограничений размещения активов страховой организации.
14. Какие существуют формы начисления бонусов?
15. Опишите факторы, которые учитывают страховые организации, осуществляющие страхование жизни при андеррайтинге страхования жизни.
16. Что представляет собой страхование на случай смерти?
17. В чем сущность страхования на дожитие?
18. Покажите основные составляющие смешанного страхования жизни.
19. Дайте характеристику рентного страхования жизни.
20. В чем сущность пенсионного страхования?
21. Охарактеризуйте страхование от несчастных случаев.
22. Перечислите события, которые признаются страховыми случаями в страховании от несчастных случаев.

23. Как определяется размер страховой выплаты при несчастных случаях?

24. Какие существуют исключения из страхового покрытия?

25. Что гарантирует страховое обеспечение при наступлении страхового случая?

26. Дайте характеристику форм обязательного страхования от несчастных случаев.

27. В чем сущность медицинского страхования?

28. В чем сущность обязательного медицинского страхования?

29. Кто является участниками обязательного медицинского страхования?

30. Что включает в себя объем медицинской помощи, предусмотренный программой обязательного медицинского страхования?

31. Дайте характеристику трех уровней фонда обязательного медицинского страхования.

Глава 8. СТРАХОВАНИЕ ИМУЩЕСТВА

8.1. Общие принципы имущественного страхования

8.1.1. Понятие и сущность имущественного страхования

Имущественное страхование в Российской Федерации — отрасль страхования, где объектами страховых правоотношений выступает имущество в различных видах. Под ***имуществом*** понимается совокупность вещей и материальных ценностей, состоящих в собственности и оперативном управлении физического или юридического лица. В состав имущества входят деньги и ценные бумаги, а также имущественные права на получение вещей или иного имущественного удовлетворения от других лиц.

В страховой практике к имущественному страхованию относят любое страхование, не связанное с личным страхованием.

В соответствии со ст. 929 ГК РФ "по договору имущественного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить другой стороне (страхователю) или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), причиненные вследствие этого события убытки в застрахованном имуществе либо убытки в связи с иными имущественными интересами страхователя (выплатить страховое возмещение) в пределах определенной договором суммы (страховой суммы)".

Имущество может быть застраховано по договору страхования в пользу страхователя или выгодоприобретателя, имеющего основанный на законе, ином правовом акте или договоре интерес в сохранности этого имущества. ***Договор страхования***

имущества, заключенный при отсутствии у страхователя или выгодоприобретателя интереса в сохранении застрахованного имущества, признается недействительным.

Страхование имущества проводится на случай *гибели, уничтожения, кражи* или *повреждения* в результате страхового случая (пожара, удара молнии, взрыва, наводнения, землетрясения, просадки грунта, бури, урагана, ливня, града, обвала, оползня, действия подпочвенных вод, селя и аварий, в том числе средств транспорта, отопительной, водопроводной и канализационной системы).

Гибель, уничтожение имущества означает его выбытие из пользования. *Кража* — это изъятие имущества из пользования путем воровства, мошенничества, разбоя, грабежа и т. п. *Повреждением* имущества считается такое состояние, когда отсутствуют признаки полной гибели или уничтожения, и оно может быть восстановлено путем ремонта.

8.1.2. Порядок и условия выплаты страхового возмещения

Страховое возмещение выплачивается в размере причиненного в результате страхового случая ущерба, но не более страховой суммы, за все погибшее, украденное или поврежденное имущество, в том числе и за имущество, поступившее к страхователю в период действия договора. При гибели, краже или повреждении застрахованного имущества в процессе перевозки страховое возмещение выплачивается в случае, когда законодательством или договором перевозки не установлена ответственность перевозчика за гибель или повреждение груза.

Страховое возмещение выплачивается независимо от местонахождения имущества во время гибели, кражи или повреждения, а за имущество, принятое от других организаций и населения, — в случае гибели, кражи и повреждения его только в местах, указанных в договоре страхования.

Для получения страхового возмещения страхователь должен заявить свою претензию страховщику в установленный срок и по установленной форме. В документах подтверждается наличие страхового случая, называются причины его возникно-

вения и виновное лицо. Обязанность предоставления документов возлагается на страхователя, так же как и доказательство величины понесенного ущерба. В некоторых случаях проводится экспертиза ущерба. Для этого привлекаются специалисты-эксперты, которые могут быть приглашены со стороны.

Страховое возмещение выплачивается:

• при полной гибели или краже имущества — в размере действительной стоимости имущества на дату заключения договора страхования, но не более страховой суммы;

• при повреждении имущества — в размере восстановительных расходов, но не более страховой суммы.

Восстановительные расходы включают в себя:

• расходы на материалы и запасные части для ремонта (восстановления);

• расходы на оплату работ по ремонту;

• расходы по доставке материалов к месту ремонта и другие расходы, необходимые для восстановления застрахованного имущества в то состояние, в котором оно находилось непосредственно перед наступлением страхового случая.

К восстановительным расходам не относятся:

• дополнительные расходы, вызванные улучшениями застрахованного объекта;

• расходы, вызванные временным или вспомогательным ремонтом или восстановлением;

• другие, произведенные сверх необходимых, расходы.

Из суммы восстановительных расходов производятся вычеты на износ частей, узлов, агрегатов и деталей, используемых при восстановительных работах.

При определении размера подлежащего выплате страхового возмещения страховщик вправе зачесть сумму просроченного страхового взноса, если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено.

В имущественном страховании существуют четыре способа возмещения ущерба: денежное возмещение, ремонт, замена, восстановление.

В договоре страхования обычно предоставляется право выбора той или иной формы возмещения ущерба. Выбор формы возмещения влияет на стоимость приобретаемого полиса, увеличивая ее приблизительно в 1,2 раза. Чаще всего используется денежная форма. Но иногда для страховых компаний выгодны натуральные формы возмещения, например при страховании автомобилей.

При заключении договора имущественного страхования оговариваются обстоятельства, которые не обеспечиваются договором. Например, *страховщики не компенсируют убытки*, возникшие вследствие:

• умышленных действий или неосторожности застрахованного;

• скрытия дефектов или действительной стоимости имущества;

• гибели (уничтожения) имущества по причине самовозгорания, взрыва и т. п. и при участии страхователя;

• повреждения, разрушения имущества, подлежащего конфискации, реквизиции, аресту;

• кражи, хищения, грабежа по сговору с третьими лицами.

В договоре страхования оговариваются также условия, при которых страховщик имеет право *отказать в выплате страхового возмещения* из-за несоблюдения страхователем определенных требований, предписываемых ему условиями страхования. Например, при повреждении, утрате или хищении имущества *страхователь обязан*:

• незамедлительно, в установленный срок, сообщить о страховом случае страховщику;

• принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки. Расходы, произведенные страхователем, в целях уменьшения убытков, подлежащих возмещению страховщиком, должны быть возмещены страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными. Такие расходы возмещаются пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости независимо от того, что вместе с возмещением других убытков

они могут превысить страховую сумму. Необходимо отметить, что в соответствии со ст. 962 ГК РФ страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

• срочно сообщить о случившемся страховом случае в компетентные органы (милицию, пожарную, аварийную службу и т. д.);

• сохранять пострадавшее имущество в том виде, в каком оно оказалось после страхового случая, до прибытия представителей официальных органов или страховщика;

• предоставить представителю страховщика возможность беспрепятственного осмотра и обследования поврежденного имущества, включая и имущество, составляющее коммерческую тайну;

• сообщить страховщику все сведения и представить документы, необходимые для выявления причин и обстоятельств наступления страхового случая.

8.1.3. Классификация имущества по видам хозяйствующих субъектов

Для целей страхования принято классифицировать имущество по видам хозяйствующих субъектов, которым оно принадлежит. Различают имущество:

• промышленных предприятий;

• сельскохозяйственных предприятий;

• имущество граждан.

В состав ***имущества промышленных предприятий***, подлежащих страхованию, входят:

• здания, сооружения, объекты незавершенного капитального строительства, транспортные средства, машины, оборудование, инвентарь, товарно-материальные ценности и другое имущество, принадлежащее предприятиям и организациям;

• имущество, принятое организациями на комиссию, хранение, для переработки, ремонта, перевозки и т. п.

Договор страхования имущества, принадлежащего предприятию, может быть заключен:

• по полной стоимости (стоимости имущества на момент заключения договора страхования) или по определенной доле (проценту) этой стоимости, но не менее 70% балансовой стоимости имущества;

• по страхованию строений — не ниже остатка задолженности по выданным ссудам на их возведение.

В страховании имущества приняты следующие пределы оценки его стоимости:

• для основных фондов максимальный — балансовая стоимость, но не выше восстановительной стоимости на день их гибели;

• для оборотных фондов — фактическая себестоимость по средним рыночным, отпускным ценам и ценам собственного производства;

• незавершенное строительство — в размере фактически произведенных затрат материальных и трудовых ресурсов к моменту страхового случая.

Имущество, принятое от других организаций и населения на комиссию, хранение, для переработки, ремонта, перевозки и т. п., считается застрахованным исходя из стоимости, указанной в документах по его приему, но не выше действительной стоимости этого имущества (за вычетом износа).

Страхование имущества промышленных предприятий осуществляется по трем видам договоров: основному, дополнительному и специальному.

По основному договору страхуется все имущество, принадлежащее страхователю на праве собственности. *Дополнительный договор* страхования может быть заключен только при наличии основного договора. По этому договору подлежит страхованию имущество, принятое страхователем от других организаций и населения на комиссию, хранение, для переработки, ремонта и указанное в заявлении о страховании. *По специальному договору* страхуется имущество на период экспериментальных или исследовательских работ, экспонирования на выставках.

Не могут быть застрахованы объекты, находящиеся в зоне, которой угрожают обвалы, оползни и другие стихийные бед-

ствия. Кроме того, на страхование не принимаются плотины, дамбы, асфальтированные дороги, колодцы, мосты, площадки для стоянки автотранспорта.

У ***сельскохозяйственных предприятий*** может быть застраховано следующее имущество:

• урожай сельскохозяйственных культур (кроме урожая сенокосов);

• сельскохозяйственные животные, домашняя птица, пушные звери, семьи пчел;

• здания, сооружения, передаточные устройства, силовые, рабочие и другие машины и оборудование, инвентарь, продукция, сырье, материалы и многолетние насаждения.

Не принимаются на страхование здания, сооружения и другое имущество, находящееся в нерабочем, аварийном состоянии, больные животные, взрывчатые вещества, имущество, находящееся в зонах повышенной опасности.

Страховая сумма определяется исходя из стоимости имущества. Стоимость определяется соглашением сторон на основании из его действительной стоимости на момент заключения договора страхования.

Размер ущерба при гибели или повреждении сельскохозяйственных культур определяется из стоимости количественных потерь урожая основной продукции культуры на всей площади посева, исчисленной по разнице между стоимостью урожая на 1 га в среднем за последние 5 лет и данного года по действующим государственным закупочным ценам.

При гибели животных, домашней птицы и семей пчел размер ущерба определяется из их балансовой стоимости на день гибели. Ущерб основных и оборотных фондов определяется из балансовой (инвентарной) стоимости с учетом износа (амортизации). В сумму ущерба включаются также расходы по спасанию имущества и приведению его в порядок после бедствия.

Страхование ***имущества граждан*** проводится на случай уничтожения, гибели, утраты или повреждения имущества граждан в результате стихийных бедствий, несчастных случаев и иных неблагоприятных событий. Под имуществом граждан

понимаются предметы домашней обстановки, обихода и потребления, используемые в личном хозяйстве и предназначенные для удовлетворения бытовых и культурных потребностей семьи по праву личной собственности.

Объектом имущественного страхования граждан *не могут быть* документы, ценные бумаги, денежные знаки, рукописи, коллекции, уникальные и антикварные предметы, изделия из драгоценных металлов, камней, предметы религиозного культа и др.

Размеры ставок предусматриваются правилами страхования и определяются по договоренности сторон. *Ущербом* в имущественном страховании граждан считается:

• в случае уничтожения или похищения предмета — его действительная стоимость (с учетом износа) исходя из рыночных цен;

• в случае повреждения предмета — разница между его действительной стоимостью и стоимостью этого предмета с учетом обесценения в результате страхового случая.

В сумму ущерба включаются расходы по спасанию имущества и приведению его в порядок в связи с наступлением страхового случая. Размер таких расходов исчисляется по нормам и тарифам на работы, признанные необходимыми.

Страхование домашнего имущества осуществляется по следующим видам договоров.

По общему договору на страхование принимаются все предметы домашнего имущества (кроме тех, которые страхуются по специальному договору).

По специальному договору страхуются определенные группы предметов домашнего имущества и отдельные предметы независимо от того, имеет ли страхователь общий договор страхования домашнего имущества. По специальному договору на страхование принимаются: дорогостоящее имущество, коллекции, картины, антикварные предметы, запасные части, детали, принадлежащие транспортным средствам.

Общий договор страхования может быть заключен без осмотра имущества на определенную сумму, величина кото-

рой определяется страховщиком в условиях страхования. Как правило, эта сумма включает в себя минимальную стоимость домашнего имущества, имеющегося в каждой семье. Свыше этой суммы имущество страхуется с обязательным предварительным осмотром. При этом в договоре лимитируется стоимость каждого предмета. Страховые тарифы, применяемые в специальных договорах, значительно выше тех, которые используются в общих.

8.2. Организационные формы и способы страхового обеспечения в имущественном страховании

Кроме классической схемы, когда страховщик принимает на себя весь риск и при возникновении страхового случая выплачивает возмещение в полном объеме, возможны по согласованию сторон такие договоры, в которых страхователь участвует в возмещении части ущерба в обмен на снижение страховых взносов. В связи с этим в имущественном страховании предусмотрены несколько организационных форм страхового обеспечения.

Система пропорциональной ответственности — при этой системе страховая сумма может быть установлена выше или ниже страховой стоимости.

• *Страховая сумма установлена выше страховой стоимости*, т. е. страхователь умышленно в договоре страхования указывает страховую сумму, на которую застраховывает имущество, выше его действительной стоимости. Подобные обстоятельства возникают в том случае, когда страхователь самостоятельно устанавливает страховую сумму без консультации со страховым экспертом. Как правило, подобные несоответствия оформляются для получения выгоды страхователем при наступлении страхового случая.

При выяснении подобного несоответствия страховщик должен требовать немедленного уменьшения страховой суммы до размеров страховой стоимости при соответствующем уменьшении страховой премии. В силу закона договор страхования признается недействительным в той части страховой суммы,

которая превышает действительную стоимость имущества на момент заключения договора. При этом излишне уплаченная часть премии возврату не подлежит. Если завышение страховой суммы произошло из-за того, что страхователь сознательно ввел в заблуждение страховщика, то страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и возмещения причиненных ему убытков в размере, превышающем сумму полученной им страховой премии.

• *Страховая сумма ниже страховой стоимости* — в данном случае имеет место недострахование, которое заключается в том, что страхователь оформляет договор страхования не на полную стоимость имущества, а лишь на его часть, оставляя долю имущества незастрахованной. Такой способ страхования приводит к тому, что часть ущерба, который повлек за собой страховой случай, остается на самом страхователе. Условия так называемого *пропорционального* страхования, или *недострахования,* должны быть указаны в договоре, где они носят название "оговорка эверидж". В случае недострахования любой ущерб оплачивается в пропорции, учитывающей соотношение между страховой суммой и страховой стоимостью.

Следует иметь в виду, что пропорция недострахования определяется при наступлении страхового случая, когда страховая сумма, на которую застраховано имущество, сопоставляется с его страховой стоимостью непосредственно на момент, предшествующий страховому случаю. Это значит, что недострахование может возникнуть в договоре под влиянием инфляции и роста цен, даже если его не было на момент заключения договора, и ожидания страхователя по поводу размеров страхового возмещения окажутся преувеличенными. Поэтому при заключении договора страхования страховщик должен обратить внимание клиента на последствия недострахования и предложить способы нивелирования фактора инфляции с помощью индекса страховой суммы.

Пример. Гражданин застраховал имущество, находящееся у него в собственности, действительная стоимость которого на момент

заключения договора страхования составляла 80 000 единиц на 60 000 единиц, т. е., страховая сумма равна 60 000 единиц, а страховая стоимость — 80 000 единиц. Ущерб, нанесенный имуществу страховым случаем, составил 70 000 единиц. Для определения величины страхового возмещения необходимо учитывать величину недострахования или процент, на который имущество застраховано. В приведенном примере величина оплачиваемого ущерба будет равна 60 000/80 000 · 70 000 = = 52 500 единиц (вместо 70 000).

Система первого риска — организационная форма страхового обеспечения, предусматривающая выплату страхового возмещения в размере фактического ущерба, но в пределах страховой суммы (первый риск). При этом весь ущерб в пределах страховой суммы компенсируется полностью, а ущерб сверх страховой суммы (второй риск) не возмещается.

Пример. Гражданин застраховал имущество, находящееся у него в собственности, на 60 000 единиц. Ущерб, нанесенный имуществу страховым случаем, составил 80 000 ед. Величина страхового возмещения в данном случае не может превышать размера страховой суммы.

Графически модификации основного типа договоров имущественного страхования представлены на рис. 8.1.

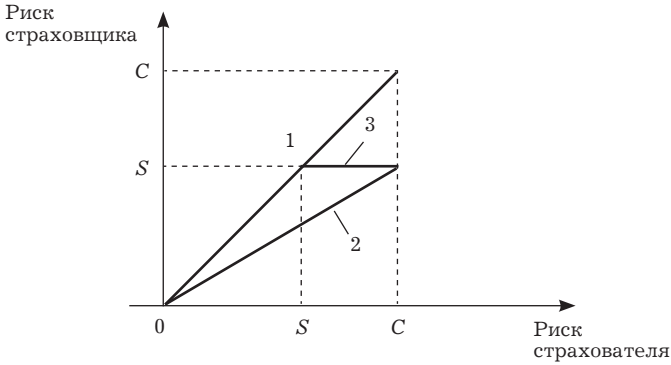


Рис. 8.1. Модификации страхового возмещения:
1 — полное возмещение; 2 — пропорциональное возмещение;
3 — система первого риска; *S* — страховая сумма;
C — реальная стоимость

Страхование по системе предельной ответственности — организационная форма страхового обеспечения, при которой величина страхового возмещения определяется как разница между заранее установленным пределом и достигнутым уровнем дохода. Если в связи со страховым случаем уровень дохода страхователя оказался ниже уровня установленного предела, то возмещению подлежит разница между пределом и фактически полученным доходом.

Неоднократное страхование — способ страхования, при котором страхуется один и тот же интерес против одной и той же опасности в течение одного и того же периода времени в нескольких страховых компаниях. В соответствии со ст. 929 ГК РФ имущество может быть застраховано от разных страховых рисков как по одному, так и по отдельным договорам страхования, в том числе по договорам с разными страховщиками. В этих случаях допускается превышение размера общей страховой суммы по всем договорам над страховой стоимостью. Однако неоднократное страхование иногда может порождать двойное страхование, запрещенное законодательством в отраслях страхования ущерба.

Двойное страхование имеет место, если объект застрахован против одного и того же риска в один и тот же период в нескольких страховых компаниях и страховые суммы, вместе взятые, превосходят страховую стоимость. За двойным страхованием часто стоит преднамеренность и стремление к незаконному обогащению.

Для избежания двойного страхования, в правилах страхования указывается, что страхователь обязан информировать страховщика обо всех договорах страхования, заключенных в отношении страхуемого имущества с другими страховыми компаниями.

Пример. Страхователь застраховал от огня здание страховой стоимостью 100 000 ед. в двух страховых компаниях: в А — на 70 000 ед. с 01.01.03., а в В — на 70 000 ед. с 01.01.04. По принципу первенства компания А сохраняет свой договор без изменений, а компания В должна

уменьшить страховую сумму на 40 000 ед. с соответствующим изменением страховой премии.

Однако двойное страхование может возникнуть при наличии двух договоров страхования, когда с течением времени страховая стоимость начинает падать по причине износа.

Наиболее сложный вариант, когда факт двойного страхования стал известен после наступления страхового случая. При этом страховщики обязаны выплатить страхователю страховое возмещение, общая сумма которого не должна превышать суммы ущерба. Страховые компании должны разделить между собой ущерб и возместить плательщику соответствующую часть переплаты. В этом случае используется понятие контрибуции (право страховщика обратиться к другим страховым компаниям, которые подобным же образом ответственны перед страхователем, с предложением поделить между собой расходы по возмещению ущерба). Контрибуция рассчитывается на основе страховой суммы по каждому полису по принципу пропорциональности.

Пример. Полисы А, Б, В. Страховая сумма — 10 000 ед., 20 000 ед., 30 000 ед. Убыток по страховому случаю составляет 9600 ед. В этом случае компания А должна оплатить следующую часть убытка:

А: (10 000/ (10 000 + 20 000 + 30 000)) · 9600 = 1600 ед.

Б: (20 000/10 000 + 20 000 + 30 000) · 9600 = 3200 ед.

В: (30 000/10 000 + 20 000 + 30 000) · 9600 = 4800 ед.

Однако в некоторых случаях не исключается возможность осуществления на практике двойного страхования и оплата страховых убытков каждым страховщиком производится пропорционально страховым суммам.

Пример. Имущество предприятия стоимостью 12 млн руб. застраховано на 1 год у двух страховщиков: у А на сумму 8 млн руб., у В — на 6 млн руб. Ущерб по страховому случаю — 9,7 млн руб. Определить, в каком размере возместит ущерб страхователю каждая страховая компания.

А: 8/(8 + 6) · 9,7 = 5,54 млн руб.;

В: 6/(8 + 6) · 9,7 = 4,15 млн руб.

Система собственного участия страхователя в ущербе. Договоры страхования имущества часто предусматривают собственное участие страхователя в покрытии части ущерба. Формы собственного участия отличаются от пропорционального страхования тем, что никак не связаны с расчетом соотношения между страховой суммой и страховой стоимостью. Собственное участие освобождает страховщика от обязанности возмещения мелких ущербов и связанных с ними затрат, к тому же оно повышает ответственность страхователя за сохранность имущества. К собственному участию страхователя в ущербе относят франшизу.

Франшиза — определенная договором страхования сумма ущерба, не подлежащая возмещению со стороны страховщика. Российские страховые компании широко используют франшизу в массовых видах страхования, т. е. там, где первостепенную важность имеет цена продаваемого страхового продукта. В страховании и перестраховании очень часто применяется франшиза (excess, deductible, franchise), которая, однако, как институт не урегулирована законодательно, к тому же специальных научных исследований этой категории пока не проводилось.

Обобщение различных библиографических источников позволяет нам дать следующее определение франшизы: франшиза — собственное участие страхователя в ущербе.

Условие о франшизе включается в договор страхования или перестрахования для освобождения страховщика (перестраховщика) от обязанности расследовать и оплачивать мелкие убытки. Франшиза, оставляя на ответственности самого страхователя (перестрахователя) или выгодоприобретателя часть возможного ущерба, побуждает их бережнее относиться к застрахованному имуществу. Франшиза чаще всего выгодна страховщику, хотя в некоторых случаях в ее применении может быть заинтересован и страхователь. Это бывает в тех случаях, когда финансовые возможности страхователя ограничены и без применения условия о франшизе он вообще не смог бы приобрести нужной ему

страховой защиты, поскольку франшиза, как правило, заметно удешевляет страховые услуги.

Франшизы могут устанавливаться либо в процентах, либо, что встречается значительно реже, в виде абсолютной величины. Когда франшиза установлена в процентах, очень важно четко определить базу, от которой она должна исчисляться.

Базой расчета франшизы может быть как страховая сумма, так и размер ущерба. Кроме того, специалисты в области страхования привязывают проценты франшизы исключительно к страховой сумме. Так, в Своде стандартных положений договора, подготовленном комитетом Всероссийского союза страховщиков, говорится: "Если иное не предусмотрено в договорах страхования, сострахования или факультативного перестрахования (ретроцессии), то франшиза, указанная в процентах, исчисляется от страховой суммы по основному договору страхования, сострахования или факультативного перестрахования (ретроцессии)". Поскольку франшиза — договорное условие, то в силу принципа свободы договора участники сделки вправе сформулировать его по своему усмотрению.

Одной из распространенных ошибок является указание в договорах страхования или полисах франшизы в виде процентов без уточнения базы расчета. Такая ситуация способна привести к возникновению спора о размере франшизы.

Франшиза может быть условной или безусловной:

В случае *условной франшизы* ущерб не возмещается в пределах франшизы, но когда он превосходит ее, то подлежит возмещению в полном объеме в пределах страховой суммы.

При *безусловной (вычитаемой) франшизе* страховщик во всех случаях возмещает убыток за вычетом величины франшизы. Безусловная франшиза может быть очень большой. Распределение величины возмещения между страховщиком и страхователем при условной и безусловной франшизах приведено на рис. 8.2.

В Своде даны следующие определения понятий безусловной и условной франшизы:

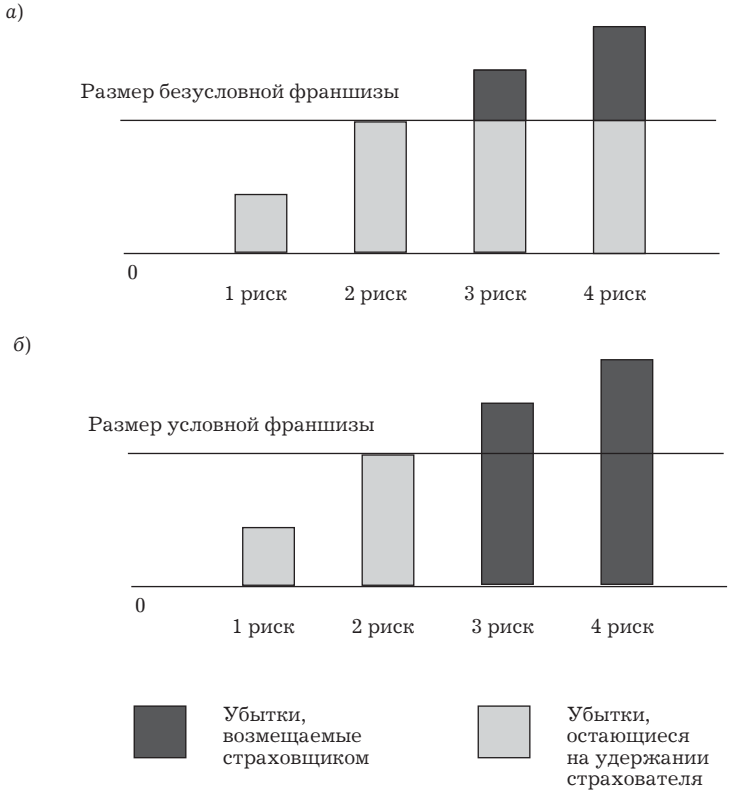


Рис. 8.2. Распределение величины возмещения между страховщиком и страхователем:
а — при безусловной франшизе; *б* — при условной франшизе

Франшиза безусловная — предусмотренное основным договором страхования, сострахования или перестрахования освобождение перестрахователя (либо договором факультативного перестрахования (ретроцессии) — освобождение перестраховщика) от выплаты страхового возмещения по соответствующему договору в установленном размере.

Франшиза условная — предусмотренное основным договором страхования, сострахования или перестрахования осво-

бождение перестрахователя (либо договором факультативного перестрахования (ретроцессии) — освобождение перестраховщика) от выплаты страхового возмещения по соответствующему договору в установленном размере при условии, что размер убытков не превышает эту сумму.

Необходимо отметить, что при одинаковой величине франшизы ответственность страховщика больше для условной франшизы, чем для безусловной (рис. 8.3). Ответственность страховщика определяется площадью под соответствующей линией.

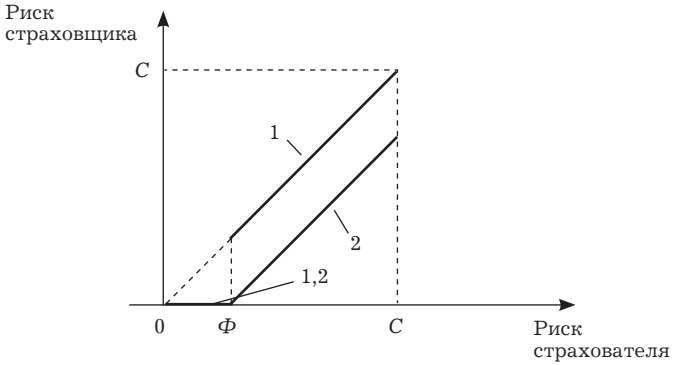


Рис. 8.3. Ответственность страховщика
при условной и безусловной франшизе:
1 — условная франшиза; 2 — безусловная франшиза;
C — реальная стоимость

Крупные промышленные предприятия часто используют безусловную франшизу, поскольку величина страховой премии в данном случае очень снижается. При этом на долю страховой компании остаются лишь крупные и катастрофические ущербы. Крупное предприятие часть ущерба (в размере величины франшизы) может урегулировать самостоятельно за счет самострахования, то есть создания специальных резервных фондов.

Однако для предприятий малого и среднего бизнеса, а также для физических лиц более выгодно применение условной

франшизы. Поэтому на этапе заключения договора страхования страховщик обязан объяснить клиенту суть и значение франшизы и предложить выбор: застраховаться с франшизой и получить скидку со страховой премии или застраховаться без франшизы.

Пример. Страховая стоимость — 100 тыс. руб., страховая сумма — 60 тыс. руб., условная франшиза — 1000 руб. Ущерб составляет: *а* — 900 руб., *б* — 1200 руб. В случае *а* ущерб не подлежит возмещению. В случае *б* ущерб возмещается в полном размере.

В некоторых видах страхования применяются так называемые временные франшизы. *Временная франшиза* — минимальное число дней простоя, за которые страховщик ответственности не несет. Например, при страховании перерыва в процессе производства обычно применяется франшиза в размере семи дней, которая означает, что убытки, понесенные страхователем или выгодоприобретателем в этот период, страховщиком не возмещаются.

Выделяют также две разновидности франшизы: *добровольная*, т. е. которую выбирает страхователь для снижения размера страховой премии, и *принудительная*, которая вводится страховщиком и не влияет на размер страховой премии.

К сожалению, многие страховщики на отечественном страховом рынке не акцентируют внимание страхователей на условиях договора, связанных с возможными способами страхования и соответственно, с ограничением выплаты страхового возмещения, рассчитывая на то, что договор будет прочитан невнимательно. Страхователь, приобретя страховой продукт, лишь на стадии урегулирования убытка узнает, что страховое возмещение будет ему выплачено не полностью (например, за вычетом франшизы, с учетом износа или по пропорциональному расчету). Однако такое поведение страховщиков нарушает один из важнейших принципов страхования — принцип наивысшего доверия сторон, сущность которого состоит в безусловной обязанности сторон договора страхования раскрывать друг другу все

существенные обстоятельства, имеющие к нему отношение. Таким образом, страховщик до заключения договора страхования обязан предупредить страхователя о важных нюансах договора, в частности — о механизме выплаты страхового возмещения.

8.3. Добровольное страхование имущества юридических лиц

8.3.1. Общие принципы добровольного страхования имущества юридических лиц

Договор добровольного страхования имущества заключается с юридическими лицами любой организационно-правовой формы и индивидуальными предпринимателями.

При страховании имущества индивидуальных предпринимателей на страхование принимается имущество, используемое в индивидуальной деятельности предпринимателя, которое отражено в книгах учета поступления и выбытия основных средств, сырья, материалов, готовой продукции, товаров, принадлежащее страхователю или находящееся у страхователя.

Имущество считается застрахованным в пределах территории, указанной в страховом полисе: в здании, помещении, на земельном участке и т. п. В случае экспериментальных и исследовательских работ, экспонирования имущества на выставках местом страхования является место проведения этих работ и выставок, что указывается в договоре страхования имущества, и оформляется отдельный страховой полис.

Объектом страхования имущества являются имущественные интересы страхователя (выгодоприобретателя), связанные с утратой (гибелью) или повреждением имущества, принадлежащего страхователю (выгодоприобретателю) на правах собственности или иных законных основаниях:

- основные фонды (здания, сооружения, передаточные устройства, машины и оборудование и другое имущество, относящееся к основным фондам);
- оборотные средства (производственные и товарные запасы, готовая продукция, товары, незавершенное производство);

• малоценные и быстроизнашиваемые предметы;

• объекты незавершенного капитального строительства.

Застрахованным считается имущество, указанное в прилагаемой к договору описи.

Не принимаются на страхование:

• транспортные средства, используемые в дорожном движении и подлежащие страхованию на отдельных условиях;

• наличная национальная и (или) иностранная валюта, а также документы, дающие право на получение денег;

• аварийные, ветхие здания и сооружения, а также находящееся в них имущество;

• имущество, которому угрожают стихийные бедствия, с момента объявления о такой угрозе.

К ***страховым случаям*** по договору страхования имущества относятся повреждение, утрата (гибель) застрахованного имущества, наступившие вследствие: пожара, удара молнии, падения пилотируемых летательных объектов, их частей или груза.

Под *пожаром* подразумевается неконтролируемое горение, причиняющее материальный ущерб. Ущерб от повреждений огнем, возникший не в результате техногенного пожара, а также ущерб, причиненный застрахованному имуществу в результате его обработки огнем, теплом или иным термическим воздействием на него с целью изменения его свойств или с другими целями в соответствии с технологическим процессом (например, для сушки, варения, глажения, копчения, жарения, горячей обработки или плавления металлов и т. д.), не покрывается страховкой и возмещению не подлежит.

Под *ударом молнии* понимается прямое попадание молнии (молния — это электрический разряд в атмосфере между облаками или облаком и землей) в имущество (тепловое воздействие, давление воздуха и т. п.), вызывающее его повреждение, утрату (гибель), независимо от возникновения пожара.

Ущерб в связи с повреждением, утратой (гибелью) застрахованного имущества от *падения пилотируемых летательных объектов, их частей или груза* возмещается независимо от того,

идет ли речь об ущербе от пожара, взрыва, столкновения или давления воздуха.

Страхованием покрываются также ущербы, возникающие от непосредственного воздействия на застрахованное имущество явлений, в результате страхового случая, таких как дым, высокая температура, давление газа или воздуха.

Страхование по дополнительным рискам может осуществляться только при условии включения в договор страхования имущества одного из основных рисков.

Не является страховым случаем и не возмещается ущерб, произошедший вследствие:

• самовозгорания, брожения, гниения, коррозии или других естественных свойств застрахованного имущества;

• обвала зданий, сооружений или их части, если обвал не вызван одной из указанных в договоре страхования имущества причин;

• кражи или расхищения имущества во время или непосредственно после страхового случая;

• использования неисправного оборудования или установок;

• невыполнения страхователем установленных правил и норм содержания, эксплуатации, хранения и охраны застрахованного имущества.

Определение страховой стоимости принимаемого на страхование имущества производится в следующем порядке.

Страховой стоимостью имущества, относимого к основным фондам, малоценным и быстроизнашивающимся предметам, является его восстановительная стоимость за вычетом износа.

Страховой стоимостью имущества, относимого к оборотным фондам, а также к готовой продукции, является:

• по товарно-материальным ценностям собственного производства — их полная себестоимость;

• по приобретаемым товарно-материальным ценностям — цена их приобретения с учетом расходов страхователя на их сортировку, упаковку и др.;

• по объектам незавершенного производства — полная себестоимость готового объекта (продукции) согласно калькуляции или аналогичным документам.

Страховая стоимость полностью амортизированного имущества определяется в размере стоимости, определенной экспертизой.

Страховая стоимость и страховая сумма устанавливаются отдельно по каждому страхуемому виду имущества или по совокупности однородных видов имущества или предметов (группам, категориям имущества), указанным в договоре страхования имущества.

8.3.2. Порядок заключения договора страхования имущества юридических лиц и условия выплаты страхового возмещения

Договор страхования имущества заключается на основании письменного заявления страхователя и оформляется в письменной форме путем выдачи страхового полиса.

При заключении договора страхования составляется опись страхуемого имущества. Опись должна содержать: наименование имущества, принимаемого на страхование; страховую стоимость, страховую сумму и т. д.

При заключении договора страхования имущества страхователь обязан сообщить страховой компании обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), в отношении принимаемого на страхование имущества, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховой компании.

Страхователь (выгодоприобретатель) обязан документально подтвердить свое право собственности либо иное законное основание на имущество, подлежащее страхованию.

Факт заключения договора страхования имущества удостоверяется выдачей страховой компанией страхователю Правил страхования имущества и страхового полиса, подписанного страховщиком.

Договор страхования имущества прекращается в случаях:

• истечения срока действия договора;

• исполнения страховой компанией обязательств перед страхователем по договору страхования имущества в полном объеме;

• неуплаты страхователем страховой премии в установленные договором сроки и в установленном размере;

• ликвидации, реорганизации страхователя — юридического лица в установленном законом порядке;

• по соглашению страховой компании и страхователя, оформленному в письменном виде;

• прекращения в установленном порядке предпринимательской деятельности лицом, застраховавшим имущество.

Договор страхования имущества может быть прекращен досрочно, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и страхование риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. К таким обстоятельствам, например, относится гибель застрахованного имущества по причинам иным, чем наступление страхового случая.

В случае досрочного прекращения договора страхования имущества по инициативе страхователя уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату.

8.4. Добровольное страхование имущества граждан

8.4.1. Общие принципы добровольного страхования имущества граждан

По договору страхования имущества граждан страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), причиненные вследствие этого события убытки в застрахованном имуществе (выплатить страховое возмещение) в пределах определенной договором страховой суммы.

Страхователями по договору страхования имущества граждан могут быть:

• дееспособные физические лица (в том числе и иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Российской Федерации), владеющие имуществом на праве собственности, аренды и т. д.;

• юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, заключившие со страховщиком договор страхования имущества граждан (третьих лиц) в пользу последних.

По договору страхования могут быть застрахованы имущественные интересы страхователя, связанные с владением, пользованием и распоряжением имуществом, вследствие его повреждения, гибели (утраты, уничтожения).

К имуществу граждан, подлежащему страхованию, относятся:

• дачные, жилые и хозяйственные строения (сооружения, ограждения), включая внешнюю и внутреннюю отделку, и инженерное оборудование;

• жилые помещения в многоквартирных домах, принадлежащие физическим лицам на праве собственности, государственного, муниципального, ведомственного жилищного фонда и т. п., предоставленные гражданам по договору найма, аренды жилого помещения либо на ином законном основании;

• отдельно внутренняя отделка жилых помещений и строений, включая отделку балконов и лоджий, а также инженерное оборудование;

• домашнее имущество, в том числе предметы домашней обстановки, обихода и потребления, используемые в личном хозяйстве (мебель, одежда, бытовая техника и т. п.).

Страхование имущества граждан не распространяется:

• на наличные деньги в российской и иностранной валюте;

• акции, облигации и другие ценные бумаги;

• рукописи, фотоснимки, негативы, планы, схемы, чертежи и иные документы, бухгалтерские и деловые книги, а также находящуюся в них информацию;

• модели, макеты, образцы, формы и др.;

• технические носители информации, в частности магнитные пленки и кассеты, магнитные диски, блоки памяти и т. д. и находящуюся на них информацию;

• оружие, боеприпасы и орудия лова;

• средства транспорта, подлежащие обязательной регистрации в органах ГИБДД;

• домашние животные;

• продукты питания.

Если это особо не предусмотрено в договоре, настоящее страхование не распространяется:

• на изделия из драгоценных металлов; драгоценных, полудрагоценных и поделочных (камней); драгоценные и редкоземельные металлы в проволоке, слитках, песке, самородках и драгоценные камни без огранки и оправ;

• антиквариат, коллекции марок, монет, денежных знаков, бонов и другие коллекции, а также рисунки, картины, скульптуры и другие произведения искусства;

• объекты незавершенного строительства;

• растения;

• предметы, закрепленные на наружной стороне зданий и сооружений (мачты, антенны, открытые электропровода и т. д.);

• технические средства (газонокосилки, мотокультиваторы и т. п.), транспортные средства, не подлежащие регистрации в ГИБДД — скутеры, снегоходы и другое имущество;

• насосные установки, очистные сооружения;

• передвижные строительные, сельскохозяйственные машины, мопеды, прицепы, жилые вагончики, передвижные принадлежности.

Не считаются застрахованными здания и сооружения, а также находящееся в них имущество, если они:

• признаны компетентными государственными органами находящимися в аварийном состоянии;

• находятся в зоне, официально признанной компетентными государственными органами на момент страхования зоной возможного стихийного бедствия.

8.4.2. События, подлежащие страхованию по договору страхования имущества граждан

Имущество может быть застраховано на случай его повреждения, гибели (утраты, уничтожения) вследствие наступления таких событий (страховых рисков), как:

1) ***пожар***. При пожаре страховой защитой не покрывается:

• ущерб, причиненный застрахованному имуществу в результате обработки огнем, теплом или иного термического воздействия с целью переработки или в иных целях (например, для сушки, варения, глажения, копчения, жарения и горячей обработки и т. д.);

• ущерб, причиненный вследствие возгорания бытовых электроприборов, электронной аппаратуры и оргтехники, если данное возгорание не явилось причиной возникновения дальнейшего пожара;

• убытки от повреждений огнем, возникшие не в результате пожара;

2) ***удар молнии***;

3) ***падение на застрахованное имущество пилотируемых летательных аппаратов или их частей***, в том числе: падение самолетов, вертолетов, космических аппаратов, аэростатов, дирижаблей и т. п., их частей или их груза на застрахованное имущество, воздействие звуковых волн, произведенных летательными аппаратами;

4) ***взрыв***. Под взрывом понимается стремительно протекающий процесс, сопровождающийся разрушительными воздействиями расширяющихся газов или паров, вызванный освобождением или выделением большого количества энергии в ограниченном объеме за короткий промежуток времени. При этом возмещаются убытки от гибели или повреждения застрахованного имущества в результате взрыва паровых котлов, газопроводов, аппаратов и других аналогичных устройств;

5) ***стихийное бедствие***. К стихийным бедствиям относятся: ливень, град, сильный снегопад, если они носят особо опасный характер и являются необычными для данной местности; наводнение; затопление; землетрясение; оползень; обвал; сель,

оседание (просадка) грунта; необычное для данной местности действие подпочвенных вод; вихрь, буря, ураган, смерч, шторм и иное движение воздушных масс, вызванное естественными процессами в атмосфере со скоростью ветра свыше 80 км/ч. При этом не возмещается ущерб, возникший вследствие проникновения в застрахованное помещение или строение дождя, снега, града и грязи через незакрытые окна, двери, а также отверстия, сделанные преднамеренно или возникшие вследствие ветхости или строительных дефектов;

6) ***заливание.*** Заливание, явившееся следствием аварий в системах водоснабжения, отопления, канализации или проникновение воды или других жидкостей на территорию страхования из других помещений. При этом *страховой защитой не покрываются*:

• ущерб, возникший вследствие влажности внутри помещения, здания (плесень, грибок и т. п.);

• ущерб, причиненный мерами пожаротушения, применяемыми для предотвращения дальнейшего распространения огня, если страховое покрытие по договору страхования не включает риск “пожар”;

• ущерб, возникший вследствие затопления имущества, хранящегося в подвальных или иных заглубленных помещениях на расстоянии менее 20 см от поверхности пола;

• ущерб, причиненный резервуарам, жидконесущим системам и сантехническому оборудованию в результате противоправных действий третьих лиц на территории страхования, если страховое покрытие по договору страхования не включает риск “злоумышленные (противоправные) действия третьих лиц”;

• ущерб, причиненный вследствие расширения жидкостей от перепадов температуры;

7) ***кража со взломом, грабеж и разбой***. Под *кражей со взломом* понимается такое хищение имущества, при котором имеются следы проникновения в закрытое помещение либо иное закрытое хранилище в пределах территории страхования, а также следы ухода из указанного помещения (куда злоумыш-

ленник проник обычным путем и где тайно оставался с целью совершения хищения до его закрытия):

• через отверстия, не предназначенные в обычной обстановке для проникновения людей (например, через вентиляционные отверстия);

• посредством проделывания отверстий в перегородках, стенах, крышах и т. д.;

• посредством взламывания дверей, повреждения окон, применения отмычек, поддельных ключей или иных технических средств. Не считаются поддельными ключи, изготовленные их владельцем (либо иными лицами по поручению владельца) на основании оригиналов ключей;

• посредством использования ключей владельцев (оригиналов или дубликатов), похищенных им в результате кражи со взломом, простой кражи или в результате разбоя или грабежа.

Под *грабежом* понимается такое хищение имущества, при котором оно совершается открыто с применением к страхователю (выгодоприобретателю) либо уполномоченному им в отношении застрахованного имущества лицу насилия, не опасного для жизни или здоровья либо связанного с угрозой применения такого насилия в пределах территории страхования.

Под *разбоем* понимается такое хищение имущества, при котором оно совершается с применением по отношению к страхователю (выгодоприобретателю) либо уполномоченному им в отношении застрахованного имущества лицу насилия, опасного для жизни или здоровья, либо связано с угрозой применения такого насилия в пределах территории страхования;

8) ***злоумышленные (противоправные) действия третьих лиц***, направленные на повреждение или уничтожение застрахованного имущества, в том числе ущерб, выразившийся в бое оконных стекол, зеркал, витрин и других изделий из стекла (если это особо предусмотрено договором). При этом страхование не распространяется на убытки, явившиеся следствием действий страхователя (выгодоприобретателя), членов семьи и работающих у него лиц.

При этом страховой защитой не покрывается:

• ущерб, возникший в результате воздействия огня от пожара, вызванного поджогом, если страховое покрытие по договору страхования не включает риск “пожар”;

• ущерб, возникший в результате воздействия воды и (или) других жидкостей, распространившихся из резервуаров, жидконесущих систем и сантехнической арматуры, поврежденных в результате противоправных действий третьих лиц, если страховое покрытие по договору страхования не включает риск “залив”;

• ущерб, возникший в результате взрыва, если взрыв не был вызван умышленным подрывом взрывных устройств и (или) боеприпасов и если страховое покрытие по договору страхования не включает риск “взрыв”;

9) ***наезд транспортных средств***. Наезд транспортных средств, принадлежащих страхователю (выгодоприобретателю);

10) ***повреждение***. Под повреждением понимается возникновение ущерба в результате внезапного механического воздействия непредвиденных физических сил при отсутствии прямой причинной связи с действиями страхователя (выгодоприобретателя).

При этом *страховой защитой не покрывается:* ущерб, возникший от падения конструктивных элементов и обломков (частей) объекта страхования, вызванного его частичным разрушением или повреждением вследствие ветхости (износа) этого объекта и (или) производственных (строительных) дефектов.

Если это особо не предусмотрено договором, страховой защитой не покрывается: ущерб, вызванный проведением страхователем строительных, ремонтных, взрывных работ, выемкой грунта, засыпкой пустот или проведением земленасыпных работ.

Имущество граждан считается застрахованным только в тех строениях (жилых помещениях), которые находятся по адресу, указанному в договоре страхования (территория страхования). Если застрахованное имущество перемещают на другую тер-

риторию, договор страхования в отношении перемещенного имущества не действует.

8.4.3. Страховая сумма и страховая стоимость

Сумма, в пределах которой страховщик обязуется выплатить страховое возмещение при наступлении страхового случая ***(страховая сумма)***, определяется соглашением между страхователем и страховщиком.

Страховая сумма не должна превышать действительной (страховой) стоимости объекта, принимаемого на страхование.

Страховая стоимость имущества устанавливается соглашением сторон в размере его действительной стоимости с учетом цен, сложившихся в данной местности на рынках подрядных работ, строительных материалов, товаров народного потребления и т. д., если иное не предусмотрено в договоре страхования.

Если страхователь не произвел распределение стоимости принимаемых на страхование объектов по элементам строения и внутренней отделки, то страховщик возмещает убытки, вызванные гибелью или повреждением объектов, в пределах удельных весов (в %) этих элементов в страховой сумме, согласно данным, приведенным ниже.

а) при страховании строений

Элемент строения	*Удельный вес (в %)*
Фундамент	14
Стены несущие	27
Полы, перекрытия	19
Крыша (кровля)	6
Окна, двери	11
Отделка	11
Прочее	14

б) при страховании внутренней отделки жилых помещений и инженерного оборудования

Элементы внутренней отделки	*Удельный вес (в %)*
Пол	34
Потолок	10
Стены, встроенная мебель	30

Заполнение проемов (окна, двери) 14
Инженерное оборудование 12

Страхователь при заключении договора страхования может изменить вышеуказанные удельные веса по согласованию со страховщиком.

8.4.4. Порядок заключения и прекращения договора страхования имущества граждан

Договор страхования имущества заключается на срок от 1 до 12 месяцев. По желанию страхователя договор страхования может быть заключен и на более длительный срок.

Страховщик, если сочтет это необходимым, проводит осмотр страхуемого имущества, проверяя его состояние (наличие, целостность, исправность, условия эксплуатации или хранения, степень износа), соответствие заявленной и действительной стоимостей имущества, оценивает возможные страховые риски, запрашивает у страхователя дополнительные сведения, позволяющие судить о степени риска, а также может назначить экспертизу в целях установления действительной стоимости страхуемого имущества.

Если страхуемое имущество принадлежит страхователю на праве общей долевой собственности, то в заявлении на страхование страхователь обязан указать остальных собственников этого имущества и предъявить соответствующие документы, подтверждающие его долю в общей долевой собственности. Если в представленных документах размер доли не указан, то в соответствии с законом доли собственников считаются равными.

Договор страхования должен быть заключен в письменной форме.

При заключении договора страхования оформляется перечень или опись застрахованного имущества с указанием стоимости объектов страхования и выбранных рисков.

Договор страхования прекращается в случаях:

• истечения срока, на который был заключен договор;

• исполнения страховщиком обязательства по страховой выплате в размере страховой суммы, установленной в договоре;

• неуплаты страховщику страховой премии в установленные договором срок и размер, если не была предоставлена отсрочка об уплате;

• ликвидации страховщика в соответствии с установленными законом порядком и условиями;

• смерти страхователя;

• признания договора страхования недействительным по решению суда.

Договор страхования может быть прекращен *досрочно* в случае отказа страхователя от договора страхования, а также расторгнут по соглашению сторон.

При досрочном расторжении договора страхования по соглашению сторон страховщик возвращает страхователю часть страховых взносов, пропорциональную оставшемуся периоду страхования, за вычетом расходов страховщика по настоящему договору, если иное не предусмотрено законом или соглашением сторон.

8.4.5. Определение размера ущерба и выплата страхового возмещения

При наступлении страхового случая страховщик возмещает страхователю или выгодоприобретателю убытки, причиненные страховым случаем.

Ущерб при наступлении страхового случая определяется:

• при полной гибели, утрате, уничтожении имущества — в размере его страховой стоимости (но не более страховой суммы), при гибели имущества — за вычетом стоимости имеющихся остатков, пригодных для дальнейшего использования;

• при повреждении имущества — в размере затрат на его восстановление.

Затраты на восстановление *включают* в себя:

• расходы на материалы и запасные части, необходимые для восстановления имущества;

• расходы на оплату работ по восстановлению;

• расходы по доставке материалов к месту ремонта и другие расходы, необходимые для восстановления застрахованного объ-

екта в том состоянии, в котором он находился непосредственно перед наступлением страхового случая.

Затраты на восстановление *не включают* в себя:

• расходы, связанные с изменениями и (или) улучшением застрахованного объекта;

• расходы, вызванные временным (вспомогательным) ремонтом.

В том случае, если страхователю было возвращено похищенное застрахованное имущество, он обязан вернуть страховщику полученное за них страховое возмещение за вычетом связанных с похищением расходов на ремонт или приведение в порядок возвращенного имущества. В случае если страхователь отказывается вернуть страховое возмещение, все права на это имущество переходят к страховщику.

8.5. Страхование ипотечных рисков

8.5.1. Ипотечное страхование в России на современном этапе

Полноправным сегментом российского страхового рынка по объемам страховой премии в настоящее время становится ипотечное страхование. Объем премий по ипотечному страхованию, включающему в себя страхование залога, личное страхование заемщика и титульное страхование, составил в 2006 г. 1,4–2 млрд руб. Прирост премии по сравнению с 2005 г., — более чем трехкратный (рис. 8.4).

В отраслевой структуре российского рынка страхования за счет физических лиц ипотечное страхование по объему страховой премии уже вышло на уровень страхования туристов, опередив добровольное страхование ответственности владельцев автотранспортных средств и страхование финансовых рисков граждан.

Развитие рынка ипотечного страхования находится в прямой зависимости от темпов роста как в целом ипотечного кредитования, так и отдельных составляющих инфраструктуры ипотечного рынка, куда входят ипотечные банки и другие участники системы ипотечного жилищного кредитования.

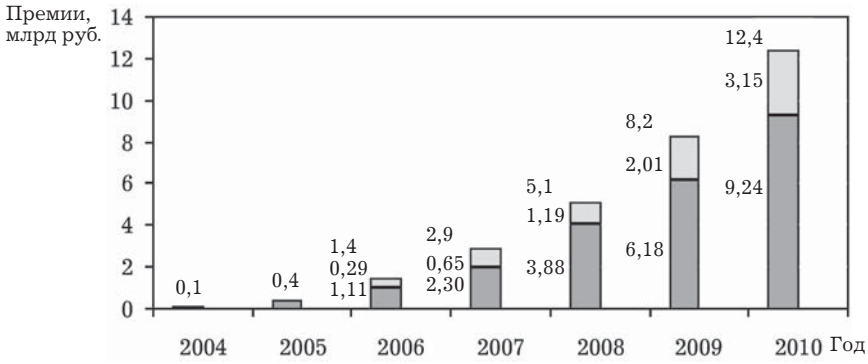


Рис. 8.4. Премии по ипотечному страхованию

Анализ нормативно-правовой базы, регулирующей страховые отношения в Российской Федерации, показал, что в российском законодательстве нет единого понятия и категории ипотечного страхования. Оно разделено на отдельные виды и разгруппировано по всем отраслям страхования. В настоящей работе под ***ипотечным страхованием*** понимается страхование присущих ипотечной деятельности рисков, относящихся к категории страховых. Основные риски, которым подвергаются участники ипотечной деятельности, представлены на рис. 8.5.

С точки зрения возможности страхования среди вышеперечисленных рисков кредитные риски и риски неисполнения обязательств заемщиком относятся к категории страховых (рис. 8.6).

В российской практике ипотечное страхование включает в себя стандартный набор требований, предусматривающий защиту от следующих рисков:

смерти и утраты трудоспособности заемщика;

утраты и повреждения предмета залога;

прекращения или ограничения права собственности (титула) на приобретаемый объект недвижимости.

Несмотря на то что в сферу интересов кредитора не входит забота о состоянии здоровья клиента, банк требует от заемщика *страхования жизни и трудоспособности*. Страховой полис, по которому компания возместит банку неоплаченную часть



Рис. 8.5. Риски, присущие ипотечной деятельности

кредита, поможет заемщику и его семье избежать финансовых трудностей при погашении кредита в случае потери работы или невозможности трудиться из-за травмы, болезни или несчастного случая.

Стандартный вариант страхования жизни — страхование риска смерти заемщика (по любой причине) и наступления инвалидности I и II группы. Учитывая долгосрочный характер ипотеки, страховая компания особое внимание уделяет изучению состояния здоровья заемщика, принимая во внимание его возраст и профессию.



Рис. 8.6. Страховые риски, присущие ипотечной деятельности

Страхование имущества, заложенного по договору об ипотеке, регламентируется ст. 31 ФЗ "Об ипотеке (залоге недвижимости)". Страхование производится от рисков утраты и повреждения заложенного имущества. Расходы по страхованию несет залогодатель. Заложенное имущество страхуется в полной стоимости от рисков утраты и повреждения, а если полная стоимость имущества превышает размер обязательства, то на сумму не ниже суммы этого обязательства.

Как правило, при заключении договора ипотеки банки требуют от заемщика заключения договора титульного страхования. Этот вид страхования обеспечивает возмещение убытков кредитора в случае утраты заемщиком права собственности

на заложенную недвижимость. Основное отличие титульного страхования от других заключается в том, что оно защищает не от предполагаемых рисков, а от уже произошедших событий, которые не были известны и не проявились на момент заключения договора страхования.

Титульное страхование облегчает и удешевляет получение банковского кредита на покупку недвижимости, так как снижает банковские административные расходы на предварительное изучение объекта недвижимости и его истории, а также значительно уменьшает кредитный риск. Кроме того, двойной независимый контроль за совершением сделки как со стороны риэлторской компании, так и со стороны страховщика позволяет избежать многих ошибок в процессе подготовки ипотечной сделки.

Страховым случаем, при котором страховая компания выплачивает денежное возмещение убытка (страхового возмещения), является решение суда, лишающее собственника права собственности на недвижимость. Страховая компания полностью возместит собственнику его финансовые убытки в случае признания судом последней или предыдущей сделки с недвижимостью недействительной. Перечень страховых случаев, при которых *сделка может быть признана недействительной,* включает в себя:

• сделку, совершенную гражданином, неспособным понимать значение своих действий или руководить ими в момент совершения сделки;

• сделку, совершенную под влиянием заблуждения;

• сделку, совершенную под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителей сторон сделки или стечения тяжелых обстоятельств;

• сделку, совершенную гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства;

• сделку, совершенную несовершеннолетним без согласия органов опеки и попечительства или с согласия такого органа, но существенно нарушающую права ребенка;

• сделку, совершенную гражданином, ограниченным судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами.

Однако в июле 2006 г. Банк Москвы отменил обязательство страхования титульных рисков. К тому же с 27 июля 2006 г. действует новая редакция Федерального закона "Об ипотечных ценных бумагах", в которой исключается положение о страховании заемщиком — физическим лицом жизни и здоровья.

Необходимо отметить, что ст. 31 Федерального закона "Об ипотеке (залоге недвижимости)" предусматривает возможность страхования заложенного имущества и *страхования ответственности заемщика за невозврат кредита*. Данная статья описывает страховой случай при ипотечном страховании и лимитирует размер страховой суммы (20% от стоимости заложенного имущества) (п. 4 ст. 31 ФЗ "Об ипотеке (залоге недвижимости)").

Развитие в России страхования ответственности за невозврат кредита позволяет семьям приобретать новое жилье без необходимости продажи своей старой квартиры для формирования первоначального взноса. Описанная возможность значительно расширяет круг заемщиков и позволяет уже в среднесрочной перспективе улучшать жилищные условия тысяч российских семей. Разработка и внедрение программ страхования ответственности заемщика за невозврат ипотечного кредита стимулирует развитие рынка кредитования и значительно расширяет круг потенциальных заемщиков, желающих приобрести жилье по ипотечной схеме, снижает риски банков и рынка в целом, способствует увеличению количества выданных кредитов.

Кроме того, страхование облегчает получение банковского кредита на покупку недвижимости, так как снижает банковские административные расходы на предварительное изучение объекта недвижимости и его истории, а также значительно уменьшает кредитный риск.

Изучение опыта стран, имеющих развитые ипотечные рынки, подтверждает, что банковский риск зависит и от доли кредита в стоимости залога (LTV). Чем больше его величина, тем больший кредитный риск банк берет на себя. Возрастает риск того, что в случае обращения взыскания на предмет зало-

га и реализации его с торгов банку не удастся компенсировать свои потери — расходы, связанные с обращением взыскания, продажей имущества и другие издержки, возникающие у кредитора в связи с дефолтом заемщика (просроченные проценты по кредиту, остаток невыплаченного долга).

В последние десятилетия в мире становится все больше кредитных продуктов, характеризующихся более высоким уровнем соотношения суммы кредита и стоимости залога. С недавнего времени некоторые российские банки (Банк Москвы, Внешторгбанк и др.) предоставляют жилищные кредиты без первоначального взноса. Это значительно расширяет клиентскую базу, увеличивает число заемщиков и объемов кредитования благодаря возможности предоставления ипотечных кредитов гражданам, которые, имея необходимые для погашения кредита стабильные доходы, не имеют накоплений для внесения требуемого банками первоначального взноса.

Увеличивая сумму кредита по отношению к стоимости залога, банки стараются снизить возникающие при этом риски и застраховать себя от возможных потерь в случае неплатежеспособности заемщика. Поэтому кредитные продукты сопровождаются требованием страхования ипотечных рисков.

Однако проблема накопления первоначального взноса в нашей стране является не единственной. Дело в том, что при выдаче ипотечного кредита страховая премия должна учитываться при расчете достаточности месячного дохода заемщика. Поэтому чем меньше первоначальный взнос и чем, соответственно, больше страхуемая сумма, тем больше будет размер страховых платежей и, следовательно, суммарных выплат по ипотечному кредиту. К тому же проблема большинства российских заемщиков заключается в недостаточности подтвержденного месячного дохода. Если у заемщика не хватает дохода для получения стандартного ипотечного кредита, то этого дохода тем более не хватит для получения ипотечного кредита с пониженным первоначальным взносом и страховыми платежами.

Кроме того, страхование ипотечных рисков обеспечивает защиту не заемщика, а кредитора или инвестора от убытков,

возникающих в связи с неисполнением заемщиком обязательств по кредиту (невыплатой кредита), когда выручки от реализации заложенного в обеспечение кредита имущества недостаточно для удовлетворения требований кредитора.

Одним из самых главных решений при страховании ипотечных рисков является установление доли общей суммы кредита, которая будет застрахована от убытков. Несмотря на то что на первый взгляд кажется вполне обоснованным предоставление 100%-ного страхового покрытия, существует ряд причин, предусматривающих страхование меньшей суммы. Связано это с необходимостью заставить кредитора принять на себя часть кредитных рисков, прежде всего потому, что он может контролировать вероятность возникновения рисков как в ходе проведения первоначального андеррайтинга кредита, так и в ходе его последующего обслуживания и сбора платежей.

8.5.2. Практика страхования ипотечных рисков в странах с развитой рыночной экономикой

В большинстве стран ипотечное страхование является монотипным — т. е. согласно уставу компания или программа может заниматься только одним видом страхования (в отличие от мультистраховых компаний). Важной отличительной чертой монотипного страхования является разделение резервов на капитальный фонд и фонд для покрытия убытков с целью покрытия только тех рисков, которые возникают в результате осуществления единственного вида страхования.

Для ипотечного страхового фонда независимо от того, кто его финансирует — государство или частный капитал, крайне желательно ограничить свою деятельность только одним видом страхования. По сути, страхуемый риск есть не что иное, как защита от последствий экономического кризиса. Методы определения цен, резервирования средств, проведение андеррайтинга и анализа, применяемые при страховании ипотечных рисков, сильно отличаются от тех, что применяются при других видах страхования. Кроме того, наличие отдельного резервного фонда ипотечного страхования позволяет внешним регулирующим

органам и рейтинговым агентствам надлежащим образом оценивать и, если нужно, моделировать в долгосрочной перспективе адекватность капитальных резервов на случай возникновения серьезного экономического кризиса.

Регулирование рискового капитала осуществляется прежде всего в сфере ипотечного страхования и направлено на то, чтобы общая сумма неоплаченных страховых рисков не превышала определенного коэффициента. Это требование к минимальному капиталу заметно отличается от того, которое используется в большинстве других программ страхования имущества, жизни или страхования от несчастных случаев. И на практике подразумевает необходимость иметь гораздо больший капитал по сравнению с суммами, принятыми на страхование, чем обычно предусматривается законами страны об общем страховании.

Большинство страховых компаний обязано иметь резервы на покрытие обычных убытков по страховым полисам, которые время от времени возникают на протяжении всего периода страхования. Например, может быть предусмотрено покрытие убытков, возникающих в результате потери работы, развода или иных негативных событий в жизни семьи-заемщика.

Средства же резервного фонда на случай непредвиденных расходов используются для выплаты страховых возмещений только при наступлении экономического кризиса или депрессии. Платежи из этого фонда могут проводиться лишь тогда, когда сумма выплаченных обычных страховых возмещений начинает превышать сумму полученных страховых премий, определяемых заранее установленным процентом. В этих случаях могут также использоваться особые резервы, предназначенные для выплаты налогов. Средства резервного фонда на случай непредвиденных расходов формируются из отчислений ипотечной страховой компанией определенного процента от всех поступающих к ней страховых взносов на специально открытый отдельный резервный счет, где они хранятся в течение многих лет.

В некоторых странах существуют специальные законы, предусматривающие необычные для страхового бизнеса запреты на выплату комиссионных за размещение кредитов страхуе-

мым лицом или его агентом в той или иной страховой компании. Запреты касаются выплаты каких бы то ни было финансовых поощрений, процентов и т. п., которые в целом рассматриваются как противоречащие интересам заемщика — покупателя жилья, который, не являясь прямым бенефициарием по страховому полису, несет расходы по оплате ипотечного страхования.

Кроме того, запрещается, прежде всего в США, передавать частные ипотечные страховые компании в собственность или под контроль кредиторов, пользующихся их услугами. Нормативное регулирование рисковых капиталовложений широко применяется на практике, поскольку государство стремится:

• не допустить перекладывания кредиторами неблагоприятного риска на страховщиков, когда кредитор, отбирая кредит, возлагает на страховщика только плохо просчитанные риски;

• избежать ситуации, когда количество выданных высокорискованных жилищных кредитов вырастает до уровня, способного нарушить платежеспособность регулируемых банков в период ухудшения общей экономической ситуации;

• использовать независимый источник капиталовложений в проведение андеррайтинга для осуществления систематического управления рисками.

Анализ опыта развития ипотечного страхования в странах с развитой рыночной экономикой подтверждает, что одной из правовых схем страхования ипотечных рисков является страхование предпринимательского риска банка, предоставившего ипотечный кредит. Банк вправе самостоятельно и без согласования с заемщиком заключить договор страхования предпринимательского риска со страховой компанией. В соответствии с этим договором банк страхует риск возникновения финансового ущерба вследствие невыполнения заемщиком своих обязательств по кредитному договору и невозможности получить полную компенсацию потерь в результате реализации предмета залога.

При данной схеме банк и страховая компания при заключении договора страхования предпринимательского риска определяют размеры страхового возмещения, страховую сумму, размеры страховой премии.

В рамках этой схемы в сумму страхового покрытия могут быть включены:

• расходы банка, связанные с проведением процедуры обращения взыскания на предмет залога и его реализацией;

• возможные расходы банка, связанные с поддержанием надлежащего технического состояния залогового жилого помещения до момента его реализации;

• оплата юридических услуг;

• другие возможные расходы банка, возникшие в результате дефолта заемщика и процедур, связанных с обращением взыскания и реализацией предмета залога, предусмотренные в договоре страхования;

• сумма платежей в соответствии со ставкой процента за пользование кредитом, включая пени и штрафы;

• остаток невыплаченной суммы основного долга.

В рамках договора страхования предпринимательского риска страховые премии вносятся банком из его доходов. Однако плата за страхование рисков непосредственно переносится на заемщика: премия по страхованию входит в платежи по вознаграждению за кредит, а это означает прямое увеличение процентной ставки по кредиту.

При реализации данной схемы в России необходимо учесть ряд особенностей российского законодательства, регулирующего сферу ипотечного кредитования в целом и вопросы обращения взыскания в случае некредитоспособности заемщика. Процедура обращения взыскания и реализации заложенного в обеспечение кредита жилого помещения может оказаться длительной. В результате финансовые расходы банка могут быть достаточно велики, что непосредственно скажется на сумме страхового возмещения. Поскольку статистика по дефолтам и судебная практика в этой сфере отсутствуют, потери страховых компаний в настоящий момент сложно прогнозировать. Это сказывается на ценовых параметрах подобного вида страхования.

С вступлением в действие части второй ГК РФ такое страхование стало невозможным. Дело в том, что ст. 932 ГК РФ допускает страхование ответственности за нарушение договора лишь

в случаях, предусмотренных законом. ГК РФ не содержит специальной нормы, предусматривающей страхование ответственности по кредитным договорам и по договорам займа вообще.

В настоящее время эта ситуация меняется благодаря изменениям в Законе "Об ипотеке (залоге недвижимости)". Новые редакции закона создают условия развития страхования кредитного риска при ипотечном жилищном кредитовании. Статья 31, п. 4 гласит, что "заемщик, являющийся залогодателем по договору об ипотеке, вправе застраховать риск своей ответственности перед кредитором за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства по возврату кредита.

Страховая сумма по договору страхования ответственности заемщика не должна превышать 20% стоимости заложенного имущества. Страховая премия уплачивается единовременно в сроки, установленные договором страхования. При отказе страхователя от договора страхования уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату.

Страховым случаем по договору страхования ответственности заемщика является факт предъявления к нему кредитором требования о погашении кредита при недостаточности у кредитора денежных средств, вырученных от реализации заложенного имущества и распределенных в порядке, установленном законодательством об ипотеке".

Страховое возмещение выплачивается кредитору в пределах страховой суммы и в соответствии с условиями, указанными в договоре между кредитором и страховой организацией. Страховое покрытие включает в себя непогашенный остаток основного долга, просроченные проценты, затраты на юридические услуги и неоплаченную часть имущественной страховки с момента наступления дефолта до завершения процедуры обращения взыскания.

Требования кредитора к заемщику состоят из стоимости юридических и других услуг при обращении взыскания по кредиту, просроченных налоговых платежей и страховых взносов,

расходов на содержание заложенного имущества, штрафов, пени, процентов, основного долга. Если вырученная от продажи заложенного имущества сумма меньше денежных требований банка-кредитора, у него возникают убытки в размере недостающей суммы.

В практике страхования ипотечных рисков в зависимости от условий страхования, зафиксированных в договоре страхования, страховщик покрывает ущерб банка полностью или частично. Таким образом, в сумму требования кредитора к страховой компании входит не только размер ущерба банка, связанного с невыполнением обязательств заемщика, но и финансовые расходы, связанные с процедурой обращения взыскания и реализацией предмета залога, к которым относятся:

• расходы на оплату юридических услуг и судебных издержек в связи с обращением взыскания на предмет залога;

• расходы на оплату налогов, связанных с предметом залога;

• расходы на оплату расходов на эксплуатацию залогового жилого имущества и жилищно-коммунальных расходов;

• расходы на поддержание залогового имущества в нормальном состоянии до поступления имущества на публичные торги.

К определению страхового случая, с наступления которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты, существует несколько подходов.

Наступление страхового случая в момент перехода права собственности на заложенное жилое помещение. Переход права собственности на предмет ипотеки происходит, как правило, в результате торгов, когда жилое помещение приобретено новым собственником и сделка зарегистрирована в учреждении юстиции по регистрации прав собственности на недвижимое имущество, или при приобретении заложенного имущества залогодержателем. Это означает, что пока торги не прошли и жилое помещение, являющееся предметом залога, не реализовано, право собственности на него остается у залогодателя.

После проведения торгов окончательно определяется выручка от реализации жилья и сумма, распределяемая в пользу банка-кредитора. В этот момент банк может полностью под-

считать свои фактические убытки, связанные с тем, что полученных по результатам торгов сумм от реализации имущества может оказаться недостаточно для покрытия всех понесенных им затрат. Банк определяет сумму понесенных убытков и расходов, страховая компания определяет размер возмещения, и в зависимости от установленной договором доли покрытия сумма страхового возмещения полностью или частично покрывает финансовые убытки кредитора.

Преимущества данной схемы заключаются в следующем:

• поскольку порядок определения страховой суммы предусматривает включение в нее всех оговоренных договором страхования расходов банка на момент получения результатов торгов, появляется возможность наиболее полно учесть интересы банка-кредитора и компенсировать понесенный ими в результате дефолта заемщика ущерб;

• страховая компания производит страховые выплаты, рассчитываемые на основе окончательных подсчетов убытков банка, и осуществляет страховое возмещение в пределах установленной доли покрытия;

• исключается возможность того, что сумма страхового возмещения превысит фактически понесенный банком ущерб.

Вместе с тем в данной схеме есть недостатки, к которым относятся следующие:

• процедуры обращения взыскания и реализации предмета залога могут негативно отражаться на оценке рисков и тарифах по страхованию;

• приведение к существенному увеличению размера страховых выплат может негативно сказываться на финансовой устойчивости и стабильности системы страхования ипотечных рисков;

• в случае возможного затягивания процедуры обращения взыскания и реализации имущества банк в течение всего этого периода несет достаточно большие расходы и может получить страховое возмещение только после окончания торгов и распределения полученных сумм.

Наступление страхового случая на первоначальном этапе установления дефолта заемщика и процедуры обращения взыскания на предмет залога. При данном подходе моментом страхового случая является факт наступления дефолта заемщика и принятия банком решения о начале процедуры обращения взыскания.

Преимущество данного подхода заключается в возможности определить момент наступления страхового случая на самой ранней стадии признания дефолта, когда связанный с ним финансовый ущерб банка, как правило, ограничен невыплаченным остатком основного долга и начисленной суммой вознаграждения за период просроченной задолженности. Данная схема позволяет определить момент наступления страхового случая с момента первой публикации объявления о торгах.

Преимущества этой схемы заключаются в следующем:

страховая сумма, устанавливаемая в договоре страхования, будет ограничена невыплаченным остатком основного долга, и обязательства страховой компании по выплате страхового возмещения будут носить более прогнозируемый как для нее самой, так и для банка характер;

выплата страхового возмещения банку последует значительно быстрее.

Поскольку к страховой компании после выплаты страхового возмещения банку-кредитору переходит право предъявления требований к заемщику (суброгация), она сама и будет осуществлять процесс реализации с последующим распределением выручки.

Необходимо учитывать и тот факт, что страховые компании, занимающиеся накопительным страхованием жизни, могут предложить своим страхователям более привлекательную схему взаимоотношений, при которой страхователь заключает договор смешанного страхования жизни в целях накопления средств для покупки квартиры или дома. Страховая компания, решившая заняться таким бизнесом, может заключить договор с риэлторской конторой или застройщиком о долевом финансировании строящихся объектов недвижимости. Естественно, что стоимость 1 м^2

жилья для страховщика, а затем и для страхователя-заемщика будет ниже. Накопив 30% от стоимости приобретаемой недвижимости, страхователь может получить ипотечный кредит, который является при этом и ссудой страхователю. Страховщик же может рефинансировать выданный кредит в Агентстве по ипотечному жилищному кредитованию или в специализированных фондах. Анализ библиографических источников показал, что ряд крупных российских страховых компаний уже приступил к реализации такой схемы. В этой связи хотелось бы отметить опыт Промышленно-страховой компании, разработавшей совместно с ЦЭМИ РАН программу ипотечного кредитования "Будущее — сегодня", которая позволяет использовать аккумулированные в рамках долгосрочного страхования жизни финансовые ресурсы в социально значимые проекты.

Российские страховщики реально могут обеспечить страховую защиту от всевозможных рисков, сопутствующих долгосрочному жилищному кредитованию, а также внести свою лепту в финансирование этой деятельности через программы накопительного страхования жизни. При этом возникают дополнительные возможности развития и повышения эффективности долгосрочного жилищного кредитования и ипотечной деятельности, связанные с огромным инвестиционным потенциалом российской национальной системы страхования, достигающим около 47–70 млрд руб., которые могут быть проинвестированы на достаточно длительный срок.

При правильном определении целей и структуры схема страхования ипотечных рисков может:

• облегчить получение банковского кредита на покупку недвижимости благодаря снижению банковских административных расходов на предварительное изучение объекта недвижимости и его истории;

• увеличить оборачиваемость капитала банков и возможность предоставления долгосрочных кредитов;

• внести значительный вклад в обеспечение финансовой посильности ипотечных кредитов для населения в связи со сни-

жением банковских рисков, что напрямую связано с процентной ставкой;

• значительно снизить размер страховых премий;

• сделать возможным повышение доли ипотечного кредита в общей стоимости имущества путем поглощения части кредитного риска, которая заставляет кредиторов требовать значительного первоначального взноса;

• служить стимулом для кредитования со стороны коммерческих банков.

8.6. Страхование банковских вкладов (депозитов)

8.6.1. Риски, связанные с банковской деятельностью

Банковская деятельность признается коммерческой деятельностью, т. е. такой, которая направлена на получение определенной прибыли. Коммерческие банки — высокорисковые кредитные институты, соотношение собственных и привлеченных средств превышает 1:20. Изучению банковских рисков посвящено много работ зарубежных и отечественных авторов. Однако отсутствие общепринятого понятия банковского риска приводит к тому, что зачастую, говоря о банковском риске, имеют в виду его числовой показатель, возможно, предназначенный для отражения риска в отчетности. Это затрудняет понимание взаимосвязей между разными рисками и их влиянием на экономические показатели деятельности банка.

Чаще всего *риск* определяется как возможность потерь в деятельности компании. Иначе говоря — опасность, вероятность убытка или ущерба. Эксперты также определяют риск как наступление какого-либо неблагоприятного события для организации: от относительно несущественных финансовых потерь до банкротства или потери бизнеса.

Под рисками банковской деятельности можно рассматривать возможность нарушения ликвидности и (или) финансовых потерь (убытков), связанную с внутренними и внешними факторами, влияющими на деятельность банка.

Положение Банка России от 16.12.2003 № 242-П определяет риск как присущую банковской деятельности возможность (вероятность) понесения кредитной организацией потерь и (или) ухудшения ликвидности вследствие наступления неблагоприятных событий, связанных с внутренними факторами (сложность организационной структуры, уровень квалификации служащих, организационные изменения, текучесть кадров и др.) и (или) внешними факторами (изменение экономических условий деятельности кредитной организации, применяемые технологии и др.).

Существует множество классификаций банковских рисков. Отметим те из них, которые считаются относительно устоявшимися и признанными большинством экономического сообщества.

По основным факторам возникновения различают экономические и политические банковские риски.

Политические риски — риски, обусловленные изменением политической обстановки, неблагоприятно влияющей на результаты деятельности предприятий (закрытие границ, запрет на вывоз товаров в другие страны, военные действия на территории страны и др.).

Экономические (коммерческие) риски — риски, обусловленные неблагоприятными изменениями в экономике самого банка или в экономике страны. Наиболее распространенным видом экономического риска, в котором сконцентрированы частные риски, является риск несбалансированной ликвидности (невозможность своевременно выполнять платежные обязательства). Экономические риски также представлены изменением конъюнктуры рынка, уровня управления.

Эти основные виды рисков связаны между собой, и зачастую на практике бывает достаточно трудно разделить их. Политические и экономические риски могут быть внешними и внутренними.

К ***внешним*** относятся риски, непосредственно не связанные с деятельностью банка или его контактной аудитории (контактные аудитории — социальные группы, юридические и (или) физиче-

ские лица, которые проявляют потенциальный и (или) реальный интерес к деятельности конкретного банка).

На уровень внешних рисков влияет очень много факторов — политических, экономических, демографических, социальных, географических и пр.

К ***внутренним*** относятся риски, обусловленные деятельностью самого банка, его клиентов (заемщиков) или его конкретных контрагентов. На этот уровень оказывают влияние деловая активность руководства самого банка, выбор оптимальной маркетинговой стратегии, политики и тактики и др.

В экономической литературе чаще всего представлен перечень финансовых рисков, которым так или иначе подвержены все кредитные организации (табл. 8.1).

Таблица 8.1

Классификация банковских рисков

Группа рисков	Класс риска	Категория риска
Внешние	Риски операционной среды	– нормативно-правовые риски – риски конкуренции – экономические риски – страновые риски
Внутренние	Риски управления	– риски мошенничества – риск неэффективной организации – риск неспособности руководства банка принимать твердые целесообразные решения – риск того, что банковская система вознаграждений не обеспечивает соответствующего стимула
	Риски поставки финансовых услуг	– технологический риск – операционный риск – риск внедрения новых финансовых инструментов – стратегический риск
	Финансовые риски	– риск процентной ставки – кредитный риск – риск ликвидности – внебалансовый риск – валютный риск – риск использования заемного капитала

Количественным выражением риска выступают потери банка, размер которых является показателем уровня рискованности предстоящего мероприятия и качества стратегии в области риска. Банковскими специалистами получение прибыли не рассматривается в качестве возможного следствия осуществления рискованных действий. Риск и потери, с одной стороны, противопоставляются возможности получения прибыли, с другой — потому что природа возникновения прибыли отлична от природы риска.

Для управления деятельностью коммерческих банков (КБ) существует система управления риском. Банки оценивают, какие риски и в каком объеме они могут принять на себя, определяют, оправдывает ли ожидаемая доходность соответствующий риск. На основе этого разрабатывают мероприятия, которые позволяют снизить влияние фактора риска.

Для вкладчиков основным риском является риск потери вложенных средств, а также риск убыточности, так как обычно высокодоходные вложения сопряжены с высоким уровнем риска, и наоборот.

8.6.2. Классификация депозитов

В России возможности банков в привлечении средств регулируются Центральным банком России и в настоящее время определяются исходя из размеров собственного капитала банка и его организационно-правовой формы.

Коммерческий банк может привлекать средства организаций, учреждений, населения и других банков в форме вкладов (депозитов) и открытия им соответствующих счетов.

Вклады (депозиты) — денежные средства, переданные в банк их собственником (в наличной или безналичной форме, в национальной или иностранной валюте) для хранения на определенных условиях. Операции, связанные с привлечением денежных средств во вклады, называются *депозитными*.

Депозитные счета бывают самыми разнообразными, и в основу их ***классификации*** могут быть положены такие критерии, как источники вкладов, их назначение, степень доходности и

др. Однако наиболее часто в качестве критерия выступают категория вкладчика и формы изъятия вклада. Классификация банковских вкладов приведена на рис. 8.7.

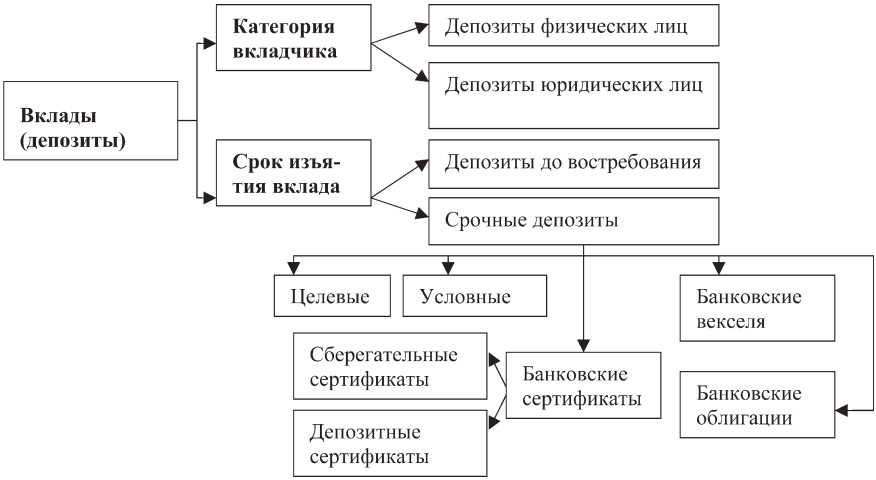


Рис. 8.7. Классификация банковских депозитов

В зависимости от *категории вкладчика* депозиты принято подразделять на две категории:

- депозиты физических лиц;
- депозиты юридических лиц (организаций, учреждений, других банков).

В свою очередь, депозиты как юридических, так и физических лиц по *форме изъятия средств* подразделяются:

- на срочные депозиты (обязательства, имеющие определенный срок);
- депозиты до востребования (обязательства, не имеющие конкретного срока).

Вклады до востребования размещаются в банках на разных счетах, открываемых клиентами. Они предназначены для осуществления текущих расчетов и в любой момент могут быть полностью или частично востребованы. Изъятие вкладов возможно как наличными деньгами, так и в форме безналичных расчетов.

Среди депозитов юридических лиц самым крупными источниками привлечения банком ресурсов в свой оборот являются средства клиентов на расчетных (текущих) счетах и на счетах банков-корреспондентов. По своей экономической сути эти счета являются депозитами до востребования. Депозиты до востребования предназначены для текущих расчетов. Инициатива открытия такого счета исходит от самих клиентов в связи с потребностью производить расчеты, совершать платежи и получать денежные средства в свое распоряжение. При регулярном использовании средств, хранящихся на текущих счетах, у клиентов все равно остаются определенные неиспользованные остатки. Это связано с оседанием средств на пассивных счетах в коммерческих банках в течение отрезка времени, установить который в момент их поступления на счет практически невозможно. Банк, открывая счет клиентам, использует кредитовые остатки по счетам для проведения активных кредитных операций.

Вклады до востребования в своей основе нестабильны, что ограничивает сферу их использования коммерческими банками. По этой причине владельцам счетов выплачивается низкий процент или он вообще не выплачивается. В условиях возросшей конкуренции по привлечению вкладов, коммерческие банки стремятся привлечь клиентов и стимулировать прирост вкладов до востребования путем предоставления дополнительных услуг владельцам счетов, а также повышая качество их обслуживания.

Режим работы данных счетов регулируется соответственно договором банковского счета и договором корреспондентского счета. Остатки средств на расчетных (текущих) счетах юридических лиц и корреспондентских счетах банков-корреспондентов являются достаточно подвижными, мобильными, что заставляет коммерческие банки в целях сохранения своей ликвидности при выполнении требований владельцев этих счетов постоянно держать на достаточном уровне свои высоколиквидные активы (денежные средства в кассе банка и на корреспондентском счете в Банке России, в государственных ценных бумагах и т. п.). Однако, невзирая на высокую подвижность средств на счетах

до востребования, имеется возможность определить их минимальный, неснижаемый остаток и использовать его в качестве стабильного кредитного ресурса.

Устойчивую величину своих временно свободных средств юридические лица могут разместить в банке на счетах срочных депозитов.

Срочные депозиты — это денежные средства, внесенные клиентом в банк на фиксированный срок с целью получения по ним дохода. Срочные депозиты не используются для осуществления текущих платежей. Уровень дохода по срочному депозиту определяется процентной ставкой, величина которой варьируется банком в зависимости от срока депозита (чем более долгий срок хранения вклада, тем выше процентная ставка по нему), а также он находится в прямой зависимости от величины самого депозита. В течение срока действия депозита дополнительные взносы от владельца не принимаются. При этом юридические лица не вправе перечислять находящиеся во вкладах (депозитах) денежные средства другим лицам. То обстоятельство, что владелец срочного вклада может распоряжаться им только по истечении оговоренного срока, не исключает возможности досрочного получения в банке своих денежных средств. Однако в этом случае у клиента понижается размер процента по вкладу. Банк заинтересован в привлечении срочных вкладов, так как они стабильны и позволяют банку располагать средствами вкладчиков в течение длительного времени.

Внесение средств на срочный депозит оформляется специальным договором — *договором банковского вклада (депозита),* который обязательно должен составляться в письменной форме. Банки самостоятельно разрабатывают форму депозитного договора, которая по каждому отдельному виду вклада (депозита) носит типовой характер. Многие банки устанавливают минимальный размер срочного депозита (вклада), величина которого зависит от ориентации банка на мелкого, среднего или крупного клиента. Если вкладчик пожелает изменить сумму вклада или его срок, то он должен расторгнуть действующий договор, изъять и переоформить свой вклад на новых условиях.

Срочные вклады подразделяются на целевые и условные вклады. *Целевые* должны использоваться на оговоренные в договоре цели. *Условные* — средства, подлежащие изъятию при наступлении заранее оговоренных условий. Они вносятся и изымаются в полной сумме или частично. Это могут быть вклады, выплата по которым приурочена к отпуску, дню рождения, так называемые новогодние вклады. Особенно популярны указанные виды вкладов в развитых странах.

Кроме того, разновидностью срочного вклада являются банковские сертификаты и банковские векселя — собственные долговые обязательства банка. Для привлечения заемных средств банки могут выпускать собственные *облигации*, которые являются эмиссионной ценной бумагой, размещаются среди широкого круга лиц и приносят их владельцам определенный доход.

Банковские сертификаты подразделяются на сберегательные и депозитные сертификаты. *Сберегательный (депозитный) сертификат* является ценной бумагой, удостоверяющей сумму вклада, внесенного в банк, и права вкладчика (держателя сертификата) на получение по истечении установленного срока суммы вклада и обусловленных в сертификате процентов в банке, выдавшем сертификат, или в любом филиале этого банка. Депозитный сертификат может быть выдан только юридическим лицам, а сберегательный — только физическим лицам. Их владельцами могут быть резиденты и нерезиденты. Выпускаться сертификаты российских банков могут только в валюте Российской Федерации и обращаться соответственно только на ее территории. Банковские сертификаты не могут использоваться как средство платежа в расчетах за товары и услуги. Они выполняют лишь функцию средства накопления. По истечении срока действия сертификата его владельцу (держателю) банк возвращает сумму вклада и выплачивает доход исходя из величины установленной процентной ставки, срока и суммы вклада, внесенной на отдельный банковский счет.

Депозитные сертификаты рассчитаны на точно зафиксированный период привлечения средств. Впервые их ввели в оборот в 1961 г. в США. Владельцам счетов выдаются специаль-

ные именные свидетельства (сертификаты), в которых указаны срок погашения и процентная ставка. Депозитные сертификаты — это письменное свидетельство о депонировании в банке определенной достаточно крупной суммы денег (например, в практике работы банков США — не менее 100 тыс. долл., в Великобритании — от 70 тыс. до 270 тыс. фунтов стерлингов), в котором указывается срок его обязательного обратного выкупа банком и размер выплачиваемой при этом надбавки. Российские коммерческие банки стали выпускать депозитные сертификаты с 1991 г.

Кроме деления сертификатов на депозитные и сберегательные в зависимости от категории вкладчиков сертификаты можно классифицировать и по другим признакам.

По способу выпуска:

- выпускаемые в разовом порядке;
- выпускаемые сериями.

По способу оформления:

- именные;
- на предъявителя.

Сертификаты должны быть только срочными. Их погашение осуществляется по истечении установленного в них срока безналичными перечислениями в другие виды вкладов или на счета до востребования (расчетные, текущие), а в отношении физических лиц — безналичными или наличными деньгами.

Коммерческие банки вправе размещать свои сертификаты только после регистрации условий их выпуска и обращения в территориальном учреждении Банка России.

Владелец сертификата может уступать права требования по сертификату другому лицу. По сертификату на предъявителя эта уступка осуществляется простым вручением, а по именному — посредством передаточной надписи (цессии), которая оформляется на обратной стороне бланка сертификата.

Выдача сертификатов юридическим и физическим лицам осуществляется только после перечисления ими соответствующей суммы на специальные счета в банке, предназначенные для учета выпущенных сертификатов.

Сертификаты имеют существенные *преимущества* перед срочными вкладами, оформленными депозитными договорами, так как:

• благодаря большому числу возможных финансовых посредников в распространении и обращении сертификатов расширяется круг потенциальных инвесторов;

• благодаря вторичному рынку сертификат может быть досрочно передан (продан) владельцем другому лицу с получением некоторого дохода за время хранения и без изменения при этом объема ресурсов банка, в то время как досрочное изъятие владельцем срочного вклада означает для него потерю дохода, а для банка — утрату части ресурсов.

Недостатком сертификатов по сравнению со срочными вкладами (депозитами) являются повышенные затраты банка, связанные с эмиссией сертификатов как разновидности ценных бумаг.

Срочные вклады (депозиты) юридических и физических лиц могут быть оформлены и банковским векселем. ***Банковский вексель*** — это ценная бумага, содержащая безусловное долговое обязательство векселедателя (банка) об уплате определенной суммы векселедержателю в конкретном месте в указанный срок. Банки сами разрабатывают условия выпуска и обращения веселей, которые, в отличие от условий выпуска и обращения банковских сертификатов, нигде не регистрируются. Банки могут выпускать только простые векселя, причем как процентные, так и дисконтные, и размещать их среди юридических и физических лиц. Процентные векселя дают возможность первому векселедержателю (или последнему при наличии на векселе передаточной надписи — индоссамента) получить при предъявлении их банку к погашению за фактический срок нахождения своих денежных средств в обороте банка процентный доход, а дисконтные веселя — дисконтный доход, который определяется как разница между номинальной стоимостью векселя, по которой он погашается, и ценой, по которой он продается первому векселедержателю.

Вложение клиентами своих свободных средств в банковские векселя является для них надежным, привлекательным и выгодным делом, а для банков — устойчивым и самостоятельно регулируемым ресурсом срочного характера в целях последующего размещения в банковские активы (кредиты, валюту, ценные бумаги и т. д.). Банкам не запрещено выпускать и валютные векселя, что способствует аккумуляции кредитных ресурсов в иностранной валюте.

На протяжении последних лет в России прослеживается рост популярности банковских векселей. Как правило, банки устанавливают одинаковые ставки как по векселям, так и по депозитам на одинаковые сроки размещения средств. При этом покупка векселя сопряжена для клиента с меньшими хлопотами по сравнению с открытием депозита, поскольку не требует от клиента открытия счета в банке. Банк, в свою очередь, не должен извещать об этом налоговые органы. Кроме того, вексель более "осязаем", чем депозит: его можно использовать как средство платежа или передать в залог по кредиту, в то время как депозит такой возможности клиенту не дает.

Для привлечения заемных средств акционерные банки могут выпускать собственные **облигации**. Выпускаемые банками облигации могут быть: именными и на предъявителя; обеспеченными и без обеспечения; процентными и дисконтными; конвертируемыми в другие ценные бумаги и неконвертируемыми; с единовременным погашением и с погашением по сериям. Номинальная стоимость облигаций может быть выражена в валюте Российской Федерации или в иностранной валюте при соблюдении норм действующего валютного законодательства.

Процедура эмиссии банковских облигаций значительно сложнее, чем процедура выпуска сертификатов и векселей. Банк может приступить к выпуску облигаций только после полной оплаты уставного капитала.

Банковские облигации могут размещаться путем их продажи за рубли на основе заключения с покупателями договоров купли-продажи на оговоренное число облигаций, а также путем замены на ранее выпущенные конвертируемые облигации и дру-

гие ценные бумаги. В Российской Федерации выпуск облигаций акционерными коммерческими банками не получил широкого распространения. В странах с развитой рыночной экономикой, например в Германии, банки выпускают наибольшее число облигаций, которые пользуются широкой популярностью среди инвесторов на денежном рынке.

Определенную роль в ресурсах банков играют сберегательные вклады населения. *Вклады физических лиц* (до востребования и срочные) могут привлекать только те коммерческие банки, которые имеют на это специальную лицензию Банка России. Вкладчиками коммерческих банков могут выступать граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства. Банки принимают от физических лиц вклады как в рублях, так и в иностранной валюте. Вклады могут быть именными и на предъявителя. Именной вклад — это вклад на имя одного конкретного физического лица. Вклад может быть внесен как лично самим вкладчиком, так и через его представителя, т. е. доверенным лицом. В отношении физических лиц ГК РФ предусматривает открытие им вкладов третьими лицами (например, организациями для перечисления заработной платы во вклады граждан)[1]. Привлекаются вклады населения на такие же сроки, что и депозиты юридических лиц.

Вклады физических лиц оформляются договором банковского вклада[2]. Договор банковского вклада с физическим лицом имеет некоторые особенности по сравнению с депозитным договором с юридическим лицом. Так, например, в нем может быть предусмотрено право вкладчика распоряжаться его вкладом по доверенности, право выплаты вклада третьему лицу, право завещать вклад в установленном порядке, право на невозможность изменения банком в одностороннем порядке процентной ставки

[1] В отличие от физических лиц, открытие депозитов юридическим лицам третьими лицами, а также по доверенности не допускается.

[2] С одним и тем же вкладчиком может быть заключено неограниченное количество договоров банковского вклада и, соответственно, может быть открыто неограниченное количество счетов.

по срочному вкладу. Вклады граждан должны возвращаться им по их первому требованию. Если вклад был срочным, то при досрочном его изъятии вкладчиком в договоре должна предусматриваться возможность выплаты ему процентов не ниже, чем по вкладу до востребования. Основанием для заключения договора банковского вклада является письменное заявление вкладчика, но договор банковского вклада считается заключенным с момента внесения вклада в банк.

Сведения о вкладчиках, вкладах и банковских счетах вкладчиков, а также об операциях по счетам составляют банковскую тайну.

Депозиты являются важным источником ресурсов коммерческих банков. Структура их в банке подвижна и поставлена в зависимость от конъюнктуры денежного рынка. Однако этому источнику формирования банковских ресурсов присущи и некоторые *недостатки*: значительные материальные и денежные затраты банка при привлечении средств во вклады, ограниченность свободных денежных средств в рамках отдельного региона. Кроме того, мобилизация средств во вклады (депозиты) зависит в значительной степени от клиентов (вкладчиков), а не от самого банка. И тем не менее конкурентная борьба между банками на рынке кредитных ресурсов заставляет их принимать меры по развитию услуг, способствующих привлечению депозитов.

8.6.3. Система страхования банковских вкладов

Основная цель системы страхования вкладов заключается в повышении доверия населения к банковскому сектору и, как следствие, привитии в России культуры организованных сбережений. Граждане, доверяющие свои деньги банкам, получают при этом доход в виде процентов, а банки — средства для кредитования и инвестиций.

Впервые подобный фонд — Федеральная корпорация страхования депозитов — был создан в США в 1934 г. По данным МВФ, в настоящее время четко формализованные на законодательном уровне системы страхования вкладов действуют более чем в 70 странах, в том числе в Европе — 32, в Америке — 14,

в Африке — 10, в Азии — 9 и т. д., постепенно формируются системы страхования вкладов в странах СНГ и странах Балтии. Однако 100%-ную сохранность вкладов подобная система не гарантирует практически нигде. В странах, вошедших или вступающих в ЕС, минимальная сумма полностью застрахованных депозитов на одного вкладчика рекомендована в сумме 20 000 евро.

В бывшем СССР проблемы защиты вкладчиков не существовало. Фактически единственной формой банковских сбережений населения были вклады в сберегательных кассах, которые формально гарантировались государством.

Российский опыт страхования в период 1991–1997 гг. ближе и больше сконцентрирован во времени. Инфляция обесценила сбережения на счетах в Сберегательном банке по меньшей мере в 7000 раз. В 1996 г. были проведены экстренные меры администрации по частичной компенсации престарелым вкладчикам, что является в принципе положительным фактом, какими бы мотивами они ни были продиктованы. Но была компенсирована лишь ничтожная часть потерь.

Зачатки системы добровольного страхования (СДС) в России. С 1993 г. коммерческие банки перечисляли 1% своей прибыли в существовавшие при Банке России Фонд страхования коммерческих банков от банкротств и Фонд страхования депозитов в коммерческих банках. Правда, расходы с этих фондов не производились. В результате еще в начале 1993 г. появился Указ Президента РФ о защите сбережений граждан Российской Федерации. К концу 1994 г. ситуация была такова: прежних фондов уже нет, а нового все еще нет. В соответствии с Указом Президента РФ Банком России были подготовлены предложения, но решение этого вопроса задержалось в Министерстве финансов.

О необходимости государственного гарантирования вкладов населения в коммерческих банках заговорили сразу после разразившегося в августе 1998 г. финансового кризиса. Тогда единственным финансово-кредитным учреждением, не потерявшим доверие вкладчиков и сохранившим возможность увеличивать свои кредитные ресурсы остался только Сбербанк, практически

полностью контролируемый правительством и Центральным банком.

Следует отметить, что в начале 1990-х гг. некоторые банки сами страховали своих клиентов в страховых компаниях. Но проблема заключалась в том, что сами страховые компании принадлежали этим же банкам и исчезали вместе с ними во время кризисов, при этом клиенты банков никаких выплат по вкладам не получали.

Таким образом, после неоднократного обмана банками миллионов людей они перестали верить и банкам, и государству и предпочитали держать деньги при себе. Но это невыгодно никому: ни гражданину, ни банку, ни государству.

После кризиса 1998 г. одной из задач реструктуризации банковской системы стало восстановление доверия к кредитным организациям со стороны вкладчиков. Для восстановления платежеспособности кредитных организаций и преодоления их финансовой неустойчивости была создана Государственная корпорация Агентство по реструктуризации кредитных организаций (далее АРКО). Избирательно в банках под контролем АРКО была введена система гарантирования вкладов, для того чтобы дать вкладчикам уверенность в безопасном хранении их сбережений в реструктурируемых банках. Это позволило расширить ресурсную базу банков, ускорить процесс их финансового оздоровления, снизить прямые затраты Агентства на мероприятия по их реструктуризации. Всего за период действия этой системы с 01.08.2000 г. по 01.03.2003 г. в пяти банках остатки средств физических лиц возросли в 7,6 раза (в целом по банковской системе России рост данного показателя за рассматриваемый период составил 2,7 раза, в том числе по Сбербанку — 2,4 раза), количество открытых счетов в среднем увеличилось на 72%. Существенный рост вкладов в банках, входящих в систему гарантирования вкладов, увеличил их ресурсную базу и позволил трансформировать эти средства в инвестиции. Кредитный портфель в этих банках вырос более чем в 3 раза. Основные задачи, которые ставило АРКО при введении системы обеспечения возврата вкладов, были выполнены. Система способствовала вос-

становлению доверия населения к банкам, выполнению планов реструктуризации для расширения ресурсной базы, в том числе обеспечения стабильно высокого притока вкладов населения. Успех данной программы свидетельствует о потенциале этого механизма не только для решения задач социальной стабильности, но и для повышения устойчивости и эффективности всей банковской системы России в условиях системы обязательного страхования вкладов.

Хотя вопрос принятия закона о гарантировании вкладов не раз поднимался законодателями, его продвижение было очень медленным, за последние годы этот документ неоднократно переписывался, отклонялся Советом Федерации и президентом и дважды менял название, но, несмотря на это, Федеральный закон "О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации" был принят Государственной Думой 28.11.2003, одобрен Советом Федерации 10.12.2003 и подписан Президентом 23.12.2003 Данный закон вступил в силу 27.12.2003. Логически, закон состоит из двух частей: первая часть — это конструкция и порядок работы системы страхования вкладов; вторая — это условия участия банков в системе страхования вкладов. Исполнение первой части — страхования вкладов — направлено на увеличение доверия клиентов к банковской системе и усиление притока средств, которые ей доверяются и которыми она может распоряжаться и направлять на экономическое развитие страны. В то же время новые условия отбора и повышенные требования к банкам — участникам этой системы позволят остаться в ней только выносливым, кредитоспособным, стабильным и эффективным финансовым институтам.

Закон устанавливает правовые, финансовые и организационные основы функционирования государственной обязательной системы страхования вкладов физических лиц в банках Российской Федерации, компетенцию и порядок осуществления деятельности органа управления системой страхования вкладов, процедуру выплаты возмещения по вкладам, регулирует отношения между банками Российской Федерации, органом управления системой страхования вкладов, Центральным бан-

ком Российской Федерации (Банком России) и органами исполнительной власти Российской Федерации.

Реализация Закона о страховании вкладов осуществлялась в четыре этапа. Первый этап — предварительный анализ (проводимый Центральным банком РФ) состояния каждого банка, подавшего заявление о вступлении в систему страхования вкладов. Второй этап — инспекционные проверки ЦБ. Третий этап — заключительный анализ действующих систем страхования. Четвертый этап — публикация списков банков, прошедших отбор в систему. Согласно положениям Федерального закона от 23.12.2003 № 177-ФЗ вклады считаются застрахованными со дня включения банка в реестр банков — участников системы страхования вкладов.

На реализацию всех четырех этапов законодатель отвел 21 мес. со дня вступления Закона в силу. Таким образом, все процедуры закончились в сентябре 2007 г. После этой даты на рынке остались только две группы банков: банки, вошедшие в систему страхования вкладов, и банки, не имеющие больше права привлекать вклады граждан.

В соответствии с Законом *целями системы страхования вкладов являются:*

- защита прав и законных интересов вкладчиков банков;
- укрепление доверия к банковской системе;
- стимулирование привлечения сбережений населения в банковскую систему Российской Федерации.

Наличие системы гарантирования вкладов населения укрепляет доверие к национальной банковской системе и создает предпосылки для перетока “чулочных” сбережений в банки. Дополнительным положительным эффектом принятия данного закона является рост организованных сбережений населения и снижение рисков банков при формировании долгосрочной ресурсной базы банков, повышение стабильности банковской системы, в том числе за счет роста дифференциации вкладов населения, а также формирование рыночной конкурентной среды на финансовом рынке.

Федеральным законом устанавливаются основные *принципы системы страхования вкладов*, а именно:

• обязательность участия банков в системе страхования вкладов;

• сокращение рисков наступления неблагоприятных последствий для вкладчиков в случае неисполнения банками своих обязательств;

• прозрачность деятельности системы страхования вкладов;

• накопительный характер формирования фонда обязательного страхования вкладов за счет регулярных страховых взносов банков — участников системы страхования вкладов.

Основные участники системы страхования вкладов — вкладчики, признаваемые выгодоприобретателями; банки, внесенные в установленном порядке в реестр банков, признаваемые страхователями; орган управления системой страхования вкладов (Агентство), признаваемый для целей данного Федерального закона страховщиком; Банк России при осуществлении им функций, вытекающих из Закона.

В Законе указаны первичные исключения. *Не подлежат страхованию*:

• средства, размещенные на банковских счетах (во вкладах) физических лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, если такие счета (вклады) открыты для осуществления предусмотренной федеральным законом деятельности;

• средства, размещенные физическими лицами в банковские вклады на предъявителя, в том числе удостоверенные сберегательным сертификатом и (или) сберегательной книжкой на предъявителя;

• средства, переданные физическими лицами банкам в доверительное управление;

• средства, размещенные во вклады в филиалах российских банков, находящихся за пределами территории Российской Федерации.

В соответствии с Федеральным законом *подлежат страхованию* вклады в валюте Российской Федерации или иностранной валюте, размещаемые физическими лицами в банке на территории Российской Федерации на основании договора банковского вклада или договора банковского счета, включая капитализированные (причисленные) проценты на сумму вклада. Заключения договора страхования в данном случае не требуется.

Участие банков в системе страхования вкладов выглядит следующим образом. Участие в системе страхования вкладов обязательно для всех банков. Банки уплачивают страховые взносы в Фонд страхования вкладов и представляют информацию в порядке, установленном Федеральным законом. Выплата Агентством возмещения по вкладам вкладчику (или его представителю) за счет Фонда страхования вкладов не освобождает банк, у которого наступил страховой случай, от обязанности возместить в Фонд страхования вкладов выплаченные из этого фонда возмещения по вкладам. При этом *банки обязаны*:

• предоставлять вкладчикам информацию о своем участии в системе страхования вкладов, о порядке и размерах получения возмещения по вкладам;

• размещать информацию о системе страхования вкладов в доступных для вкладчиков местах, в том числе в помещениях банка, в которых осуществляется обслуживание вкладчиков;

• вести ежедневный учет обязательств перед вкладчиками и встречных требований банка к вкладчику.

По закону *вкладчики имеют право*:

• получать возмещение по вкладам в порядке, установленном Федеральным законом;

• сообщать Агентству о фактах задержки банком исполнения обязательств по вкладам;

• получать от банка, в котором они размещают вклад, и от Агентства информацию об участии банка в системе страхования вкладов о порядке и размерах получения возмещения по вкладам.

Кроме того, получение вкладчиком от Агентства возмещения по вкладам не лишает вкладчика права на удовлетворение

требований к банку, у которого наступил страховой случай, в размере разницы между суммой требований вкладчика к данному банку и полученным вкладчиком возмещением по вкладам.

Страховым случаем по Закону признается одно из следующих обстоятельств:

• отзыв (аннулирование) у банка лицензии Банка России на осуществление банковских операций в соответствии с Федеральным законом "О банках и банковской деятельности";

• введение Банком России в соответствии с действующим законодательством моратория на удовлетворение требований кредиторов банка.

Страховой случай считается наступившим со дня отзыва (аннулирования) у банка лицензии Банка России либо со дня введения моратория на удовлетворение требований кредиторов банка.

Право требования вкладчика на *возмещение по вкладам* возникает со дня наступления страхового случая.

Вкладчик банка (его представитель или наследник), в отношении которого наступил страховой случай, вправе обратиться в Агентство с требованием о выплате возмещения по вкладам со дня наступления страхового случая до дня завершения конкурсного производства, а при введении Банком России моратория на удовлетворение требований кредиторов — до дня окончания действия моратория.

В случае пропуска вкладчиком (его наследником) срока для обращения с требованием о возмещении сумм вкладов указанный срок подлежит восстановлению по решению правления Агентства при наличии одного из следующих обстоятельств:

• обращению с требованием о выплате возмещения по вкладам препятствовало чрезвычайное и непредотвратимое при данных условиях обстоятельство (непреодолимая сила);

• вкладчик (наследник) проходил (проходит) военную службу по призыву или находился (находится) в составе Вооруженных Сил Российской Федерации (других войск, воинских формирований, органов), переведенных на военное положение, — на период такой службы (военного положения);

• причина пропуска указанного срока связана с тяжелой болезнью вкладчика (его наследника), беспомощным состоянием вкладчика (его наследника), со всеми сроками принятия наследником вкладчика наследства и с иными причинами, связанными с личностью вкладчика (его наследника).

Решение правления Агентства об отказе в восстановлении пропущенного срока для обращения с требованием о выплате возмещения по вкладам может быть обжаловано вкладчиком (его наследником) в суд.

При обращении в Агентство о *выплате возмещения по вкладам* вкладчик (его наследник) представляет:

• заявление по форме, определенной Агентством;

• документы, удостоверяющие его личность, а при обращении наследника также документы, подтверждающие его право на насдедство или право использования денежных средств наследодателя.

Размер возмещения по вкладам каждому вкладчику устанавливается исходя из суммарного размера обязательств перед этим вкладчиком у банка, в отношении которого наступил страховой случай. При исчислении суммарного размера обязательств банка перед вкладчиком в расчет принимаются только вклады, подлежащие страхованию в соответствии с Законом.

Если страховой случай наступил в отношении нескольких банков, в которых вкладчик имеет вклады, размер страхового возмещения исчисляется в отношении каждого банка отдельно.

Возмещение по вкладам в банке, в отношении которого наступал страховой случай, выплачивается вкладчику в размере 100% суммы вкладов в банке, не более 700 000 руб.

Страхование вкладов имеет обязательную форму, и граждане не свободны в выборе формы страхования.

Финансовой основой системы является фонд обязательного страхования вкладов. Основные источники формирования фонда:

• первоначальный имущественный взнос Российской Федерации в размере 2 млрд руб.;

• страховые взносы банков и пени за их несвоевременную уплату;

• доходы от инвестирования средств фонда.

Страховые взносы едины для всех банков и уплачиваются ими ежеквартально. Ставка страховых взносов банков устанавливается советом директоров Агентства по страхованию вкладов, она не может превышать 0,15% расчетной базы за последний расчетный период. В случае дефицита фонда ставка страховых взносов может быть увеличена до 0,3%.

Для обеспечения финансовой устойчивости системы страхования вкладов Правительству России предоставлено право выделять Агентству средства федерального бюджета в случае недостатка средств фонда страхования вкладов.

Достаточный страховой капитал позволит поднять потолок гарантированных выплат. В США, например, начинали с 2,7 тыс. долл. В настоящее время верхний предел американской системы страхования вкладов — 100 тыс. долл. В Конгрессе США, между тем, обсуждается проект закона об увеличении верхнего предела до 200 тыс. долл.

Все банки, которые вступили в систему страхования вкладов, отвечают критериям, установленным Федеральным законом от 23.12.2003 № 177-ФЗ "О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации" и Указанию Банка России от 16.01.2004 № 1379-У "Об оценке финансовой устойчивости банка в целях признания ее достаточной для участия в системе страхования вкладов".

В случае отказа банка от участия в системе страхования вкладов или его несоответствия требованиям к участию в системе страхования вкладов имеющаяся у банка лицензия на привлечение во вклады денежных средств физических лиц в рублях, лицензия на привлечение во вклады денежных средств физических лиц в рублях и иностранной валюте или Генеральная лицензия признаются утратившими силу.

Добровольное страхование вкладов. Добровольное страхование вкладов и депозитов заключается в том, что для привлечения дополнительных средств банк берет на себя затраты по

уплате страховой премии, обеспечивая таким образом защиту вкладчиков от риска финансовых потерь в случае неисполнения своих обязательств.

Целями добровольного страхования вкладов (депозитов) являются:

• защита прав и законных интересов граждан и юридических лиц;

• укрепление доверия к банковской и страховой системам РФ;

• привлечение денежных средств в экономику РФ.

Основные принципы функционирования:

• добровольность участия — вкладчик может отказаться от страхования своего вклада (депозита);

• минимизация риска наступления неблагоприятного события;

• юридическая и финансовая прозрачность — банк выдает полис конкретной страховой компании; в нем по желанию вкладчика может быть указан выгодоприобретатель; вкладчик имеет возможность выбора страховой компании среди тех, кто сотрудничает с банком; финансовая отчетность банка и страховой компании публикуются в средствах массовой информации; банки, страховая компания осуществляют свою деятельность в соответствии с требованиями надзорных органов.

Объект страхования: вклады граждан и депозиты юридических лиц на любую сумму в рублях или иностранной валюте на фиксированный срок. Важно и то, что банк заинтересован в долгосрочных пассивах, а страховая компания — в большем объеме страховых премий за ту же страховую услугу.

Предмет страхования: имущественные интересы кредитора (вкладчика) банка (ст. 930 и 931 ГК РФ), ответственность банка по договору (ст. 932 ГК РФ), предпринимательский риск гражданина или юридического лица (ст. 933 ГК РФ).

Страховщиком выступает страховая компания или иная организация, соответствующая требованиям ГК РФ и Федерального закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

В Законе *страхователем* определен банк, а *выгодоприобретателем* — вкладчик (его представитель). При добровольном страховании депозитов страхователем может выступать банк (при страховании ответственности по договору), гражданин или юридическое лицо (при страховании имущества или предпринимательского риска). В любом случае банк проходит предварительную процедуру проверки страховой компанией, а также действует в рамках установленного лимита и после заключения соответствующих договоров.

В зависимости от выбранной схемы страхования выгодоприобретателем может выступать как сам вкладчик или выгодоприобретатель, обозначенный в договоре страхования, так и любое другое лицо в случае страхования "за счет кого следует" (ст. 930 ГК РФ).

Страховой тариф — прерогатива страховых актуариев. Расчеты показывают, что тарифная ставка может составлять 0,4–0,7% при вкладе на 6 мес. и 0,7–0,8% при вкладе на 12 мес. Рисковая составляющая при предлагаемой схеме управления рисками страховой компании минимальна, основу тарифа составит нагрузка.

При страховании вкладов граждан франшиза составляет 100 тыс. руб., а при страховании депозитов юридических лиц ее нет.

Страховым случаем признаются как отзыв лицензии Банка России или введение Банком России моратория на удовлетворение требований кредиторов, так и условия, определенные в Правилах страхования страховщиков, например решение арбитражного суда о признании банка банкротом. Последнее обстоятельство представляется более обоснованным, так как Банк России (и такие случаи известны) может через определенное время вернуть лицензию на осуществление банковской деятельности.

Порядок выплаты возмещения. Выгодоприобретатель (страхователь) обязан сообщить о неисполнении банком своих обязательств в течение пяти банковских дней. Затем вкладчик

обращается в арбитражный суд, а после вынесения им положительного решения представляет в страховую компанию: заявление о выплате по установленной страховой компанией форме; документы, подтверждающие права на получение возмещения; копии договоров с банком; заявление в арбитражный суд; решение арбитражного суда о возврате вкладчику вклада (депозита).

Процедура страхования может осуществляться во всех филиалах (отделениях) банка, где производится прием вкладов и депозитов. Страховая компания обеспечивает банк бланками полисов, правилами страхования, программным обеспечением, другими необходимыми материалами.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое имущественное страхование и что к нему относится?
2. Какие существуют лицензируемые виды имущественного страхования?
3. Каковы порядок и условия выплаты страхового возмещения в имущественном страховании?
4. Охарактеризуйте восстановительные расходы и перечислите расходы, которые не относятся к ним.
5. Какие существуют в имущественном страховании способы возмещения ущерба?
6. Дайте классификацию имущества по видам хозяйствующих субъектов.
7. Что не может быть объектом имущественного страхования и что считается в нем ущербом?
8. В чем сущность системы пропорциональной ответственности?
9. Что представляет собой страхование по системе первого риска, предельной ответственности, неоднократное страхование?
10. В чем сущность системы собственного участия страхователя в ущербе?
11. Что такое франшиза в страховании?
12. Охарактеризуйте франшизу условную и безусловную.

13. Какие существуют принципы страхования имущества юридических лиц?

14. Что относится к страховым случаям по договорам страхования имущества юридических лиц?

15. Что не является страховым случаем, по которому не возмещается ущерб?

16. Каков порядок заключения договора страхования имущества юридических лиц?

17. Какие существуют условия выплаты страхового возмещения?

18. Перечислите общие принципы добровольного страхования имущества граждан.

19. Что относится к имуществу граждан, подлежащему страхованию?

20. На что не распространяется страхование имущества граждан?

21. Какие события подлежат страхованию по договору страхования имущества граждан?

22. Охарактеризуйте понятия “страховая сумма” и “страховая стоимость”.

23. Каков порядок заключения и прекращения договора страхования имущества граждан?

24. Как определяются размер ущерба и выплаты страхового возмещения?

25. В чем сущность ипотечного страхования и как оно развивается в Российской Федерации в настоящее время?

26. Какая существует практика страхования ипотечных рисков в странах с развитой рыночной экономикой?

27. С чем связано нормативное регулирование рисковых капитальных вложений?

28. Какие подходы к определению страхового случая при ипотечном страховании?

29. Какие существуют риски, связанные с банковской деятельностью?

30. Какая существует классификация банковских рисков?

31. Приведите классификацию банковских депозитов.

32. Какие преимущества и недостатки имеют сертификаты перед срочными вкладами?

33. Как оформляются срочные вклады векселями?

34. Что представляют собой собственные облигации, выпускаемые банками?

35. Дайте характеристику сберегательных вкладов населения.

36. В чем сущность системы страхования банковских вкладов?

37. Что является целями системы страхования вкладов?

38. Какие имеются принципы системы страхования вкладов?

39. Перечислите виды денежных средств, которые подлежат страхованию.

40. Какие права имеют вкладчики в соответствии с Законом "О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации"?

41. Какие обстоятельства в соответствии с Законом "Об организации страхового дела в Российской Федерации" признаются страховым случаем?

42. В чем сущность добровольного страхования депозитов?

Глава 9. СТРАХОВАНИЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКИХ РИСКОВ

9.1. Роль и место страхования предпринимательских рисков в современной экономике

9.1.1. Сущность и правовые основы страхования предпринимательских рисков

Рыночные преобразования экономики, связанные с появлением частной собственности и различных организационно-правовых форм предпринимательской деятельности, стали основанием к появлению нового вида имущественного страхования — ***страхования предпринимательских рисков***.

В соответствии со ст. 32.9 Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" страхование предпринимательских рисков выделено в качестве отдельного лицензируемого вида имущественного страхования.

Статья 929 ГК РФ определяет предпринимательский риск как риск убытков от предпринимательской деятельности из-за нарушения своих обязательств контрагентами предпринимателя или изменения условий этой деятельности по не зависящим от предпринимателя обстоятельствам, в том числе риск неполучения ожидаемых доходов.

Согласно ст. 2 ГК РФ *предпринимательской* называется самостоятельная деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ и услуг лицами, зарегистрированными в качестве предпринимателей.

Все причины, вызывающие потери ожидаемой прибыли, в предпринимательстве обусловливаются следующими группами рисков:

• риски, связанные с нарушением процесса производства при наступлении стихийных бедствий, аварий и других аналогичных событий;

• риски изменения рыночной конъюнктуры, невыполнения контрактов со стороны поставщиков или потребителей продукции и услуг;

• риски, связанные с инвестированием в какой-либо вид производства денежных средств и других ресурсов;

• риски, связанные с внедрением новой техники и технологий (инновационные риски).

Эти группы рисков составляют *сферу страхования* предпринимательской деятельности.

Под **страхованием предпринимательских рисков** понимается вид имущественного страхования, предусматривающего страховую защиту от убытков, наступающих из-за приостановки деятельности или в результате происшедшего имущественного ущерба, вызванного наступлением страхового случая.

Объектами страхования рисков предпринимательской деятельности являются:

• имущество предприятия, фирмы, организации, индивидуального предпринимателя, сформированное в процессах создания (учреждения) и деятельности предпринимательской структуры;

• гражданская ответственность предпринимателя за несвоевременный или неполный возврат кредитов, займов, за непогашение выпущенных облигаций или невыплату процентов по облигациям, дивидендов по привилегированным акциям, использованным в качестве источника инвестиций при создании предпринимательской структуры, и подлежащий возмещению им вред в соответствии с законодательством;

• гражданская ответственность предпринимателя, возникающая вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других лиц в результате производственной, иной деятельности и произошедших при этом аварий, вредных выбросов, дорожно-транспортных происшествий, иных событий, и подлежащий возмещению им вред;

• гражданская ответственность предпринимателя за невыполнение им договорных обязательств по оплате поставленных ему товаров, выполненных работ, оказанных услуг перед производителями (исполнителями, продавцами) и подлежащие возмещению им убытки в соответствии с законодательством;

• убытки от остановок производства (иного вида деятельности);

• денежные средства на срочных депозитных вкладах и на других счетах в коммерческих банках, а также в инвестиционных фондах и других финансовых институтах;

• инвестиционные и инновационные проекты и их конечные результаты;

• снижение объема продаж вследствие уменьшения объема производства, изменения спроса на определенные товары (работы, услуги) и платежеспособности потребителей, возрастания конкуренции, изменения фактического уровня цен на объекты продажи;

• дополнительные расходы и убытки от собственной деятельности, включая убытки от внереализационных операций (в том числе от изменения курсовых разниц по валютным счетам и операциям с иностранной валютой; исполнения обязательств по выданным другим лицам гарантиям, поручительствам);

• имущественные и неимущественные права;

• объекты обеспечения предпринимателем-должником (заемщиком, покупателем) исполнения обязательств перед кредитором по кредитному договору, договору займа, финансовому лизингу, ипотеке (предметы залога в виде недвижимого и движимого имущества, ценных бумаг, банковской гарантии, поручительства);

• судебные расходы;

• банкротство.

Страховая защита при этом осуществляется с помощью:

• страхования имущества, гарантирующего компенсацию ущерба от стихийных бедствий, пожаров, краж и т. д.;

• страхования гражданской ответственности, возмещающего потери предпринимателя в связи с необходимостью по-

крытия вреда, причиненного деятельностью предпринимателя третьими лицами;

• личного страхования, обеспечивающего страхователям получение страхового обеспечения в случаях необходимости оказания медицинской помощи, выхода работника на пенсию и т. д.

Страховщик в соответствии с договором может возместить:

• прямой реальный ущерб страхователя при утрате или повреждении имущества;

• расходы, которые страхователь произвел или должен будет произвести в случае нарушения своего права для его восстановления, т. е. расходы, связанные с ликвидацией ущерба, неполученные доходы, которые страхователь получил бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено;

• неполученные доходы, которые страхователь получил бы при неизменности условий предпринимательской деятельности;

• рациональные расходы, предпринятые страхователем по предварительному выяснению обстоятельств неисполнения (ненадлежащего исполнения) договорных обязательств контрагентом и степени его виновности;

• рациональные расходы, предпринятые страхователем с целью снижения убытков, возникших в результате реализации страхового случая;

• весь объем судебных издержек страхователя.

В соответствии со ст. 933 ГК РФ по договору страхования предпринимательского риска может быть застрахован предпринимательский риск только самого страхователя и только в его пользу, т. е. "страхователь" и "выгодоприобретатель" совпадают в одном лице. Договор страхования предпринимательского риска лица, не являющегося страхователем, *ничтожен.*

Лицо, которое ведет предпринимательскую деятельность, должно зарегистрироваться в этом качестве в установленном законом порядке (ст. 2 ГК РФ). Предпринимательскую деятельность может осуществлять гражданин, зарегистрировавшийся в качестве предпринимателя, коммерческая организация либо

некоммерческая, осуществляющая предпринимательскую деятельность для достижения своих уставных целей.

Тем не менее предпринимательскую деятельность ведут и граждане, не зарегистрировавшиеся в качестве индивидуального предпринимателя, и некоммерческие организации в иных целях, чем это определено в их уставе. Интерес в получении выгоды в этом случае противоречит правовым нормам и поэтому противоправен (п. 1 ст. 928 ГК РФ).

В договоре страхования предпринимательского риска не может быть назначен ни *выгодоприобретатель*, ни *застрахованное лицо*. Однако последствия нарушения этих правил различны. При назначении в договоре выгодоприобретателя ничтожным является только это условие договора, а остальные условия договора сохраняют свою силу. При назначении в договоре застрахованного лица ничтожным становится весь договор.

Необходимо также отметить, что разные виды имущества не могут быть предметами страхования предпринимательских рисков, так как имущество является предметом страхования имущества. Если же предприниматель несет убытки или дополнительные расходы в связи с повреждением имущества, то может иметь место комбинированный договор страхования, в котором объединены страхование имущества и страхование предпринимательского риска.

Страховая сумма по договору страхования предпринимательских рисков не может превышать действительной стоимости (страховой стоимости) предпринимательского риска. Такой стоимостью считаются убытки от предпринимательской деятельности, которые страхователь понес бы при наступлении страхового случая и которые складываются:

- из расходов, которые страхователь произвел или должен будет произвести в случае нарушения своего права для его восстановления (реальный ущерб);
- недополученных доходов, которые страхователь должен получить при обычных условиях гражданского оборота.

Страховые тарифы зависят от вида деятельности предпринимателя, срока страхования, объема выпускаемой продукции (оказанных услуг) и характера страхового риска.

9.1.2. Классификация рисков, подлежащих страхованию в предпринимательской деятельности

В теории выделяют следующие основные ***типы предпринимательства***:

- основное производственное (изготовление товаров, выполнение работ, оказание услуг производственного, непроизводственного и личного потребления, назначения, их реализация);
- вспомогательное производственное (инжиниринговые, консультационные услуги, ноу-хау, научно-исследовательские (прикладные) и опытно-конструкторские работы, аудит и др.);
- инновационное (разработка и передача товаропроизводителям для внедрения научно-технических новшеств (инноваций) — новых видов товаров, работ, услуг, техники, технологий, материалов, источников и способов получения энергии и др.);
- торгово-посредническое (оптовая и розничная торговля, биржевая, брокерская, агентская деятельность, комиссионная торговля и др.);
- финансово-кредитное (деятельность банков, инвестиционных фондов и компаний, паевых инвестиционных фондов, страховых организаций);
- по оказанию услуг в социальной сфере (медицина, образование, спорт, туризм, отдых, культура).

Виды страхования предпринимательской деятельности в основном соответствуют названию предметов страхования или последствий страховых событий. Условно их можно разделить в соответствии с нижеуказанными стадиями предпринимательской деятельности.

Первая стадия связана с инвестированием капитала, которое может быть осуществлено в основные фонды и оборотные средства, научно-техническую продукцию, а также в ценные бумаги. Страховое обеспечение вложенных капиталов осуще-

ствляется с помощью страхования инвестиций и финансовых гарантий.

На второй стадии кругооборота страховая защита предпринимателя может быть обеспечена разными видами страхования имущества, гарантирующими компенсацию ущерба от стихийных бедствий, катастроф, неправомерных действий третьих лиц и страхования гражданской ответственности, возмещающего потери предпринимателя в связи с необходимостью покрывать вред, причиненный деятельностью предприятия третьим лицам, которые обычно выводят за рамки страхования предпринимательской деятельности и относят к самостоятельным подотраслям страхования. Кроме того, здесь проводится страхование на случай перерывов в хозяйственной деятельности в связи с пожарами, авариями и другими неблагоприятными событиями, которое обеспечивает защиту от косвенных потерь, связанных с прекращением выпуска продукции, дополнительными затратами по возобновлению производства и др.

На третьей стадии кругооборота происходит страхование риска неплатежа, экспортных кредитов и т. п.

Риски, от которых осуществляется страхование в предпринимательской деятельности, классифицируют по следующим признакам:

• *в зависимости от характера последствий* — чистые, спекулятивные. Под *чистыми рисками* понимают возможность ущерба или безубыточность ситуации. Особенность чистых рисков в том, что они практически всегда несут в себе потери для предпринимателя, а порой и для общества в целом. *Спекулятивные риски* приводят либо к потерям, либо к прибыли для предпринимателя;

• *по сфере возникновения* — внешние и внутренние. К *внешним* относятся риски, непосредственно не связанные с деятельностью предпринимателя и находящиеся вне его контроля (политические, экономические и другие ситуации и потери предпринимателя, возникающие в результате начавшейся войны, неустойчивости политического режима, приватизации, консолидации долгов, введения эмбарго, обострения экономического

кризиса в стране, стихийных бедствий, неустойчивости валютных курсов, инфляции и др.). К *внутренним* рискам относятся риски, непосредственно связанные с деятельностью предпринимателя и находящиеся под его контролем: риск неплатежа по сделке, риск невозврата кредита, риск получения товара ненадлежащего качества или с опозданием. Среди внутренних рисков можно также выделить небольшую подгруппу рисков, имеющих в основном косвенную оценку, выражающуюся в упущенной выгоде: риск потерь по внутренним злоупотреблениям, риск потери репутации предпринимателя, риск утраты позиций на рынке;

• *по длительности во времени* — кратковременные и постоянные. *Кратковременные риски* могут возникнуть в течение короткого периода времени. Например, при транспортировании грузов, при хранении товара и т. д. *Постоянные риски* постоянно присутствуют в связи с некоторыми обстоятельствами (например, с географическим положением предприятия или особенностью конкретной отрасли экономики);

• *в зависимости от природы возникновения* в процессе своей деятельности предприниматель может сталкиваться с такими рисками, как *политический, технический, производственный, коммерческий, финансовый и др.*;

• *по степени риска*, которая характеризуется вероятностью наступления случая потерь и математическим ожиданием возможного ущерба. Уровень риска зависит от отношения масштаба ожидаемых потерь к объему имущества предпринимателя, а также от вероятности наступления этих потерь. В зависимости от уровня риск может быть: *критическим*, когда возможны потери не только от ожидаемой прибыли, но и возникновения убытков; *катастрофическим*, если возможны потери капитала, имущества, а иногда и банкротство предпринимателя;

• *по объекту риска* можно выделить *предпринимательский риск, угрожающий основным фондам предпринимателя, риск, угрожающий оборотным средствам, и риск, угрожающий нематериальным активам*. К первому виду относятся природные, катастрофические и часть политических и деликтных рисков. Ко второму виду можно отнести часть рыночных и политиче-

ских рисков, угрожающих прежде всего финансовым средствам (риск изменения цен, курсов валют и ценных бумаг, правительственный запрет на перевод валюты за рубеж). К рискам, угрожающим нематериальным активам, можно отнести риск потери репутации предпринимателем, риск утраты позиций на рынке (гудвилл).

Слабое развитие страхования предпринимательских рисков в нашей стране во многом объясняется тем, что на заре развития страхового рынка России страховые компании не обладали ни достаточной финансовой мощью, ни необходимым опытом для работы по этому направлению. За последнее десятилетие в стране образовались крупные, финансово устойчивые страховые компании и постепенно пробел в таких видах, как страхование предпринимательских рисков, сокращается. Так что сегодня можно говорить о том, что предприятия разных уровней и сфер деятельности имеют гораздо больше возможностей по минимизации финансовых потерь, чем раньше.

Однако кроме перечисленных причин, ограничивающих развитие страхования предпринимательских рисков в нашей стране, имеют место факт недоверия к страховым организациям и отсутствие информации о данном виде страхования. Практика показывает, что и страховые компании, несмотря на теоретическую выгодность для них данного вида страхования, весьма неохотно берутся за страхование предпринимательских рисков и проявляют при этом крайнюю осторожность.

В связи со сложившимися трудностями страховые организации предпочитают предпринимать "профилактические меры" в виде высоких страховых взносов, высоких безусловных франшиз (нередко до 50% от суммы убытков), исключения из правил страхования каких-то видов рисков, момент наступления которых проверить трудно.

9.2. Страхование от перерывов в производстве

Страхование на случай убытков от перерыва в производстве — важнейшая часть страхования предпринимательских рисков. Практика его применения зависит от вида бизнеса, который

ведет предприятие. Очевидно, что одним из главных условий успешной коммерческой деятельности организации является непрерывность процесса производства или реализации товара, выполнении работ и (или) оказания услуг. Любое предприятие может застраховаться от убытков вследствие простоя производства, который возникнет по независящим от предприятия причинам. Простой может быть вызван разными причинами — пожарами, поломками оборудования, стихийными бедствиями, коммерческими факторами (недостаток средств для выплаты заработной платы, на оплату счетов поставщиков, из-за недопоставок или срыва сроков поставок материалов и оборудования) и другими экстремальными ситуациями.

Исходя из этого, можно определить, что **страхование от перерывов в производстве направлено на возмещение предприятиям потерь, понесенных из-за невозможности осуществлять свою деятельность в связи с наступлением событий, предусмотренных договором страхования.** Страхование на случай простоя тесно связано со страхованием имущества, поэтому часто один договор заключается в дополнение к другому.

По оценкам Швейцарского перестраховочного общества, страхование от перерывов в деятельности не очень рентабельно для страховых компаний и часто используется как бонус к традиционным видам страхования. К примеру, в Германии суммы, выплачиваемые по страхованию убытков от перерывов в деятельности, в 2 раза больше, чем при традиционном страховании имущества.

В настоящее время в нашей стране очень трудно объективно оценить риск из-за наличия "черной бухгалтерии", следовательно, в условиях, когда предприятие-страхователь систематически занижает прибыль, адекватно оценить его финансовые риски нельзя. Не меньше чем "черная бухгалтерия" мешают развитию страхования предпринимательских рисков взаимозачеты, еще недавно широко распространенные во многих отраслях промышленности. Невозможно оценить риск перерыва в производстве и в том случае, если само это производство началось совсем недавно.

Наибольшую известность в России получили следующие разновидности договоров страхования от перерывов в производстве:

• *страхование на случай простоя в результате пожара* и других экстремальных событий — стихийных бедствий, аварий с системой водопровода, взрывов;

• *страхование от поломок оборудования и машин*, выход из строя которых может нанести предприятию значительный ущерб;

• *страхование на случаи перерывов в связи с поломками электронного оборудования* обеспечивает возмещение ущерба от простоя в работе средств связи, иных высокотехнологичных электротехнических установок вследствие разрушения, повреждения, воздействия воды, неправомерных действий третьих лиц и иных непредвиденных событий. Особенно важно такое страхование для организаций, в которых широко применяются и используются автоматизированные системы управления, компьютерные сети и другое высокотехнологичное оборудование;

• *страхование на случай простоев, связанных с нарушением подачи электроэнергии и водоснабжения* в результате непредвиденных событий, произошедших на предприятиях-поставщиках. Данный вид страхования может использоваться и при строительстве на случай, если предприятие не получит ожидаемую прибыль в результате нарушения сроков окончания работ, связанных с наступлением оговоренных в договоре событий, повлекших повреждение или гибель имущества;

• *страхование временной прибыли и страхование от потери дохода в результате изменения конъюнктуры рынка.* Страховая защита в данном случае предоставляется на случай убытков, понесенных в связи с тем, что страхователь из-за наступления страхового случая не смог обеспечить поставку продукции или оказание услуг в тот период, когда в результате изменения конъюнктуры рынка спрос на данную продукцию (услуги) был максимальным.

При страховании от простоя страховая компания выплачивает компенсацию при наличии следующего условия:

наступивший страховой случай, предусмотренный договором страхования, повлек уничтожение или повреждение имущества, в результате чего оно стало непригодным для использования по назначению, что, в свою очередь, привело к экономическим потерям по следующим причинам:

• сокращение или полное прекращение производственной деятельности и продажи продукции;

• снижение уровня конкурентоспособности на рынке из-за недопоставки товаров и услуг;

• необходимость осуществления некоторых затрат, несмотря на вынужденный простой.

Потери от двух первых причин объединяются в понятие "косвенный финансовый ущерб" и оцениваются в размере неполученной или недополученной прибыли от временной остановки производственной, торговой деятельности или процесса оказания услуг в зависимости от профиля предприятия.

Ущерб от третьей причины вызывается продолжающимися постоянными и дополнительными расходами. Косвенный ущерб по своим масштабам часто превосходит прямой ущерб от пожара или стихийного бедствия, которые подлежат страхованию по договору страхования имущества.

Страхование косвенных рисков или страхование от вынужденного простоя относится к страхованию предпринимательских рисков, которое часто именуется *страхованием экономических рисков* и обычно сочетается с имущественным страхованием путем оформления дополнительного полиса. Претензии по такому полису обычно принимаются только в случае признания претензии по базовому имущественному риску.

Ущерб от перерыва в производстве — это экономическое следствие материального ущерба. Он складывается из следующих элементов:

• суммы потери прибыли от застрахованной хозяйственной деятельности в результате наступления перерыва в производстве, которая определяется как произведение среднедневной прибыли, полученной страхователем от основной деятельности за период в R месяцев, до даты страхового случая (стандартный

период) и числа дней фактического перерыва. Если в течение стандартного периода прибыли у страхователя не было, он не имеет права на возмещение убытков от потери прибыли в связи с перерывом в производстве;

• величины текущих расходов страхователя, произведенных им в связи с перерывом застрахованной деятельности в целях предотвращения или уменьшения неполученной прибыли и текущих расходов за период перерыва в застрахованной деятельности, которые предприниматель неизбежно продолжает нести, чтобы после восстановления имущества, поврежденного или уничтоженного в результате страхового события, в кратчайший срок возобновить прерванную хозяйственную деятельность и восстановить свой оборот.

К текущим расходам, в частности, относятся:

• расходы на основную заработную плату штатных сотрудников страхователя и вознаграждения сотрудникам, привлекаемым по гражданско-правовым договорам, за исключением тех, в отношении которых применяется сдельная система оплаты труда;

• уплата налогов, возникающих у страхователя в связи с выплатой заработной платы;

• налоги и сборы, подлежащие оплате вне зависимости от оборота и результатов застрахованной деятельности, в частности налог на имущество, земельный налог, регистрационные сборы;

• проценты по кредитам или иным привлеченным средствам, если эти средства привлекались до наступления страхового случая для инвестиций в той области застрахованной деятельности, которая была прервана вследствие гибели или повреждения имущества.

По особому соглашению сторон *к текущим расходам могут быть* отнесены прочие затраты предприятия, а именно:

• платежи за пользование электрической и тепловой энергией, за газ, воду и телефон, постоянные расходы на хозяйственные, правовые и налоговые консультации, постоянные расходы на проведение технических проверок, поддержание основных средств в рабочем состоянии, обеспечение санитарно-

гигиенических требований, требований техники безопасности, пожарной безопасности и охраны и т. п., гарантированные договором вознаграждения за посредничество;

• выплата дивидендов по привилегированным акциям и погашение облигаций страхователя.

В текущие расходы и в потерянную прибыль не входят:

• налоги на продажу, на добавленную стоимость, с оборота, таможенные пошлины;

• расходы по приобретению сырья, полуфабрикатов и материалов, используемых в хозяйственной деятельности страхователя;

• неустойки, штрафы, пени или иные штрафные санкции в денежной форме, которые страхователь в соответствии с заключенными им договорами обязан оплачивать за невыполнение своих договорных обязательств.

При страховании от простоя ответственность страховой компании ограничивается ***гарантийным сроком*** — максимальным сроком перерыва хозяйственной деятельности страхователя, за убытки от которого несет ответственность страховщик.

Следует отметить, что в практике различают *полное страхование от перерывов* и *страхование от основных убытков*. В первом случае простой считается завершенным тогда, когда предприятие не только восстановило средства производства, но и вошло в нормальный режим работы (например, восстановив свое положение на рынке), начав получать прибыль, равную или превышающую ту, которую оно получало до наступления страхового случая. Если же речь идет о страховании от основных убытков, то в этом случае срок ответственности страховой компании ограничивается лишь периодом восстановления самого производства.

Предел ответственности страховой компании (размер максимальной суммы выплат) определяется как сумма убытков и упущенной выгоды, рассчитанная на основании данных бухгалтерской отчетности за максимально возможный срок прекращения деятельности, который определяется экспертным путем.

Страховой тариф устанавливается страховой компанией в зависимости:

• от отрасли народного хозяйства, к которой относится предприятие;

• от максимального страхового периода остановки производства;

• от установленного размера франшизы.

Страхование ущербов от перерыва в производстве характерно тем, что восстановительный период для возвращения страхователя к прежним показателям его производственной и коммерческой деятельности бывает продолжительным и может быть длиннее периода восстановления материальной субстанции предприятия после страхового случая.

На рис. 9.1 представлена динамика восстановительного периода.

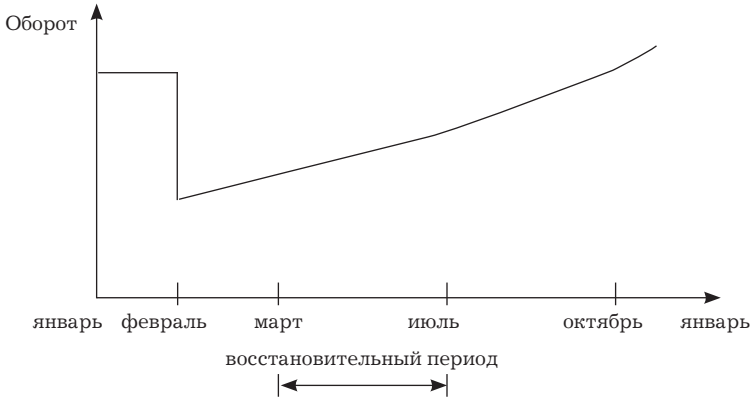


Рис. 9.1. Восстановление оборота предприятия после страхового случая

Оборот предприятия восстанавливается не сразу, в частности, из-за снижения уровня конкурентоспособности на рынке. Следует также учесть, что период возмещения не обязательно равен и обычно не совпадает с периодом страхования. Для получения права на страховое возмещение важно только, чтобы

страховой случай произошел в период действия страхового договора.

При страховании убытков от перерывов в производстве может применяться **временная франшиза**, т. е. минимальное число дней простоя, за которые страховщик ответственности не несет.

Расчет ущерба может быть осуществлен тремя способами:

1) по аналогии с такими же остановками в течение нескольких предшествующих лет;

2) если число лет наблюдения за работой предприятия невелико, то на основании изучения последствий простоя на однопрофильном предприятии;

3) если производство простое, то величина потерь определяется на основе цены единицы продукции и оценки объема продукции, не выпущенной из-за остановки производства.

Затем исключается прибыль, которую мог бы получить страхователь за счет реализации поврежденного имущества или частичного продолжения производственного процесса в стационарном либо другом помещении, перебазировав в него уцелевшее оборудование.

После этого определяются дополнительные или чрезвычайные затраты. Одни из них, имеющие временный характер, обусловлены стремлением сократить период простоя: оплата сверхурочных работ, покупка необходимого оборудования. Другие, имеющие постоянный характер, предназначены для покрытия текущих расходов, которые должно нести предприятие, несмотря на остановку производства. К ним относятся расходы на заработную плату, налоги, не зависящие от оборота, отчисления на социальное страхование, в пенсионный фонд, арендная плата, проценты по краткосрочным кредитам и другие, а также платежи по нерасторгнутым договорам за оказание услуг (юридических, рекламных и т. п.). Из этой суммы исключаются расходы, которые не нужно осуществлять во время простоя предприятия в полном объеме: на сырье, материалы и полуфабрикаты, часть электроэнергии, топлива и др.

9.3. Страхование риска невыполнения договорных обязательств

Одним из эффективных инструментов страхования предпринимательских рисков является страхование финансовых рисков, связанных с неисполнением договорных обязательств, при котором страховая компания берет на себя обязательства оплатить предприятию ущерб, полученный из-за неисполнения договорных обязательств контрагентом. Это могут быть неоплата отгруженного товара (работ, услуг), непоставка товара, невыполнение работ и др.

Страхователями по договору риска невыполнения договорных обязательств признаются юридические лица независимо от их организационно-правовой формы, а также дееспособные физические лица, заключившие со страховщиком договоры страхования на случай неисполнения договорных обязательств.

Страховщик может отказать в заключении договора страхования при отсутствии документально подтвержденных договорных обязательств между страхователем и его контрагентом по сделке. Также страховщик вправе отказать в заключении договора страхования, если контрагент страхователя является лицом, имущество которого контролируется или управляется страхователем; которое застраховало свой предпринимательский риск на случай неисполнения контракта со страхователем.

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы страхователя, связанные с полной или частичной потерей им дохода в результате неисполнения (ненадлежащего исполнения) договорных обязательств контрагентом страхователя. Объем ответственности страховщика ограничивается покрытием убытков, которые страхователь, как можно ожидать, понес бы при наступлении страхового случая.

Страховым случаем по договору является неисполнение (ненадлежащее исполнение) должником страхователя своих договорных обязательств перед ним, порядок и сроки исполнения которых предусмотрены в контракте в виде:

• неоплаты поставленных товаров, выполненных работ или оказанных услуг;

• непоставки оплаченных товаров, невыполнения оплаченных работ, неоказания оплаченных услуг, приведшим к полной или частичной потере дохода страхователем, дополнительным расходам, судебным издержкам, утрате или повреждению имущества, банкротства.

Страхованием не покрываются:

• штрафы, пени, суммы неустойки и прочие подобные расходы за просрочку платежей или выполнение работ, вытекающие из договора;

• курсовая разница при исчислении стоимости контракта в условных валютных единицах;

• иски третьих лиц к страхователю, выполнение обязательств перед которыми стало невозможным в результате неисполнения страхуемого риска.

Не подлежат возмещению убытки, произошедшие вследствие:

• несоответствия условий и предмета, принимаемых на страхование договором, законодательству страны-производителя, -отправителя, -получателя или транзита, в том числе в результате изменения законодательства в течение сроков действия контракта;

• неконвертируемости валют, запрета или ограничения денежных переводов или поставок товаров, задержки межбанковских платежей;

• аннулирования задолженности или обязательств о поставках, переноса сроков погашения задолженности или осуществления поставок в соответствии с двусторонними правительственными и многосторонними международными соглашениями;

• отмены импортной (экспортной) лицензии, введения эмбарго на импорт (экспорт);

• грубой неосторожности или мошенничества служащих банков, принявших подделанные денежные знаки, чеки, векселя и т. п.;

• воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

• военных действий любого рода или их последствий;

• народных волнений, забастовок, конфискаций, реквизиций, ареста, уничтожения или повреждения имущества по распоряжению военных и гражданских властей.

Страховой суммой является определяемая договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страхового взноса и страховой выплаты. Страховая сумма устанавливается по согласованию между страхователем и страховщиком и не может превышать страховой стоимости, определяемой из денежной оценки обязательств должника перед страхователем по застрахованному контракту на момент заключения договора страхования, а также возможного объема потери доходов (дополнительных расходов) в результате неисполнения (ненадлежащего исполнения) договорных обязательств контрагентом страхователя.

Величина страхового взноса устанавливается в зависимости от размера процента тарифной ставки от страховой суммы и может корректироваться в зависимости от типа контрактов (торгово-закупочные, по оказанию консультационных, посреднических услуг, на производство промышленной продукции, на выполнение работ и т. п.), индивидуального риска и др.

При заключении договора часто устанавливается франшиза, чтобы страхователь не потерял интереса в своевременной оплате покупателем товаров либо услуг. Как правило, ее размер составляет 20–30% ущерба. Установление франшизы означает, что в случае наступления страхового случая часть ущерба не будет возмещена страховщиком, поэтому страхователю придется быть осмотрительным в выборе контрагентов и принимать меры, направленные на исполнение им договорных обязательств. Как правило, при установлении франшизы не допускается страхование непокрытой части ущерба в других страховых компаниях.

Заключение договора страхования возлагает на страхователя широкий круг обязанностей, нарушение которых может повлечь расторжение договора и отказ страховщика выплатить

страховое возмещение при наступлении страхового случая. Например, страхователь обязан предоставлять страховой компании возможность ознакомления со всеми документами, связанными с осуществлением застрахованных операций, которая, в свою очередь, вправе проверять достоверность предоставленной страхователем информации и следить за выполнением им своих обязательств. При отказе предоставить указанную информацию или при противодействии страхователя проведению проверки страховщик вправе расторгнуть договор. Поводом к расторжению договора может послужить и нарушение страхователем обязанности незамедлительно сообщать страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, которые могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (п. 1 ст. 959 ГК РФ).

При наступлении страхового случая страхователь должен предоставить страховщику доказательства того, что он выполнил все свои обязательства по отношению к своему контрагенту и теперь имеет право требовать оплаты с его стороны. Следует подчеркнуть, что нарушение страхователем условий договора поставки, отсутствие необходимых сопроводительных документов, несоответствие договора требованиям законодательства являются основанием для отказа в выплате страхового возмещения.

После выплаты страхового возмещения к страховой компании в соответствии с положениями ст. 965 ГК РФ переходит право требования с должника или иного лица в пределах выплаченной страхователю суммы. При этом страхователь обязан передать страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления страховщиком перешедшего к нему права требования.

Кроме того, следует помнить, что предприятие обязано сообщать своей страховой компании о любом событии, которое может увеличить степень страхового риска. Это может быть, например, просьба должника изменить условия платежей. Страховая компания имеет полное право прекратить действие страхового договора, если она сочтет, что степень риска значи-

тельно увеличилась. В то же время страховая компания может проверить, насколько точна предоставляемая ей информация.

9.4. Страхование интеллектуальной собственности

Для большинства стран сфера интеллектуальной собственности — основной потенциал экономического развития. Экономический рост в мире на 3/4 основывается на научно-техническом прогрессе. Объемы международной торговли объектами интеллектуальной собственности ежегодно возрастают. Государство и субъекты хозяйствования несут огромные убытки от незаконного использования принадлежащей им интеллектуальной собственности. В связи с этим возникает потребность в компенсации этого ущерба. Ужесточение силовых мер государства в данных условиях отходит на второй план, появляется необходимость в качественно новом методе.

В этой ситуации становятся актуальными вопросы о страховании как о форме защиты владельцев интеллектуальной собственности от возможных потерь. В ряде стран с развитой рыночной экономикой, в том числе США, Великобритании, Франции, страховые компании уже продолжительное время успешно работают на рынке страхования интеллектуальной собственности. Например, во Франции такой вид страхования появился в 1980-х гг.

Российский страховой рынок по сравнению с зарубежным очень молод и страхование интеллектуальной собственности — это совершенно новое, открытое для исследований направление.

Под ***страхованием интеллектуальной собственности*** понимают совокупность видов страхования, в которых объект страхования связан с созданием, использованием или оборотом результатов интеллектуальной деятельности, а также оказанием консалтинговых или посреднических услуг на рынке интеллектуальной собственности. Обычно речь идет о страховании на случай установления контрафактного использования интеллектуальной собственности иными лицами, прав собственности на случай их утраты или сужения (титул собственности

на объект интеллектуальной собственности) либо обвинений в использовании чужих результатов и достижений (страхование ответственности или непредвиденных расходов). Необходимо отметить, что страхование интеллектуальной собственности — это комплексный вид страхования. Он включает в себя страхование финансовых рисков, страхование ответственности и, в отдельных случаях, личное страхование. Правовая основа проведения такого страхования, во-первых, Гражданский кодекс, во-вторых, нормативные акты, регулирующие отношения в сфере интеллектуальной собственности, и, наконец, законодательство о страховании в Российской Федерации.

В соответствии с п. 8 ст. 2 Конвенции, учреждающей Всемирную организацию интеллектуальной собственности (ВОИС), интеллектуальная собственность включает права, относящиеся:

- к литературным, художественным и научным произведениям;
- исполнительской деятельности артистов, звукозаписи, радиотелевизионным передачам;
- изобретениям во всех областях человеческой деятельности;
- научным открытиям;
- промышленным образцам;
- товарным знакам, знакам обслуживания, фирменным наименованиям и коммерческим обозначениям;
- защите против недобросовестной конкуренции, а также все другие права, относящиеся к интеллектуальной деятельности в производственной, научной, литературной и художественной областях.

В зависимости от характера объекта интеллектуальной собственности (ОИС) выделяются две основные группы исключительных прав.

Авторское право, которое распространяется на произведения науки, литературы и искусства независимо от назначения и достоинства произведения, а также способа его выражения, и смежные права тех, кто воплощает объекты авторского права.

Промышленная собственность, т. е. исключительные права на результаты интеллектуальной деятельности, используемые в сфере материальной деятельности человека (изобретения, полезные модели, промышленные образцы), а также на охраняемые законом символы и обозначения, используемые в торговом обороте.

Авторские права подразделяются на личные неимущественные права (моральные) и имущественные.

К ***неимущественным правам*** относятся: право авторства; право на имя (т. е. право использовать или разрешать использовать произведение под подлинным именем автора, псевдонимом либо без обозначения имени); право на обнародование в любой форме; право на защиту репутации автора.

В свою очередь, *имущественные права* включают в себя: право на воспроизведение; право на распространение любым способом (продавать, сдавать в прокат и т. п.); право на импорт; право на публичный показ; право на публичное исполнение; право на передачу в эфир; право на перевод; право на переработку; право на вознаграждение (по авторскому договору).

Существуют так называемые нетрадиционные общества интеллектуальных страховщиков (ОИС). Один из таких объектов — ноу-хау. Применительно к российскому законодательству необходимо выделить следующие признаки, позволяющие установить особенности ноу-хау:

- неизвестность и недоступность для третьих лиц (иными словами, секретность);
- воспроизводимость (сама идея выражена в какой-либо объективной форме, например в виде схем, чертежей и т. д., и может быть передана по договору);
- незапатентованность (соответствующая информация не охраняется ни авторским, ни патентным правом);
- практическая применимость в какой-либо области (техники, промышленности и др.);
- возможность определения цены ноу-хау (экономическая ценность).

Хотя законодательство и не содержит определения ноу-хау, тем не менее ясно, что ноу-хау существенно отличается с правовой точки зрения от ОИС, поскольку на него ни у кого нет исключительных прав, а есть лишь фактическая монополия разработчика.

При страховании объектов интеллектуальной собственности **страхованию подлежат:**

• экономические убытки страхователя, вызванные утратой или отказом в получении охранных документов на ОИС, причиненные следующими событиями:

непредвиденное разглашение существа ОИС и утечка информации, приведшие к появлению сведений в открытой печати и повлекшие к потере приоритета, широкому безвозмездному использованию ОИС конкурентами, получению охранных документов конкурентами на ОИС и закрытию рынка сбыта ОИС;

неквалифицированное оформление заявочных материалов на получение охранных документов на ОИС, повлекшее к потере приоритета, широкому безвозмездному использованию ОИС конкурентами, получению охранных документов конкурентами на ОИС и закрытию рынка сбыта ОИС;

обнаружение патентов-аналогов с более ранним приоритетом, повлекшее к потере приоритета или признания ОИС недействительным в результате оспаривания третьими лицами;

• экономические убытки страхователя, вызванные использованием ОИС без разрешения страхователя — владельца ОИС, что повлекло к широкому безвозмездному использованию ОИС конкурентами, плагиату в литературе, искусстве, науке;

• судебные расходы, в том числе на уплату государственной и иных пошлин, возмещение издержек, связанных с рассмотрением дела (сумм, подлежащих выплате за проведение экспертизы, назначенной арбитражным или общегражданским судом либо органами Государственного патентного ведомства Российской Федерации, вызов свидетеля, осмотр доказательств на месте), а также издержек, связанных с исполнением судебного акта вследствие необходимости защитить нарушенные третьими

лицами права страхователя на ОИС, расходы по оплате услуг стороннего адвоката, специализирующегося на ведении дел такого рода, и др. При этом страхователь может выступать в качестве как истца, так и ответчика.

Возмещению при страховании интеллектуальной собственности подлежат убытки от предпринимательской деятельности с использованием исключительных прав на ОИС, которые предприниматель понес бы при наступлении страхового случая. В состав этих убытков включаются:

- суммы неполученных платежей по лицензионным или авторским договорам;
- ущерб в виде выручки, полученной нарушителем исключительных прав страхователя на ОИС от продажи контрафактной продукции;
- ущерб, связанный с присвоением нарушителем прав экономии от использования ОИС при производстве продукции;
- расходы, связанные с нарушением прав третьего лица на ОИС;
- расходы по защите своих прав в суде и сопутствующие этому процессу расходы, в том числе и на восстановление нарушенных прав.

В общем виде *страховая премия* рассчитывается как произведение базового параметра (оборот предприятия, объем выручки, суммарный объем платежей и др.), базового тарифа, коэффициента лимита возмещения (для каждого уровня свой) и коэффициентов риска (повышающие или понижающие). Расчет базового тарифа — сложный процесс, требующий глубоких знаний математики и статистики. К возможным факторам, которые могут влиять на величину риска и соответственно размер страховой премии, относятся:

- технический уровень продукции, выпущенной с использованием ОИС;
- особенности производства (массовое, серийное, мелкосерийное, штучное);
- уровень сложности производства лицензионной продукции;

• данные о правовой охране ОИС (страны патентования, наличие лицензий и т. п.);

• патентная чистота ОИС, затраты на патентные исследования;

• наличие юридической службы в компании;

• территориальная диверсификация компании (внутренний, внешний рынок — перечень стран);

• диверсификация клиентуры (данные о потенциальных клиентах — договоры о намерениях, опционные соглашения; общая информация о клиентах);

• размер компании (крупный, средний и мелкий бизнес).

В настоящее время на рынке страхования интеллектуальной собственности предлагаются два основных типа полисов.

"Покрытие устранения нарушения патентных прав" (англ. Patent Infringement Abatement Coverage) — покрывает расходы, связанные с судебным преследованием лица, нарушившего исключительные права на ОИС, принадлежащий страхователю:

• расходы в случае предъявления иска страхователем к третьим лицам в течение действия договора страхования;

• расходы в случае предъявления встречного иска третьим лицом и обвинения в недействительности патента страхователя;

• расходы на повторную экспертизу патента страхователя в патентном ведомстве;

• расходы на перевыпуск патента для подкрепления иска.

"Покрытие расходов на защиту патентных прав" (англ. Patent Infringement Defence Cost) — защищает страхователя в случае предъявления ему заявления о нарушении исключительных прав на ОИС, принадлежащий третьим лицам, и покрывает:

• расходы по защите прав в суде;

• расходы, связанные с исполнением судебного решения, или отступные при досудебном порядке урегулирования претензий.

Кроме того, на рынке существуют также *полисы, покрывающие потери в случае недополучения лицензионных платежей.* Существуют также и индивидуальные программы страхования расходов по устранению последствий недобросовестной конку-

ренции с незаконным использованием товарных знаков, которые включают в себя оплату судебных издержек, государственных пошлин при регистрации нового товарного знака, а также расходы на рекламу нового товарного знака.

В России первые шаги по разработке и внедрению правил страхования рисков, связанных с созданием, использованием и оборотом ОИС, начали предприниматься только в начале 2000 г. Например, страховая компания "Гута-страхование" в декабре 2000 г. получила лицензию на страхование рисков, связанных с нарушением прав на ОИС. В это же время российская компания, страховое агентство "Интер-полис", разработала страховой продукт, базирующийся на правилах страхования на случай неисполнения обязательств партнерами обладателя прав на ОИС.

Несмотря на то что на сегодняшний день страхование интеллектуальной собственности развивается достаточно динамично, применительно к данному виду имущественного страхования можно выделить следующие проблемы:

- сложности с корректной и устраивающей как страхователя, так и страховщика оценкой страховой суммы при заключении договора страхования;
- проблемы с определением величины выплаты страхового возмещения при отсутствии прецедентов выплат;
- неподготовленность перестраховочной защиты по российским рискам за рубежом и в России;
- отсутствие достаточного количества подготовленных кадров, готовых и желающих сразу же заниматься новым видом страхования;
- отсутствие общедоступной статистики, необходимой для расчета и корректировки страховых тарифов.

9.5. Страхование инвестиций

Инвестиционная деятельность неразрывно связана с рисками. Риски инвестиций заключаются в полной или частичной потере ожидаемого эффекта от капиталовложений, которая может выражаться: в полной или частичной утрате инвестиционных товаров на разных стадиях инвестиционного процесса; срыве

или замедлении сроков строительно-монтажных работ; невозможности обеспечить окупаемость вложенных средств; потере дохода вследствие непредсказуемого увеличения сроков оборота авансированного капитала. Классификация инвестиционных рисков включает в себя следующие группы рисков:

- государственного регулирования;
- политические;
- природные и экологические;
- отраслевые;
- финансовые;
- противоправные;
- управленческие;
- маркетинговые;
- конкурентные;
- производственные;
- правовые или юридические.

Существующие методы управления рисками подразделены на методы отказа от риска, снижения риска, передачи риска, принятия риска. Управление инвестиционными рисками может осуществляться одним или несколькими указанными методами, дополненными правовыми, управленческими или финансовыми инструментами. Страхование является одним из наиболее эффективных инструментов управления инвестиционными рисками.

Инвестиционное страхование одновременно входит в три отрасли страхования: личное, имущественное страхование и страхование ответственности.

Личное страхование включает в себя: страхование от несчастных случаев на производстве и медицинское страхование на случай ущерба при реализации производственных, социальных, управленческих и правовых рисков. Ущерб может быть выражен в виде причинения вреда жизни и здоровью страхователя.

Страхование гражданской ответственности состоит из страхования ответственности заказчика перед инвестором; профессиональной ответственности проектировщика; ответственности генерального подрядчика перед заказчиком; гражданской и

профессиональной ответственности генподрядчика; ответственности субподрядчиков перед генеральным подрядчиком. Страхование ответственности за исполнение обязательств может быть предусмотрено в договорах на выполнение работ.

Страхование имущественных рисков покрывает опасности, угрожающие строительно-монтажным организациям: страхование запасов на строительной площадке, технических рисков, строительной техники, временных сооружений, гарантийных послепусковых обязательств, убытков от перерыва в производстве, перевозимых грузов и т. д. Если инвестиции обеспечены банковским кредитом, то страховой защитой должно быть обеспечено залоговое имущество.

Приобретение инвестиционных товаров строительными и промышленными фирмами вызывает необходимость использования страхования товарного кредита. В рамках страхования инвестиционных кредитов может осуществляться страхование требований, следующих из договоров лизинга.

Объектами страхования инвестиций являются интересы юридических и физических лиц, связанные с сохранением жизни, здоровья, владением и распоряжением имуществом и имущественными интересами, ответственностью перед третьими лицами в процессе осуществления предпринимательской инвестиционной деятельности.

Предметом страхования служит инвестиционная деятельность в различных проявлениях.

К основным проблемам страхования инвестиционных проектов относятся:

• страхование рисков реализации и финансирования проектов, которые достаточно сложно правильно организовать. Ведь страховая деятельность лицензируется. Очевидно, что подготовка документов является для страховых компаний сложным делом, тем более при освоении нового сегмента страхового рынка, связанного с реализацией и финансированием инвестиционных проектов;

• трудности, связанные с объективной оценкой реально существующей практики реализации проектов. Нельзя сказать,

что практика такого рода в России очень богата. Но и она не систематизирована достаточно глубоко. В этих условиях говорить о представительной статистической базе реализации инвестиционных проектов, которую страховщики могли бы положить в основу своей системы тарифов, ставок и резервов, неправомерно;

• страхование рисков реализации и финансирование инвестиционных проектов. Необходимо провести соответствующие методические разработки, которые могут лечь в основу актуарных расчетов. Определение затрат, необходимых на страхование данного объекта, — один из наиболее сложных и ответственных моментов в деятельности страховщика.

Роль актуарной калькуляции очень важна в страховом бизнесе. С одной стороны, она позволяет определить себестоимость услуги, оказываемой страховщиком, а с другой — с ее помощью создаются условия для всестороннего анализа и раскрытия причин экономических, финансовых и организационных успехов или недостатков в деятельности страховой компании.

Актуарная калькуляция позволяет определить размер страховых взносов по договору. Величина этих взносов предполагает измерение принимаемого страховщиком риска. В состав актуарной калькуляции входит также исчисление суммы или доли расходов на ведение дела по обслуживанию договора страхования. Следовательно, чтобы наладить в России в практическом плане страхование рисков реализации и финансирования инвестиционных проектов, отечественным страховым компаниям необходимо найти возможность достаточно качественно решить все три указанные выше проблемы для получения практической возможности осуществлять страхование.

Вопросы для самоконтроля

1. Какое влияние оказывают риски на предпринимательскую деятельность?

2. По каким критериям классифицируются риски в предпринимательстве?

3. В чем заключается специфика предпринимательских рисков?

4. Объясните особенность предпринимательских рисков, страхование которых не представляется возможным.

5. Чем объясняется различие в определении страховой суммы в страховании предпринимательских рисков и иных видов имущественного страхования?

6. Каковы основные условия, позволяющие признать договор страхования предпринимательских рисков ничтожным?

7. В чем заключаются особенности определения участников договора страхования предпринимательской деятельности?

8. Какую роль выполняет страхование и самострахование в предпринимательской деятельности?

9. Объясните причины, сдерживающие развитие основных направлений страхования предпринимательской деятельности в России.

10. Как рассчитывается ущерб от перерыва в производстве, возмещаемый страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования?

11. От чего зависит величина тарифной ставки при страховании от перерывов в производстве?

12. Поясните причины, по которым договор страхования от перерывов в производстве заключается, как правило, одновременно с договором имущественного страхования.

13. Какие причины могут вызвать простои в производстве?

14. Какие расходы входят в текущие расходы страхователя при страховании от перерывов в производстве?

15. Объясните сущность и необходимость страхования риска невыполнения договорных обязательств.

16. Какие убытки не подлежат возмещению при страховании риска невыполнения договорных обязательств?

17. Назовите основные причины, препятствующие развитию страхования интеллектуальной собственности в России.

18. Как определяется страховая сумма при страховании ОИС?

19. Охарактеризуйте типы полисов на рынке страхования интеллектуальной собственности.

20. Как проводится оценка страховой стоимости и расчет страховой премии при страховании объектов интеллектуальной собственности?

21. Каковы перспективы развития страхования интеллектуальной собственности в России?

22. В чем заключается специфика оценки страховой стоимости и определения страховой суммы в инвестиционном страховании?

23. Каковы основные проблемы страхования инвестиционных проектов?

Глава 10. СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

10.1. Общие принципы страхования ответственности и его особенности

Под **страхованием ответственности** понимается страхование, объектами которого являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы, связанные с возмещением страхователем причиненного им вреда личности или имуществу физического лица, а также вреда, причиненного юридическому лицу за счет средств страховщика.

Страхование ответственности — типичный пример страхования от всех рисков. Указанное страхование проводится в отношении любых событий, повлекших наступление страхового случая, кроме тех, которые поименованы в перечне исключений.

Согласно ГК РФ (ст. 927, 929, 931, 932) и ст. 4 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации" страхование ответственности является не самостоятельной отраслью, а составной отраслью в имущественном страховании, поскольку большинство видов ответственности связано с использованием или распоряжением имуществом. Однако оно отличается от него тем, что при имущественном страховании страхуется заранее определенная вещь или собственность на заранее определенную сумму, а при страховании ответственности объектом защиты являются не заранее определенные какие-либо имущественные блага, а средства страхователя в целом.

В практике стран с развитой рыночной экономикой страхование ответственности так же относится к имущественному страхованию и является обязательным для многих хозяйствующих субъектов и отдельных профессий (владельцы отелей,

ресторанов, спортивно-зрелищных заведений, транспортных средств, казино, ночных клубов; врачи, адвокаты, нотариусы, таможенные работники и др.).

Объектом страхования гражданской ответственности являются имущественные интересы страхователей (застрахованных лиц), связанные с обязанностью возместить причиненный другим лицам вред. При этом может быть застрахована ответственность как самого страхователя, так и других лиц (застрахованных лиц), которая должна быть установлена в договоре страхования. По условиям договора страхования гражданской ответственности страховщик предоставляет страхователям (застрахованным лицам) страховую защиту в случае предъявления им третьими лицами (в соответствии с нормами гражданского законодательства или по решению суда) требований о возмещении вреда, причиненного страховым случаем. Причем страховой случай наступил в течение срока действия договора страхования и выразился в смерти, причинении вреда здоровью и (или) уничтожении (повреждении) имущества.

Конкретный перечень событий, которые могут повлечь за собой ответственность страхователя (застрахованного лица) за причинение вреда третьим лицам и включенные в объем обязательств страховщика, устанавливается по соглашению сторон при заключении договора страхования. Он может включать в себя несколько видов деятельности, при осуществлении которых страхователем (застрахованным лицом) может быть нанесен вред, подлежащий возмещению страховщиком, перечень неблагоприятных последствий, за которые отвечает страховщик (загрязнение окружающей среды, утрата взятого в перевозку груза, нанесение вреда здоровью пассажиров и др.), характеристику событий, могущих привести к нанесению вреда третьим лицам (столкновение с другим судном, авария на производстве, ошибки или упущения страхователя или его сотрудников и др.).

Потерпевшим (выгодоприобретателем, получателем страховых выплат) признается третье лицо, с которым у страхователя до наступления страхового случая существовали или отсутствовали какие-либо отношения. Так, в страховании ответ-

ственности за причинение вреда будущие потерпевшие зачастую являются неизвестными страхователю.

Страховым случаем при страховании ответственности считается утрата или повреждение имущества третьих лиц, нарушение их здоровья, трудоспособности или смерть, а также снижение их личных доходов в результате неумышленных действий страхователя или застрахованного лица, оговоренные в условиях страхования.

Предоставляемая страховщиком страховая защита может включать в себя:

• оплату обоснованных, т. е. подлежащих возмещению в соответствии с действующим законодательством и условиями договора страхования, требований третьих лиц к страхователю (застрахованному лицу) и отклонение необоснованных требований, а также проверку таких требований страховщиком;

• возмещение необходимых и целесообразных расходов по предварительному выяснению обстоятельств предполагаемых страховых случаев и степени виновности страхователя (застрахованного лица) и внесудебной защите интересов страхователя (застрахованного лица) при предъявлении ему требований в связи с такими случаями;

• возмещение расходов по ведению в судебных органах дел по предполагаемым страховым случаям, если передача дела в суд была произведена с ведома и при согласии страховщика либо страхователь (застрахованное лицо) не мог избежать передачи дела в суд;

• предоставление юридической помощи, услуг адвокатов и специалистов, участвующих в рассмотрении обстоятельств причинения вреда третьим лицам и оценке величины такого вреда, в судебной и внесудебной защите страхователя (застрахованного лица) в связи с предъявляемыми ему требованиями третьих лиц о возмещении вреда;

• возмещение необходимых и целесообразных расходов по спасению жизни и имущества лиц, которым в результате страхового случая причинен ущерб, или уменьшение другого ущерба, причиненного страховым случаем;

• оплату сумм залога или иных сумм, которые страхователь (застрахованное лицо) обязан внести в силу закона, по решению суда или иных компетентных органов в качестве обеспечения выполнения обязательств, связанных с причинением вреда третьим лицам.

Под *ответственностью* понимается обязательство возмещения ущерба, причиненного одним лицом другому лицу. Это обязательство возникает только при наличии определенных действий (бездействия) или упущений, при которых нарушаются блага другого лица. Необходимо понимать четкое разграничение между уголовной и гражданской ответственностью. Цель *уголовной ответственности* — наказание лица, сознательно совершившего правонарушение, попадающее под уголовную ответственность, а ***гражданской*** — возмещение причиненного ущерба. Страховать можно только гражданскую ответственность.

Различают договорную и внедоговорную (деликтную) гражданскую ответственность. *Внедоговорная ответственность* (ст. 931 ГК РФ) наступает в случае нанесения вреда третьим лицам, не связанным договорными обязательствами. *Договорная ответственность* (ст. 932 ГК РФ) наступает вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения договорных обязательств и носит имущественный характер.

При страховании ответственности страховая сумма устанавливается:

• при помощи лимитов страхового возмещения;
• законодательством страны;
• решением суда.

Лимит страхования — максимальная денежная сумма, на которую можно застраховать материальные ценности, жизнь, здоровье и т. д. исходя из произведенной оценки риска. Лимит, который принимает на себя страховщик, устанавливается по согласованию сторон. Считается, что ущерб в такой сумме может возникнуть при причинении застрахованным лицом вреда третьим лицам. Страховщик обязан позаботиться о правильности определения лимита и риска наступления неблагоприятного

случая. Как правило, страховое возмещение по договору страхования ответственности не должно превышать страховую сумму. Однако страховое возмещение может превысить ее, если страховщик в соответствии со ст. 962 ГК РФ возмещает страхователю расходы, произведенные последним для уменьшения убытков, подлежащих возмещению страховщиком.

Договором страхования ответственности может быть установлено несколько *лимитов ответственности*. Первый — лимит на одно пострадавшее лицо. В этом случае оговаривается максимально возможное возмещение в расчете на одно пострадавшее третье лицо из-за страхового случая. Второй — лимит на один страховой случай. Третий — агрегативный лимит. Его применение означает, что договор страхования предусматривает максимально возможное возмещение в течение всего срока его действия. Лимит не определяется согласно страховым правилам, если размеры возмещения установлены законодательством страны.

Если фактическую стоимость ущерба или вреда определить невозможно либо она оспаривается одной из сторон, то размер возмещения определяется судом.

Под ***убытками*** при страховании ответственности понимают те отрицательные последствия, которые наступили в сфере имущественных интересов потерпевшего в результате нарушения его гражданских прав.

Выделяют два вида убытков: прямые и косвенные.

Прямые убытки включают в себя две категории. Первая категория состоит в уменьшении имущества потерпевшего, и ее именуют *реальным ущербом*. Реальный ущерб включает в себя расходы, которые лицо, чье право нарушено, понесло или должно понести для восстановления нарушенного права, в том числе стоимость утраченного или поврежденного имущества, расходы на лечение, расходы, связанные с увеличением потребностей (например, специальные ортопедические приспособления, наем медсестры). Реальный ущерб состоит не только из фактически понесенных расходов, но и расходов стороны, чье право нарушено, которые эта сторона должна будет произве-

сти для восстановления нарушенного права. Целесообразность таких расходов и их предполагаемый размер должны быть подтверждены обоснованными расчетами, доказательствами и необходимыми документами. Такими документами могут быть признаны сметы затрат на устранение повреждений объекта имущества, проектно-сметная документация на восстановление поврежденного объекта, договоры, устанавливающие размер ответственности за нарушение обязательств по ним и др.

Вторая категория убытков проявляется в несостоявшемся приумножении имущества или стоимости имущественных интересов потерпевшего и именуется *упущенной выгодой*. Упущенная выгода предполагает недополученные доходы, которые потерпевшая сторона могла бы получить при обычных условиях, если бы ее гражданское право не было нарушено.

Убытки, подлежащие возмещению потерпевшим, чаще всего подразделяются на связанные с повреждением или утратой имущества и вытекающие из причинения вреда здоровью физических лиц. Ущерб, связанный с потерями в имуществе, составляют убытки, явившиеся следствием уничтожения, повреждения, порчи, хищения, незаконного расходования имущества. Для возмещения такого ущерба потерпевшие должны оформить документы, подтверждающие наличие ущерба и его размеры. Сумма ущерба определяется, как правило, следующим образом:

• при полной гибели, уничтожении, пропаже имущества — в размере его стоимости на день страхового случая за вычетом стоимости имеющихся остатков, годных для производства или реализации;

• при частичном повреждении имущества — в размере затрат на его восстановление либо, если имущество не подлежит восстановлению, в размере разницы между стоимостью имущества до страхового случая и его стоимостью с учетом обесценения после страхового случая.

Размеры страховой премии по каждому из видов страхования ответственности определяют по-разному в зависимости от их специфики. Для их расчета чаще всего применяют страховые

тарифы, устанавливаемые в процентах (или в денежных единицах) к показателю, называемому *параметром риска*. Договором страхования может быть предусмотрено, что при его заключении страховая премия рассчитывается либо на основе оценки величины соответствующего параметра риска на предстоящий период страхования (например, год), либо исходя из его размеров в предыдущий период. По окончании срока страхования страхователь обязан сообщить страховщику фактические сведения о величине параметра риска в период действия договора. На основе представленных данных производится перерасчет размеров страховой премии за истекший период страхования, а разница между суммами страховой премии, рассчитанной на основе оценочных и фактических данных, засчитывается в счет страховой премии за следующий страховой период, возвращается страхователю либо подлежит доплате страхователем. При этом в ряде случаев используется оговорка, в соответствии с которой возврат страховщиком страховой премии страхователю не должен превышать определенной величины (например, 25% от суммы полученных страховых взносов).

Правила страхования ответственности при наступлении страхового случая предусматривают *обязанность застрахованного:*

• сообщить о любом ущербе в течение срока, определенного договором или законодательством;

• точно описать причину возникновения ущерба;

• без согласования со страховой компанией не производить платежей пострадавшим и не делать заявлений об обязанности возмещения вреда или ущерба;

• немедленно известить свою страховую компанию, если предъявлено требование о возмещении ущерба через суд;

• о любом несчастном случае обязательно сообщать страховой компании.

Страхование гражданской ответственности в большинстве случаев является добровольным. *Обязательными видами страхования* гражданской ответственности на территории РФ являются: страхование профессиональной ответственности

нотариусов, оценщиков, таможенных брокеров, аудиторов, с 25.04.2002 г. владельцев автотранспортных средств.

В развитых странах существуют свои классификации видов страхования ответственности. Каждая страна имеет те или иные особенности, но, как правило, включает в себя следующие виды: страхование ответственности в частной сфере (страхование ответственности главы семьи, владельца животных, домовладельцев, за загрязнение вод, владельцев судов и др.), страхование автогражданской ответственности, страхование ответственности производителя товара, страхование профессиональной ответственности, страхование ответственности за нанесение вреда окружающей среде. В западных странах введено обязательное страхование ответственности владельцев автотранспортных средств, владельцев воздушных судов, ответственность производителей медицинских препаратов, оборудования, ответственность владельцев домашних животных и др.

10.2. Страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств

По российскому законодательству любой автомобиль считается источником повышенной опасности.

Рассматривать автотранспорт, находящийся в собственности физических и юридических лиц, как потенциально опасный объект дает основания статистика аварийности.

В результате автомобильной аварии собственникам транспортных средств, водителям, пассажирам и третьим лицам может быть необходима компенсация следующих видов ущерба:

- имущественный ущерб, наносимый самому транспортному средству, предметам, находящимся в нем, а также иному имуществу собственников транспортных средств или третьих лиц;
- физический ущерб, наносимый жизни и здоровью водителя, пассажиров, третьих лиц, пострадавших от аварии;
- расходы лица, виновного в ДТП, по возмещению вреда, нанесенного им третьим лицам (имущественного и физического);

• убытки, связанные с расходами при рассмотрении в суде дел о возмещении причиненного вреда (судебные издержки), издержки, связанные с оплатой юридических консультаций, услуг адвокатов, независимых экспертов, оценщиков и т. п., возникающие в ходе разбирательств по спорным ситуациям.

Автострахование как область страховой деятельности, т. е. предоставление полной, комплексной страховой защиты от рисков, связанных с эксплуатацией автотранспортных средств, включает в себя три основные группы видов страхования (реализуемые по отдельным полисам или комбинированно):

• страхование самих транспортных средств от повреждения или уничтожения в результате аварий, стихийных бедствий, противоправных действий третьих лиц, а также хищения автомобиля;

• личное страхование (страхование жизни и здоровья водителей и пассажиров);

• страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств.

При страховании гражданской ответственности речь идет о защите имущественных интересов третьих лиц, что имеет высокую социальную значимость. В судебной практике постоянно принимается множество решений о возмещении вреда, нанесенного виновниками ДТП третьим лицам. Например, если третье лицо — гражданин, пострадавший в результате аварии, стал инвалидом или лечился в течение длительного времени, то его медицинские расходы, потерю доходов в связи с нетрудоспособностью или выплаты семье погибшего при летальном исходе оплачиваются виновным лицом. Если при столкновении автовладелец нанес ущерб другой автомашине (особенно дорогой иномарке), он столкнется с непредвиденными крупными расходами, связанными с оплатой ее ремонта.

В соответствии со ст. 1079 ГК РФ “возмещение вреда возлагается на юридическое лицо или гражданина, которые владеют источником повышенной опасности на праве собственности, праве хозяйственного ведения или праве оперативного управления”.

10.2.1. Обязательное страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств (ОСАГО)

Риск гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств может быть застрахован как в обязательной, так и в добровольной форме.

Для возможности проведения обязательного страхования одним из основных условий является наличие у страховщика лицензии на право осуществления ОСАГО. Получение лицензии предусматривает наличие у страховой организации не менее чем двухлетнего опыта осуществления операций по страхованию транспортных средств или гражданской ответственности их владельцев, а также наличие у страховщика в каждом субъекте РФ своего представителя (обособленного подразделения или действующего на основании договора со страховой компанией другого страховщика).

При данном виде страхования заранее определены только страховщик и страхователь, которые, вступая во взаимоотношения, создают за счет платежей страхователей специальный фонд для расчетов с потерпевшими. Но при этом заранее не могут быть установлены застрахованное лицо или имущество. Роль страховой суммы играет лимит ответственности страховщика по данному виду страхования или размер ущерба исходя из фактической величины причиненного вреда, определенной по согласованию сторон либо в соответствии с решением суда, если такой лимит отсутствует.

Дифференциация тарифных ставок при страховании гражданской ответственности владельцев автотранспорта обычно учитывает мощность мотора или рабочего объема цилиндров двигателя транспортного средства, сложившиеся в данной местности показатели аварийности и убыточности страховых операций, число мест для пассажиров и водителя или грузоподъемность и некоторые другие факторы. Во внимание также принимается уровень профессионального мастерства водителя — число лет безаварийной работы и километраж пробега автомобиля.

К ***страховым случаям*** относятся: смерть, увечья и иное повреждение здоровья третьего лица. Кроме того, страховая выплата в рамках договора страхования производится третьим лицам в связи с уничтожением или повреждением их имущества. При компенсации имущественного ущерба предполагается:

• ремонт автомобиля или возмещение стоимости автомобиля в случае его полной гибели (более половины всех расходов по этому виду страхования);

• возмещение убытков при понижении стоимости автомобиля;

• возмещение убытков при потере заработка;

• покрытие расходов на аренду автомобиля на период его ремонта (некоторые страховые компании предоставляют арендный автомобиль застрахованному в течение часа после наступления страхового случая);

• возмещение убытков от простоя автомобиля и прочих материальных убытков.

Страховщик освобождается от ответственности произвести выплату, если будет установлено, что причинение имущественного вреда третьим лицам обусловлено умыслом потерпевшего или страхователя. Аналогично страховщик освобождается от ответственности произвести оплату, если будет установлено, что имущественный вред возник по причине проявления непреодолимых сил стихийных, военных бедствий. Ограничение и отказ в выплате будут иметь место, если страховщик установит причинно-следственную связь между фактом имущественного вреда и обстоятельствами использования транспортного средства.

Согласно новым правилам ОСАГО величина страховых премий зависит от количества совершенных ДТП. Следовательно, чем больше аварий, тем больше цена страхования. В страховании такая система получила название “бонус-малус”.

По данным ФССН, по итогам 2008 г. убыточность операций по ОСАГО, рассчитываемая как отношение состоявшихся убытков к заработанной премии, составила 57%. По итогам 2007 г. этот показатель равнялся 67%. Снижение этого показателя на 10 процентных пунктов обусловлено отзывом лицензий у нескольких

страховщиков, снижением резерва заявленных убытков у отдельных компаний.

Сборы по ОСАГО в 2008 г. составили 75,5 млрд руб. (в 2007 г. — 72 млрд руб.), выплаты — 44,7 млрд руб. (41,3 млрд руб.). За 2008 г. было заключено 35 млн договоров ОСАГО (34,5 млн). Это следует из подготовленных ФССН статистических данных, подлежащих ежегодной официальной публикации в соответствии с законом об ОСАГО.

1 января 2008 г. лицензии на ОСАГО имели 178 страховщиков, на 1 января 2009 г. — 168. В 2008 г. с физическими лицами было заключено 30 млн договоров (29,4 млн за 2007 г.), сборы по которым составили 60,4 млрд руб., выплаты — 38,6 млрд руб. С юридическими лицами было заключено 5 млн договоров (5,1 млн за 2007 г.). Сборы по ним равнялись 15,1 млрд руб., выплаты — 6,1 млрд руб.

По автотранспорту физичеких лиц выплаты за вред, причиненный жизни потерпевших, составили 355,8 млн руб. (127,2 млн руб. за 2007 г.), за вред здоровью — 243,6 млн руб. (543,1 млн руб.), имуществу — 37,2 млрд руб. (32,6 млрд руб.). Расходы на независимую экспертизу по транспорту физических лиц равнялись 617,4 млн руб. (735,7 млн руб.), в том числе на экспертизу, организованную страховыми компаниями, — 338,6 млн руб. (413,9 млн руб.), организованную потерпевшими — 311,2 млн руб. (321,8 млн руб.).

По автотранспорту, владельцами которого являются юридические лица, выплаты за вред, причиненный жизни потерпевших, составили 41,3 млн руб. (20,8 млн руб.), за вред здоровью — 125,02 млн руб. (95,7 млн руб.), имуществу — 6,2 млрд руб. (5,3 млрд руб.) Расходы на независимую экспертизу по транспорту юридических лиц равнялись 150,6 млн руб. (193,9 млн руб.), в том числе на экспертизу, организованную страховщиками, — 71,2 млн руб. (75,5 млн руб.), потерпевшими — 79,4 млн руб. (118,4 млн руб.).

«Иные» выплаты страхователям (как физическим, так и юридически лицам) составили 1,9 млрд руб. (2,1 млрд руб.). Почти все они пришлись на возвраты страховой премии по досрочно

прекращенным договорам — за исключением 32,6 млн руб. расходов, связанных с ликвидацией ДТП.

По итогам первого полугодия 2009 г. величина страховых премий и страховых выплат по ОСАГО представлена в табл. 10.1.

Таблица 10.1

Страховые премии и выплаты по ОСАГО за 1 полугодие 2009 г.

Вид страхования	Страховые премии			Выплаты		
	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года
Обязательное страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств	39,87	14,9	101,7	23,6	8,7	104,5

В пятерку крупнейших компаний по итогам первого полугодия 2009 г. вошли (табл. 10.2).

Таблица 10.2

Крупнейшие страховые компании по итогам 1 полугодия 2009 г.

Место	Компания	Страховая премия по заключенным договорам, тыс. рублей	Количество заключенных договоров	Средняя стоимость полиса, тыс. рублей	Совокупные страховые выплаты, тыс. рублей	Количество урегулированных убытков	Средняя сумма выплаты, тыс. рублей
1	Группа Росгосстрах	11 608 682	6 029 305	2	6 403 830	289 448	22,1
2	РЕСО-Гарантия	3 498 354	1 158 839	3	1 726 584	71 890	24
3	Московская страховая компания	2 963 340	1 247 898	2	1 753 124	66 598	26,3
4	Группа Ингосстрах	2 770 328	773 316	4	1 545 170	н. д.	н. д.
5	Группа РОСНО	1 494 452	419 147	4	872 418	49 629	17,6

Особую группу международных договоров об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств составляет соглашение о *"Зеленой карте"*. Система международных договоров о "Зеленой карте" получила свое название по цвету и форме страхового полиса. В 1949 г. был подписан договор о "Зеленой карте" между 13 странами-участницами. В настоящее время число участников составляет 44 страны. А это — вся Европа, включая Украину и Белоруссию, и такие страны, как Израиль, Марокко, Тунис и Иран.

Страны — участницы договора приняли на себя обязательство признавать на своей территории страховые полисы, выписанные за рубежом.

Таким образом, полис «Зеленой карты» дает гарантию того, что страховое покрытие по нему соответствует минимальным требованиям страны, в которую направляется его владелец.

С 1 января 2009 г. поступили в продажу первые «Зеленые карты» российского образца. Наличие такого полиса является обязательным требованием при пересечении границы для автотуристов и международных автоперевозчиков. Членами российского бюро «Зеленой карты» являются 12 компаний.

10.2.2. Добровольное страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств

Добровольное страхование автогражданской ответственности можно оформить тремя способами:

- как самостоятельный договор;
- в составе КАСКО;
- как добровольное расширение ответственности полиса ОСАГО.

В добровольной форме можно застраховать следующие риски, которые не покрываются обязательным страхованием:

- причинение вреда при использовании иного транспортного средства, нежели того, которое указано в договоре;
- причинение морального вреда и возмещение упущенной выгоды;

• загрязнение окружающей природной среды;

• причинение вреда транспортным средством грузу, оборудованию.

Договор страхования автогражданской ответственности считается заключенным в пользу лиц, которым может быть причинен вред (выгодоприобретателей).

Размер (лимит) такой ответственности по добровольному страхованию может быть любым — он определяется желанием и платежеспособностью страхователя. Однако установление слишком низкого лимита ответственности грозит возникновением следующей ситуации. В соответствии со ст. 1072 ГК РФ "Возмещение вреда лицом, застраховавшим свою ответственность" страхователь в случае, если страховое возмещение окажется недостаточным для полного возмещения причиненного вреда, должен будет оплатить пострадавшему оставшуюся сумму из собственных средств. Поэтому если автовладелец, желая сэкономить на страховании, выбирает наиболее дешевый полис с минимальным лимитом ответственности, он рискует тем, что страховщиком будет компенсирован не весь ущерб.

Этот вид страхования важен для автовладельца, так как имеет одно существенное преимущество: страховое возмещение по этому риску может стать реальной альтернативой уголовной ответственности и позволит избежать судебных исков от лиц, которые пострадали при ДТП.

Остановимся кратко на условиях, которые закрепляются в правилах страхования ответственности российских компаний.

Объектом страхования является гражданская ответственность, т. е. обязанность владельца автотранспортного средства возместить ущерб, нанесенный третьим лицам, в соответствии с требованиями гражданского права. Страховая компания оплачивает все суммы предъявленных к страхователю претензий по возмещению вреда, нанесенного им имуществу граждан и юридических лиц, а также жизни и здоровью людей, при управлении автотранспортным средством. Страхователями могут быть и физические, и юридические лица — владельцы автотранспортных средств.

Существует перечень стандартных исключений из объема ответственности. В частности, страховые компании не оплачивают случаи умышленного причинения вреда со стороны страхователей, управления машиной в нетрезвом виде и ряде других случаев, указанных в правилах страхования.

Страховой полис выдается, как правило, на год, хотя по желанию клиента можно застраховаться и на меньший срок. Стоимость годового страхового полиса зависит от страховой суммы (общего лимита ответственности), которую клиент выбирает сам (она не привязана к стоимости автомобиля). Тариф устанавливается в процентах от страховой суммы (в среднем от 1 до 4 %). При этом в среднем по российским страховым компаниям соблюдается следующая пропорция — чем выше лимит ответственности, тем ниже тариф. Большинство компаний дифференцирует тарифы в зависимости от типа и характеристик автотранспортного средства, числа лиц, допущенных к управлению, их водительского стажа, возраста и других факторов.

Лимиты ответственности могут устанавливаться страховщиком также в расчете на один страховой случай, по имущественному и физическому ущербу. Это связано с тем, что порядок расчета суммы выплат неодинаков. В случае имущественного ущерба порядок заранее известен — страховая компания оплатит действительный ущерб в пределах установленного лимита. Если же нанесен вред здоровью, то тут возможно несколько ситуаций: нужно возмещать расходы на лечение, оплачивать неполученный потерпевшим заработок за период его временной нетрудоспособности, производить регулярные выплаты по инвалидности или выплаты семье погибшего в ДПТ.

Примеры.

1. Тарифные ставки в зависимости от стажа водителя следующие (в % от страховой суммы): до 1 года — 5,8%, от 1 до 5 лет — 3,6%, от 5 до 10 лет — 2,9%.

Определить страховой взнос транспортной организации на год при добровольном страховании, если в организации работают со стажем работы до 1 года — 4 чел., от 1 до 5 лет — 3 чел., от 5 до 10 лет — 2 чел. Страховая сумма на каждого водителя равна 120 тыс. руб.

Решение.

Определяем страховой взнос транспортной организации страховщику при добровольном страховании гражданской ответственности:

$4 \cdot 120 \cdot (5{,}8 : 100) + 3 \cdot 120 \cdot (3{,}6 : 100) + 2 \cdot 120 \cdot (2{,}9 : 100) =$
$= 47{,}76$ тыс. руб.

Страховое возмещение выплачивается на основе заявления страхователя, решения суда, документов соответствующих органов, которые подтверждают страховой случай, а также составленного страхового акта. Страховое обеспечение, кроме перечисленных документов, выплачивается на основе соответствующих документов медико-социальной экспертизы, органов социального обеспечения о факте нанесения ущерба и его последствиях, а также с учетом справок, счетов и прочих документов, подтверждающих произведенные расходы. Размер страхового возмещения обеспечения зависит от размеров ущерба, а также от вида лимита ответственности страховщика и количества пострадавших при наступлении страхового случая.

2. В договоре предусмотрен лимит на один страховой случай в размере 50 тыс. руб. В результате ДТП нанесен вред двум пешеходам: одному — на сумму 45 тыс. руб., другому — на сумму 55 тыс. руб. Определить размер выплат страховщиком каждому потерпевшему

Решение.

Так как в договоре лимит установлен на один страховой случай в размере 50 тыс. руб., то страховщик выплатит двум потерпевшим 50 тыс., причем каждый из них получит сумму, пропорциональную понесенным убыткам.

Одному потерпевшему:

$50 \cdot 45/(45 + 55) = 22{,}5$ тыс. руб.;

другому потерпевшему:

$50 \cdot 55/(45 + 55) = 27{,}5$ тыс. руб.

3. В договоре добровольного страхования установлен лимит на один страховой случай 50 тыс. руб., а лимит по требованиям каждого потерпевшего — 25 тыс. руб., по условию примера страховщик выплатит каждому потерпевшему по 25 тыс. руб.

4. Условия договора предусматривают лимит ответственности на 1 страховой случай 50 тыс. руб. и лимит на весь срок договора 100 тыс. руб. В период действия договора произошло три страховых случая: ущерб по первому составил 60 тыс. руб., сумма страховой выплаты

составит 50 тыс. руб.; ущерб по второму — 30 тыс. руб., которые уплачиваются страховщиком полностью. Ущерб по третьему — 40 тыс. руб., из которых уплачивается только 20 тыс. руб. — остаток лимита ответственности. По договору после уплаты страховых случаев действие договора прекращается.

10.3. Страхование профессиональной ответственности

Страхование профессиональной ответственности — достаточно молодой вид страхования. Он объединяет виды страхования имущественных интересов различных категорий лиц, которые при осуществлении профессиональной деятельности могут нанести ущерб третьим лицам.

Данный вид страхования появился более 100 лет тому назад (страхование профессиональной ответственности фармацевтов). Но наибольшее развитие он получил в 1960-х гг. в США в связи с тем, что резко возросли число и размеры исков, подаваемых на врачей пациентами за вред, нанесенный их жизни и здоровью при предоставлении медицинской помощи. В настоящее время во многих зарубежных странах отдельные виды страхования профессиональной ответственности являются обязательными: наличие страхового полиса — это одно из условий получения права заниматься тем или иным видом профессиональной деятельности. Среди лиц, наиболее часто страхующих профессиональную ответственность, можно назвать врачей, фармацевтов, нотариусов, аудиторов, адвокатов, брокеров, архитекторов, риэлторов, оценщиков и др.

Профессиональная деятельность характеризуется в первую очередь следующими особенностями:

- преимущественно умственным трудом, основанным на полученном высшем (университетском) образовании и соответствующих стажировках;
- необходимостью следования требованиям кодексов профессиональной чести или иных этических принципов.

В соответствии с Классификацией по видам страховой деятельности страхование профессиональной ответственности относится к страхованию ответственности и определяется как "...совокупность видов страхования, предусматривающих

обязанности страховщика по страховым выплатам в размере полной или частичной компенсации ущерба, нанесенного объекту страхования".

Объектом страхования при страховании профессиональной ответственности являются "...имущественные интересы физического лица, о страховании которого заключен договор (застрахованного лица), связанные с обязанностью последнего в порядке, установленном законодательством, возместить ущерб, нанесенный третьим лицам, в связи с осуществлением застрахованным профессиональной ответственности:

- нотариальной деятельности;
- врачебной деятельности;
- иных видов профессиональной ответственности".

Департамент страхового надзора Министерства финансов РФ в письме от 23 октября 1997 г. № 24-11/05 "Об упорядочении проведения страхования профессиональной ответственности отдельных категорий работников" разъясняет, что "на основании правил страхования профессиональной ответственности может быть застрахована только ответственность физического лица, занимающегося нотариальной, врачебной или иной деятельностью на профессиональной основе в качестве индивидуального частного предпринимателя".

Хотя юридическое лицо не может страховать свою профессиональную ответственность, так как не обладает профессией, оно вправе застраховать свою ответственность перед третьими лицами за вред, причиненный его работниками при исполнении служебных обязанностей.

В настоящее время законами и подзаконными актами РФ предусмотрено обязательное страхование следующих видов профессиональной деятельности:

- нотариусов;
- оценщиков;
- аудиторов;
- строителей;
- таможенных брокеров.

Страховым случаем по договору страхования профессиональной ответственности признается событие после вступления в законную силу решения суда, устанавливающего имущественную ответственность частнопрактикующего специалиста (страхователя) за причинение материального ущерба клиенту. Кроме того, страховым случаем может признаваться факт установления ответственности страхователя за нанесение ущерба третьим лицам при досудебном урегулировании претензий, но при наличии бесспорных доказательств причинения вреда частнопрактикующим специалистом.

Договор страхования профессиональной ответственности считается заключенным в пользу третьих лиц, перед которыми частнопрактикующий специалист должен нести ответственность за свои действия при осуществлении профессиональной деятельности.

Договоры страхования могут заключаться в следующих вариантах:

• предусматривающих ответственность страховщика за всю деятельность страхователя по указанной в договоре профессии;

• предусматривающих ответственность страховщика по определенному виду той или иной профессиональной деятельности (например, только за оценку жилых домов и квартир, только за аудиторские проверки организаций торговли и т. д.);

• предусматривающих ответственность страховщика за оказание услуг страхователем (застрахованным лицом) только по конкретному договору с конкретным клиентом (предпосылками к подобной практике могут быть эпизодичность оказания страхователем услуг или специфичность какого-либо конкретного договора об оказании услуг).

Договор может содержать дополнительные оговорки, в соответствии с которыми страховое покрытие может распространяться:

• на продленный срок заявления претензии — в соответствии с данной оговоркой срок, предоставляемый для заявления претензии, продлевается на 36 мес. после истечения срока действия договора страхования;

• утерю или повреждение документов — в соответствии с данной оговоркой страхованием покрывается ущерб, вызванный утерей страхователем документов, принадлежащих третьим лицам;

• бывших и будущих партнеров — в соответствии с данной оговоркой страхование распространяется также и на ущерб, причиненный деятельностью бывших и будущих партнеров страхователя;

• общегражданскую ответственность — в соответствии с данной оговоркой страховая защита распространяется также и на иски третьих лиц в связи с ущербом жизни, здоровью и имуществу в результате деятельности страхователя.

Размеры страховых премий в данном виде страхования обычно исчисляются с помощью тарифных ставок, устанавливаемых в процентах от величины полученного страхователем (застрахованным лицом) дохода от профессиональной деятельности, а также с учетом числа сотрудников страхователя (застрахованного лица), и предусматриваемых договором сумм лимитов ответственности и размеров франшизы. При этом тарифные ставки дифференцируются в зависимости от таких факторов, оказывающих влияние на степень страхового риска по заключаемому договору, как вид деятельности страхователя (застрахованного лица), квалификация страхователя (застрахованного лица) и его сотрудников, их образование, возраст, стаж работы, репутация, имевшие место ранее случаи предъявления исков к страхователю (застрахованному лицу), число офисов, в которых страхователь (застрахованное лицо) осуществляет профессиональную деятельность, и др. В целом при установлении размеров тарифных ставок в данном страховании страховщики обычно придерживаются принципа индивидуального подхода к каждому страхователю (застрахованному лицу).

Рынок страхования профессиональной ответственности переживает стагнацию. Она определяется двумя обстоятельствами. Во-первых, страхование профессиональной ответственности в России носит вмененный характер и тарифы по нему часто ото-

рваны от реальной статистики убытков. Во-вторых, в России пока нечасты случаи судебного преследования специалистов за некачественные услуги. Поэтому и спрос на страхование профессиональной ответственности переживает стагнацию. В ближайшие годы темпы роста этого сегмента останутся незначительными. Ситуация будет меняться с развитием судебной практики преследования специалистов за некачественные услуги.

В 2005 г. страхование профессиональной ответственности показало внушительный рост сборов — 155%, достигнув общей суммы сборов в 700 млн руб. Динамика данного показателя в 2003 г. была отрицательной, тогда по сравнению с 2004 г. рынок сократился на 15%. С другой стороны, в 2005 г. произошло сокращение выплат возмещения на 27% — до 6,7 млн руб. (годом ранее наблюдался рост на 35%).

Количество заключаемых договоров в 2004, 2005 гг. стабильно снижалось. В 2005 г. темп снижения сильно замедлился — 14% против 58% в 2003 г.

Общий объем страховых сумм стал почти вдвое меньше, сократившись на 46% — до 75 млрд руб.

10.3.1. Страхование профессиональной ответственности врачей

Сколько существует медицина, столько и страдают пациенты от ошибок врачей. А за ошибки, как известно, надо платить.

В России официальной статистики врачебных ошибок нет. По информации Лиги защиты пациентов, из-за врачебных ошибок в стране гибнут до 50 тыс. человек в год, несколько десятков тысяч остаются инвалидами. Более того, каждый третий диагноз является неверным.

Отдельные случаи врачебных ошибок попадают в прессу крайне редко. Подсчет жалоб ведется Росздравнадзором. Однако эти сведения основаны на письменных заявлениях граждан. Но далеко не каждый пострадавший пойдет жаловаться в государственный орган.

По данным Росздравнадзора, в I полугодии 2006 г. в Федеральную службу поступило 3037 обращений граждан. В 1,7 раза

увеличилось число жалоб на качество медицинской помощи (30,2% от числа поступивших жалоб).

Большое количество неверных диагнозов вносит свой вклад в ситуацию со смертностью в России, которая с середины 1960-х гг. постоянно ухудшается. В итоге к началу XXI в. страна вернулась примерно к тому же уровню продолжительности жизни, какой был в царской России начала XX в. По продолжительности жизни мужчин (52,8 года) Россия стоит на 133-м месте среди 192 стран, по продолжительности жизни женщин (64,3 года) — чуть выше, на 70-м.

Данные опроса, проведенного фондом "Общественное мнение" в январе 2007 г., свидетельствуют о том, что с врачебными ошибками сталкивался каждый второй россиянин (32% заявили, что такое случалось с ними лично, 19% вспомнили о случаях, произошедших с членами их семьи, 10% — и с ними, и с членами семьи).

Основная причина ошибок в диагнозе или выборе лечения кроется в отсутствии у врача профессионализма, опыта и желания повышать квалификацию, считают россияне ("вследствие профнепригодности специалистов"; "потому что работают троечники").

Дела о врачебных ошибках — редкое явление в российском судопроизводстве. Да и наказания за такие ошибки в России, по сравнению с исками в Европе и США, незначительны. Объяснение этому кроется прежде всего в несовершенстве уголовного законодательства, не позволяющего адекватно квалифицировать действия врачей. Даже самого понятия "врачебная ошибка" Уголовный кодекс РФ не предусматривает.

Кроме того, высокая корпоративность в среде врачей зачастую становится непреодолимым препятствием на пути следствия. Таким образом, складывается парадоксальная ситуация: даже если преступная оплошность врача очевидна, доказать ее в суде практически невозможно.

В странах с развитой рыночной экономикой судебные иски о возмещении физического и морального вреда, понесенного в результате мнимой или очевидной врачебной ошибки, широко

распространены. Их размер нередко составляет от нескольких десятков до сотен тысяч долларов. Ограждая себя от столь разорительных судебных разбирательств, западные медики используют возможности так называемой врачебной страховки.

В России врачебные страховки пока не работают в полную силу.

Страхователями по договору страхования профессиональной ответственности врачей могут являться юридические лица — медицинские учреждения, а также дееспособные физические лица — врачи, имеющие соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату выгодоприобретателю.

Страховыми случаями признаются вступившие в законную силу решения судебных органов о возмещении причиненного ущерба здоровью третьих лиц в виде понижения или утраты их трудоспособности вследствие телесного или иного повреждения здоровья, а также причинения смерти потерпевшему, при исполнении застрахованным лицом своих профессиональных обязанностей, приведших в результате:

- к ошибке в диагнозе и плане лечения;
- непредвиденным осложнениям в результате плановой операции в стационаре;
- непредвиденным осложнениям в результате назначенных лекарственных препаратов;
- заражению при переливании крови, внутривенном вливании и т. п.;
- иным случаям причинения вреда здоровью третьего лица, оговоренным в договоре страхования.

Если в договоре страхования нет особой оговорки об обратном, то страхование не распространяется:

- на служащих страхователя, которые проходили лечение в его же медицинском учреждении;

• при коллективном страховании — работников страхователя, которые не выполняли свои медицинские обязанности не по месту своей основной работы частным образом;

• иски страховщика, который имеет договоры добровольного и (или) обязательного медицинского страхования с тем же страхователем, с которым заключен договор профессиональной ответственности врачей;

• ответственность страхователя, возникшую вне обусловленной договором территории;

• иск по рецидивной нетрудоспособности, которая возникает, если застрахованное лицо после получения временной нетрудоспособности возвращается к активной трудовой.

Не признаются страховыми случаями и не покрываются убытки, возникшие прямо или косвенно в результате:

• заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и т. п. вследствие использования застрахованным лицом шприцев не одноразового пользования;

• заражения при переливании крови, если не была произведена проверка сертификата переливаемой крови;

• использования потерпевшим лицом лекарственных средств с просроченным периодом действия;

• выполнения медицинским работником действий, не соответствующих его должностным обязанностям и квалификации;

• проведения операции в экстремальных условиях из-за:

– всякого рода военных действий или их последствий, действия мин, бомб и других орудий войны, гражданских волнений и забастовок, незаконных актов третьих лиц, незаконных действий и распоряжений военных или гражданских властей;

– ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

– отключения электроэнергии, теплоснабжения и т. д.;

• умышленного действия или грубой небрежности лица, в пользу которого заключено страхование;

• нахождения застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

• ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, которые были известны лицам, в пользу которых заключено страхование, или их представителям до наступления страхового случая.

Страховой суммой является определяемая договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страхового взноса и страховой выплаты.

Страховым взносом является плата за настоящее страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором страхования.

Договор страхования является соглашением между страхователем и страховщиком, в силу которого страховщик обязуется при страховом случае произвести страховую выплату третьим лицам, гражданскую ответственность перед которыми несет страхователь, а страхователь обязуется уплатить страховой взнос в установленные сроки.

Договор страхования прекращается в случаях:

• истечения срока действия;

• исполнения страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

• неуплаты страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

• ликвидации страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены страхователя в договоре страхования;

• ликвидации страховщика;

• прекращения действия договора страхования по решению суда.

Страховщик вправе *отказать страхователю в страховой выплате*, если в течение действия договора имели место:

• умышленные действия страхователя (застрахованного лица, выгодоприобретателя), направленные на наступление страхового случая;

• совершение страхователем или лицом, в пользу которого заключен договор страхования, умышленного преступления, находящегося в прямой связи со страховым случаем;

• сообщение страхователем страховщику заведомо ложных сведений о застрахованных лицах и страховых случаях;

• получение страхователем соответствующего возмещения при причинении ущерба здоровью третьих лиц от лица, виновного в причинении этого ущерба;

• грубая неосторожность и халатность страхователя (застрахованного лица);

• совершение медицинских действий, требующих соответствующих навыков и специальных разрешений, если последние не подтверждены установленными документами;

• причинение ущерба здоровью при нахождении страхователя (застрахованного лица) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

10.3.2. Страхование профессиональной ответственности нотариусов

В соответствии со ст. 18 Основ законодательства РФ о нотариате нотариусы обязаны заключать договоры страхования гражданской ответственности при осуществлении ими нотариальной деятельности.

Страхование профессиональной ответственности нотариусов представляет собой отношения по защите имущественных интересов юридических и физических лиц при наступлении определенных событий: возникшей по закону обязанности нотариуса возместить вред, причиненный в результате его профессиональной деятельности имущественным интересам какого-либо иного лица или лиц.

Страхователями могут являться юридические лица (нотариальные конторы), внесенные в Реестр государственных нотариальных контор и контор нотариусов, занимающихся частной практикой, который ведет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю в сфере нотариата, в порядке, установленном Министерством юстиции РФ,

и дееспособные физические лица (нотариусы, занимающиеся частной практикой), которые заключают со страховой организацией договоры о страховании своей профессиональной ответственности.

Нотариусы, риск ответственности которых страхуется по настоящему страхованию, должны являться гражданами РФ, имеющими высшее юридическое образование, прошедшими стажировку сроком не менее одного года в государственной нотариальной конторе или у нотариуса, занимающегося частной практикой, сдавшими квалификационный экзамен и имеющие на основании этого лицензию на право нотариальной деятельности. На страхование не принимаются лица, не имеющие лицензию на право нотариальной деятельности:

• стажеры нотариуса;

• должностные лица органов исполнительной власти, уполномоченных на совершение нотариальных действий в случае отсутствия нотариуса;

• должностные лица консульских учреждений РФ.

Объектом страхования являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с обязанностью последнего в порядке, установленном законодательством РФ, возместить вред, нанесенный третьим лицам, в связи с осуществлением застрахованным своей профессиональной деятельности в качестве нотариуса.

Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату третьим лицам, потерпевшим в результате профессиональной деятельности застрахованного лица.

Страховыми случаями признаются те, которые произошли вследствие:

• непреднамеренной ошибки (небрежности, упущения) при совершении нотариальных действий:

недействительности произведенного нотариального действия, что нанесло материальный ущерб клиенту;

совершения нотариального действия в случае его несоответствия законодательству РФ, международным договорам;

не извещения клиента о последствиях совершаемых нотариальных действий, которые повлекли вред;

• непреднамеренного разглашения сведений, оглашения документов, которые стали им известны в связи с совершением нотариальных действий, в том числе и после сложения полномочий.

Страховщик также компенсирует разумные и целесообразно понесенные расходы (издержки) по судопроизводству и урегулированию убытков (наем адвоката, экспертов и т. п.), которые нотариус понес в результате исковых требований, предъявленных к нему в связи с его профессиональной деятельностью.

Страховая сумма (лимит ответственности) устанавливается по соглашению сторон. Размер страховой суммы по договору страхования гражданской ответственности нотариуса не должен быть менее:

1) 1 500 000 руб. по договору страхования гражданской ответственности нотариуса, имеющего нотариальную контору в городском поселении;

2) 1 000 000 руб. по договору страхования гражданской ответственности нотариуса, имеющего нотариальную контору в сельском поселении;

Иные условия страхования гражданской ответственности нотариуса определяются по соглашению сторон в соответствии с законодательством РФ и правилами страхования, утвержденными страховщиком или объединением страховщиков.

Страховое возмещение осуществляется в размере реально понесенного ущерба, но в пределах страховой суммы.

Страховое возмещение рассчитывается из ущерба, произведенных предъявителем претензии расходов и расходов, произведенных самим нотариусом с согласия страховщика (рис. 10.1.).

Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии со 100 руб. страховой суммы.

Размер страховой премии исчисляется в зависимости от величины страховой суммы и тарифа, дифференцированного по принимаемым на страхование рискам.

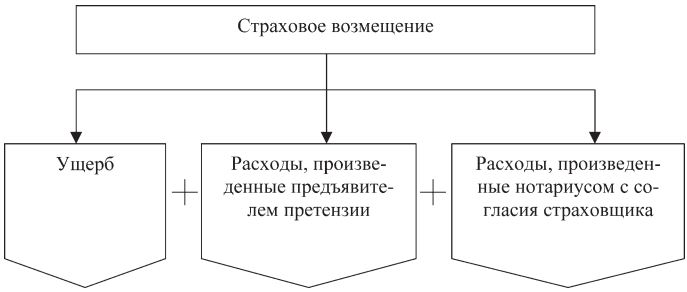


Рис. 10.1. Определение страхового возмещения по страхованию профессиональной ответственности нотариусов

При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от ее годового размера:

Зависимость процента премии от срока страхования

Срок страхования	*Процент от премии*
1 месяц	20
2 месяца	30
3 месяца	40
4 месяца	50
5 месяцев	60
6 месяцев	70
7 месяцев	75
8 месяцев	80
9 месяцев	85
10 месяцев	90
11 месяцев	95

Страховая выплата производится страховщиком потерпевшим третьим лицам в размере понесенных убытков в виде расходов, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, в пределах лимита страховой ответственности, указанной в полисе, за вычетом оговоренной в договоре страхования франшизы.

Если одним страховым случаем вызвано несколько убытков, то франшиза вычитается только один раз.

Если в момент наступления страхового случая ответственность по договору была застрахована в других страховых организациях, то страховое возмещение, причитающееся со страховщика по договору, выплачивается лишь в том проценте, в котором оно относится к сумме обязательств страховщиков по всем договорам.

Размер причиненного вреда определяется в соответствии с нормами Гражданского кодекса РФ об исполнении обязательств, однако страховая выплата не может превышать лимита ответственности по договору.

При одновременном возмещений ущерба по ряду претензий нескольким потерпевшим клиентам, если общий объем нанесенного ущерба превышает общий максимальный лимит ответственности страховщика, оговоренный в договоре страхования, страховая выплата осуществляется пропорционально отношению суммы нанесенного ущерба к общему лимиту ответственности страховщика.

Выплата производится третьим лицам, чьим имущественным интересам был нанесен вред в результате профессиональной деятельности нотариуса, в срок до 30 дней со дня подписания акта о страховом случае, который оформляется на основании имущественной претензии, направленной потерпевшим третьим лицом в адрес страхователя, или решения суда с учетом документов компетентных органов о фактах и последствиях причинения вреда (заключения государственных и ведомственных комиссий; обоснование сумм, в которые оценивается причиненный вред, и др.).

Пример.

В договоре страхования профессиональной ответственности нотариуса предусмотрена страховая сумма 50 тыс. руб., условная франшиза — 5 тыс. руб. В результате упущения, совершенного при исполнении служебных обязанностей, нанесен ущерб клиенту в размере 45 тыс. руб. Кроме того, расходы, произведенные предъявителем претензии, составили 2 тыс. руб., расходы, произведенные нотариусом без согласия страховщика, — 0,6 тыс. руб. Определить страховое возмещение, выплаченное страховщиком клиенту нотариуса.

Решение.

Сумма ущерба 45 + 2 + 0,6 = 47,6 тыс. руб., 47 тыс. руб. — страховое возмещение клиенту нотариуса, выплаченное страховщиком.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем сущность страхования ответственности и каковы его особенности?
2. Охарактеризуйте классификацию страховой ответственности.
3. Что является объектом страхования ответственности?
4. Что включает в себя предоставляемая страховщиком страховая защита?
5. Дайте определение страховой ответственности и раскройте содержание договорной и внедоговорной ответственности.
6. В чем сущность лимита страхования? Какие виды лимита существуют, для каких целей они применяются?
7. Что понимается под убытками в страховании ответственности?
8. Какими способами определяется сумма ущерба, не подлежащая возмещению?
9. Как определяются размеры страховой премии по каждому из видов страхования ответственности?
10. Назовите обязанности застрахованного при наступлении страхового случая?
11. Какие виды страхования гражданской ответственности являются обязательными для страхования?
12. В чем сущность страхования ответственности владельцев автотранспортных средств?
13. Какие виды ущерба компенсируются собственником транспортных средств в результате автомобильной аварии?
14. Что представляет собой ОСАГО?
15. Как компенсируется имущественный ущерб при наступлении страхового случая при ОСАГО?
16. Что такое договор “Зеленая карта” и какие этапы присоединения к данному договору в Российской Федерации намечены?

17. В чем сущность добровольного страхования гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств?

18. Какие риски можно застраховать в добровольном страховании гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств?

19. Что является объектом страхования владельца автотранспортного средства и какие имеются стандартные исключения из объема ответственности?

20. Охарактеризуйте лимит ответственности, который устанавливается страховщиком на один страховой случай.

21. Охарактеризуйте страхование профессиональной ответственности.

22. Какими особенностями характеризуется профессиональная деятельность?

23. Что является объектом страхования при страховании профессиональной ответственности?

24. В чем сущность договора страхования профессиональной ответственности?

25. Какие бывают варианты заключения договоров профессиональной ответственности?

26. Покажите проблемы, от которых в России зависит рынок страхования профессиональной ответственности?

27. Охарактеризуйте страхование профессиональной ответственности врачей.

28. Дайте определение страхователей, страхового случая по договору страхования профессиональной ответственности врачей.

29. Когда не признаются страховыми случаями и не покрываются убытки по договору страхования профессиональной ответственности врачей?

30. В каких случаях прекращается договор страхования профессиональной ответственности врачей?

31. В каких случаях страховщик вправе отказать страхователю в страховой выплате при договоре страхования профессиональной ответственности врачей?

32. Что представляет собой страхование профессиональной ответственности нотариусов?

33. Какие лица могут являться страхователями при страховании профессиональной ответственности нотариусов?

34. Какие лица не принимаются на страхование при страховании профессиональной ответственности нотариусов?

35. Дайте характеристику страховых случаев и покажите, когда они признаются действующими.

36. Охарактеризуйте понятие “страховой тариф” при страховании профессиональной ответственности нотариусов.

37. Что такое страховая сумма, страховое возмещение при страховании профессиональной ответственности нотариуса?

Глава 11. ПЕРЕСТРАХОВАНИЕ

11.1. Сущность перестрахования и генезис его развития

Предпосылкой к возникновению перестрахования послужила необходимость в перераспределении страховщиками уже принятых на страхование рисков. Дело в том, что убытки, которые возникают у страхователей в результате наступивших страховых случаев, покрываются за счет собранных страховщиками страховых взносов и сформированных на их базе страховых резервов. Однако на практике зачастую для покрытия предполагаемых убытков страхователей порой не хватает страхового фонда, сформированного одним страховщиком. Особенно, если в страховом портфеле у этого страховщика находятся и другие риски. В подобных ситуациях страховщики, принимая на страхование крупные риски, вправе передавать эти риски в последующее страхование другим страховщикам, т. е. в перестрахование. В этом случае передающий страховщик разделяет с другими страховщиками ответственность перед страхователем за полное и своевременное покрытие крупных рисков, чтобы обеспечить свою финансовую устойчивость и надлежащее исполнение обязательств по всем принятым на страхование рискам.

С развитием страхования, берущим свое начало с морских денежных займов в конце Средних веков, появилась и потребность в перестраховании. Эта потребность постоянно росла с течением времени, хотя вначале перестрахование еще не касалось страхования огневых рисков, а только сферы морского страхования.

Старейший из известных контрактов с юридическими признаками, свойственными договору перестрахования, был заключен в Генуе в 1370 г. двумя торговцами, действующими

как перестраховщики, с одной стороны, и, с другой стороны, третьим торговцем, действующим как агент страховщика. Данный договор предусматривал страхование товаров, перевозимых на кораблях из Генуи в Брюгге. Это был особый случай, который с финансовой точки зрения являлся чистой спекуляцией. С развитием торговых отношений и новой предпринимательской деятельности в городах-государствах Италии, во Фландрии и в Ганзейских городах перестрахование приобретало все более важное значение.

Спекуляция и злоупотребление, в частности, в "сделках с разницей в премиях", когда страховщики предлагали перестрахование с размером премии ниже, чем сначала предлагали им, разумеется, привели к задержкам в развитии перестрахования, например к запрету морского перестрахования в Англии в период с1746 по 1864 г. Этот факт покажется более примечательным, если учесть, что именно в этот период Англия превратилась в страну с ведущим рынком страхования в мире. Но если рассмотреть этот вопрос более подробно, станет очевидным, что запрет на перестрахование был выгоден корпорации Ллойдс, этой единственно процветающей кооперативной группе отдельных страховщиков. Именно благодаря запрету перестрахования в Англии ее система разделения оригинального риска превратилась в основной способ разделения больших рисков. В начале Ллойдс действовал только как корпорация состраховщиков, а в настоящее время эта биржа, кроме того, представляет собой важный перестраховочный рынок.

Вскоре после образования первых страховых акционерных обществ на европейском континенте возникла потребность в перестраховании огневых рисков. До этого времени сфера действия перестрахования ограничивалась рисками, связанными с морскими перевозками грузов. Причина, в силу которой действие перестрахования не распространилось на огневые риски, была двоякой: во-первых, сострахование риска на случай пожара в отличие от страхования морских рисков было более затруднено, так как не было отдельных рыночных организаций, действующих по типу биржи (в то время как морские риски распределялись

непосредственно в крупных портах). Во-вторых, постоянное увеличение размеров страховых сумм сделало особенно важным распределение рисков. Другой причиной являлась острая конкуренция между вновь возникающими и динамично развивающимися компаниями, каждая из которых должна была оградить себя от того, чтобы ее конкуренты на рынке не получили шанса пользоваться сострахованием крупных рисков как возможностью, открывающей окно в ее собственный бизнес.

Спрос на перестрахование, возрастающий с развитием промышленности в Европе, появился впервые в начале XIX в. и был удовлетворен прежде всего страховщиками, давно действовавшими на страховом рынке и обладающими значительными финансовыми ресурсами, при этом преимущество было отдано страховщикам, имевшим свои отделения за рубежом. Для упрощения факультативное перестрахование единичных рисков было заменено договорами перестрахования новых типов, полностью покрывавшими портфели или их части (длящееся перестрахование). Старейший договор такого типа был заключен в 1821 г.

Вскоре стало очевидным, что договоры перестрахования, заключаемые со страховщиками с целью получения постоянного покрытия, уже не удовлетворяли все возрастающую потребность в перестраховании. Вследствие этого в Кельне в 1846 г. было создано независимое общество, занимающееся только перестрахованием, Kolnische Ruckversicherungs-Gesellschaft (Кельнское перестраховочное общество). Преодолев ряд трудностей и политические волнения в 1848–1849 гг., новая компания смогла начать свою деятельность в 1852 г.

Впервые в истории специализированное общество начало предлагать перестрахование, что было событием огромной важности для всего дела страхования, его техники и методов. Теперь для покрытия рисков появились дополнительные ресурсы. У страховщиков не было больше причин бояться, что конкуренты с помощью сострахования проникнут в их бизнес и что переданные ими перестраховочные премии послужат укреплению конкурентов на рынке страхования. Благодаря специализации

в перестраховании новое перестраховочное общество обладало большей способностью удовлетворять индивидуальные требования страховщиков. Достижение лучшего баланса в разных сферах страховой деятельности и в различных географических зонах других стран, равно как и приобретенный при этом опыт — все это служило улучшению перестраховочной защиты и благодаря этому также улучшению условий и положений договоров, которые теперь страховщики могли гарантировать своим клиентам.

В последующие десятилетия образовались другие независимые общества, специализирующиеся в перестраховании, которые в современной терминологии имеют название "профессиональных перестраховщиков". Два из них имеют сейчас огромное значение на рынке, это Munchener Ruckversicherungs-Gesellschaft (Мюнхенское перестраховочное общество) и Schweizeriche Ruckversicherungs-Gesellschaft (Швейцарское перестраховочное общество).

Кроме того, страховщики создали так называемые "внутренние" перестраховочные общества, чей капитал находился либо полностью, либо большей частью в руках основного страхового общества, которое передавало свою перестраховочную деятельность полностью или частично вновь образованному "внутреннему" перестраховщику.

С развитием промышленности, более тесных экономических связей и новых типов страхования (от несчастного случая, ответственности, автомобильного и технического страхования), перестраховочные общества получили дополнительный стимул для своего развития.

После Второй мировой войны перестрахование претерпело ряд серьезных изменений. Страны с коммунистическим режимом создали государственные страховые организации, которые практически полностью отказались от перестрахования.

В других странах были созданы государственные перестраховочные монополии (они существуют сегодня, например, в Перу, Бразилии, Уругвае и Иране), что существенно снизило деловые возможности других перестраховщиков и часто вынуждает их вести деловые операции исключительно с такими национальными монополиями.

Действуя в качестве перестраховщиков, многие страховые общества смогли завоевать значительную часть рынка. В принципе, в этом не было ничего нового, но в условиях военного времени такое развитие еще более усилилось, в то время как традиционные перестраховочные связи были временно прекращены. Поскольку результаты деятельности в сфере транспортного перестрахования и перестрахования огневых рисков были положительными, то стремление страховщиков образовать отделы перестрахования оставалось важным фактором их развития.

Все увеличивающаяся активность перестраховочных брокеров вызвала потребность в так называемом договоре на основе взаимности, т. е. в перестраховочном бизнесе, полученном в обмен обеими сторонами договора перестрахования. Хотя подобная практика имела место еще до Первой мировой войны, в это время она возросла и превратилась в исключительно важный фактор, обещающий прибыль перестраховщику в любой сфере бизнеса. Часто и профессиональные перестраховщики не могли не считаться с потребностью в такой взаимности, даже если они могли удовлетворять с ее помощью эту потребность лишь частично, поскольку с "полной взаимностью" они не смогли бы получать прибыль от своей деятельности.

Некоторые договоры перестрахования (перестрахование эксцедента убытка), включающие в себя не только опасные риски и возможность наступления крупных убытков, но и сложные расчеты премий, стали более важными, чем в прошлом, и в некоторых сферах оттеснили классические формы перестрахования (например, пропорциональные облигаторные договоры), которые с их более высоким объемом перестраховочных премий имели довольно сбалансированный результат.

Так как страхование автотранспортных средств росло быстрее, чем страхование во всех других сферах бизнеса, перестраховочные общества столкнулись со значительными трудностями в смешивании своих портфелей и в приведении их к оптимальному виду с целью достижения хорошего баланса в принимаемом в перестрахование бизнесе. Страхование автомобилей со своей ог-

ромной подверженностью конъюнктурным рискам значительно расширилось за счет перестрахования имущества и жизни.

В дополнение к основной функции перестраховщика — стабилизировать портфель страховщика и увеличить его страховую емкость, позволив ему при этом принимать более крупные риски, — профессиональные перестраховщики создали новую сферу деятельности, которую, как правило, называют "сервис" или услуга.

Основной и главной целью такого сервиса является сбор и обработка информации для решения проблем, которые встречаются в страховом деле почти в одинаковой форме во всех странах мира, а также накопление опыта в процессе страховой деятельности. Профессиональные перестраховщики все чаще и в большем объеме предоставляют в распоряжение цедентов анализ их международного опыта, так как многие страховщики считают такой анализ очень полезным при оценках развития их собственных рынков и отсюда вытекающих последствий.

Кроме того, перестраховочные общества в растущем объеме оказывают услуги специального характера, выполняя функции, которые страховщики не могут или не хотят выполнять по своим финансовым соображениям. В качестве типичных примеров можно привести следующие: изучение и оценка особых рисков, экспертные советы по предотвращению убытков, поддержка в урегулировании убытков, оказание статистических страховых услуг и подготовка персонала цедента по данным вопросам.

Классическое определение перестрахования было дано в законодательстве Великобритании в начале XIX в., в котором перестрахование определялось как новое страхование того же самого, уже застрахованного риска, и заключаемое для того, чтобы обезопасить андеррайтера[1] от ранее принятых рисков.

[1] Андеррайтер — лицо, уполномоченное страховой или перестраховочной компанией принимать на страхование или в перестрахование риски. Отвечает за формирование страхового или перестраховочного портфеля. Должен обладать необходимыми знаниями и практикой для установления степени риска, ставок премии и условий страхования или перестрахования.

Немецкой юрисдикцией перестрахованием признается страхование рисков, принятых страховщиком. Тем самым перестрахование гарантирует страховщика не от убытков, а от чрезвычайных, выше нормального, усредненного уровня убытков по обязательствам оригинального полиса (т. е. полиса прямого страхования или договора между страховщиком и страхователем).

Правовые основы проведения перестрахования в Российской Федерации определены в гл. 48 ГК РФ и Законе РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". Отдельные частные вопросы перестрахования регулируются также нормативными актами Федеральной службы страхового надзора и другими ведомственными нормативными актами.

Если ГК РФ рассматривает перестрахование фактически как разновидность договора имущественного страхования, ориентируясь при этом на страхование предпринимательского риска, то Закон "Об организации страхового дела в Российской Федерации" перестрахование определяет как деятельность по защите одним страховщиком (перестраховщиком) имущественных интересов другого страховщика (перестрахователя), связанных с принятием последним по договору страхования (основному договору) обязательств по страховой выплате.

В данной трактовке перестрахование рассматривается уже не как разновидность договора имущественного страхования (что следует из смысла ст. 967 ГК РФ), а как разновидность страховой деятельности, осуществляемой страховщиком (перестраховщиком). Причем последний тезис подкрепляется и другой нормой — ст. 2 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации", которая определяет перестрахование как разновидность страховой деятельности, осуществляемой в качестве самостоятельной и лицензируемой профессиональной деятельности страховщика. При этом перестраховщик, являясь полноправным участником страховых отношений (т. е. субъектом страхового дела), рассматривается в качестве страховой организации (ст. 4.1 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации").

Отличительной чертой перестраховщика является то, что он специализируется только по одному виду страхования — перестрахованию. Поэтому для осуществления перестраховочной деятельности и получения статуса перестраховщика страховые организации обязаны получить специальную лицензию на осуществление перестрахования, что прямо предусмотрено ст. 32 Закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

Перестрахование является особым видом экономических страховых отношений между страховыми организациями (страховщиками) по поводу заключенных со страхователями договоров страхования. Перестрахование называют также "вторичным" страхованием или страхованием страховщиков. Перестрахование происходит не только на уровне национальной экономики, оно уже стало международным видом страховой деятельности, интенсивно развивающимся благодаря глобализации мировой экономики. В этой связи углубление специализации в страховом деле привело к формированию особой группы страховых компаний-перестраховщиков, специализирующихся на операциях перестрахования.

Законодательством допускается последовательное заключение двух или нескольких договоров перестрахования (п. 4 ст. 967 ГК РФ): приняв на себя риск перестрахователя, перестраховщик, в свою очередь, может передать его другому перестраховщику и т. д. по цепочке. При этом каждый перестраховщик может передавать риск либо полностью, либо частично, оставляя себе часть риска — так называемое собственное удержание.

Перестрахователь — страховщик, принявший на страхование риски и передавший часть этих рисков вместе с частью страховой премии по этим рискам другому страховщику. Взамен он получил обязательство возмещения части расходов, вызванных наступившими по этим рискам страховыми случаями. Перестрахователя называют также передающей компанией, или *цедентом*.

Перестраховщиком называют страховщика, принявшего в перестрахование риски. Перестраховщика называют также

цессионарием или *цессионером*, а процесс передачи рисков в перестрахование — *цессией*.

Приняв в перестрахование риск, перестраховщик может частично передать его другому страховщику (перестраховщику), который, в свою очередь, может передать его следующему страховщику (перестраховщику). Эта операция третичного и последующих размещений рисков получила название *ретроцессия*, а страховщик, принявший риски в порядке последующих за цессией размещений рисков, получил название *ретроцессионария*, или *ретроцессионера*. Перестраховщик, передающий риски в ретроцессию, называется *ретроцедентом*.

Схема перестрахования, показывающая взаимодействия участников перестрахования, представлена на рис. 11.1.

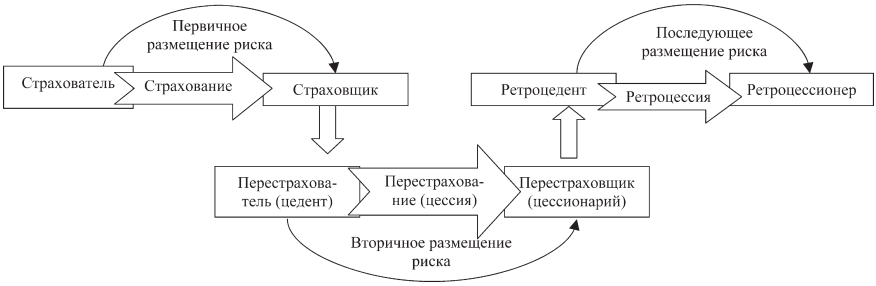


Рис. 11.1. Процесс передачи риска в перестрахование

От перестрахования следует отличать **сострахование** (ст. 953 ГК РФ и ст. 12 Федерального закона "Об организации страхового дела в Российской Федерации") (рис. 11.2). Если объект страхования застрахован по одному договору страхования совместно несколькими страховщиками с указанием в договоре прав и обязанностей каждого из них, то считается, что он принят ими в сострахование. Отношения каждого страховщика (состраховщика) со страхователем с юридической точки зрения считаются прямым страхованием и регулируются относящимися к нему нормами права.

Состраховщики, как правило, солидарно отвечают перед страхователем (выгодоприобретателем) за выплату страхового

возмещения, если договором не предусмотрено иное. Иногда страховщики могут назначить одного из них страховщиком-лидером, который наделяется расширенными правами и обязанностями.

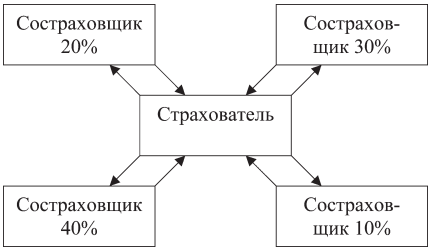


Рис. 11.2. Доля участников процесса сострахования

Различие между сострахованием и перестрахованием заключается в том, что в сострахании одна из сторон по договору — это всегда страхователь. В перестраховании же участвуют исключительно страховые организации, перераспределяющие принятый на себя прямым страховщиком риск страхователя между собой (рис. 11.3).

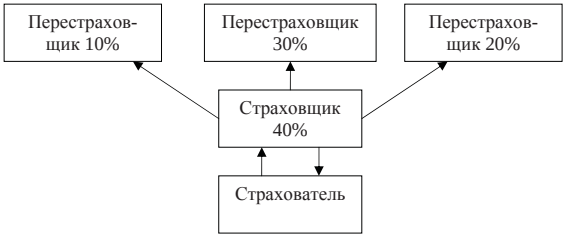


Рис. 11.3. Доля участников процесса перестрахования

Пример.

Объект стоимостью 6 млн руб. застрахован по одному договору тремя страховщиками: первым — на сумму 2,5 млн руб., вторым — на сумму 2 млн руб., третьим — на сумму 1,5 млн руб. Страховым случаем объекту нанесен ущерб в размере 1,8 млн руб. Определить суммы возмещения страхователю ущерба каждым страховщиком.

Решение.

Первый страховщик $1{,}8 \cdot 2{,}5/6 = 750$ тыс. руб.

Второй страховщик $1{,}8 \cdot 2/6 = 600$ тыс. руб.

Третий страховщик $1{,}8 \cdot 1{,}5/6 = 450$ тыс. руб.

Экономической сущности перестрахования соответствуют специфические задачи, отражающие особенности перестрахования в страховом процессе. Основными задачами перестрахования являются:

- задача распределения рисков;
- стабилизация страховой деятельности, благодаря которой перестрахование сокращает колебания в результатах деятельности страховщика за определенный период;
- обеспечение страховой емкости страховщика, что проявляется в расширении возможностей страховщика по приему на страхование крупных и опасных рисков;
- обеспечение финансовой устойчивости страховщика, которая гарантирует защиту прав страхователей.

В зависимости от роли, которую играют цедент и перестраховщик в заключенном между ними договоре, перестрахование подразделяется на активное и пассивное. *Активное* перестрахование заключается в передаче риска, *пассивное* перестрахование — в приеме риска.

В практике страхового дела принято обозначать страховое общество, передающее риск в перестрахование, как ведущее активное перестрахование, а принимающее риск — как страховое общество, ведущее пассивное перестрахование. Передача риска есть передача ответственности, прием риска — принятие ответственности.

Одним из разделов пассивного перестрахования является ретроцессия — последующая передача риска от перестраховщика третьей стороне. Цель ретроцессии — дальнейшее перераспределение риска, а также частичное удовлетворение требований партнера в случаях получения контралимента (т. е. полученный перестраховочный интерес). Перераспределение риска в форме ретроцессии происходит тем же путем, что и ранее

при перестраховании, т. е. ретроцедент получает комиссионное вознаграждение и право на участие в прибылях.

На практике часто активное и пассивное перестрахование проводится одним и тем же страховым обществом одновременно. В результате страховое общество может выступать одновременно в трех функциях: прямого страховщика, перестраховщика и цедента.

Деятельность перестраховщика строится на основе закона больших чисел. Этот закон означает, что *при достаточно общих условиях действие большого числа случайных факторов приводит к такому результату, который практически не зависит от случая*. Применительно к страхованию это можно изложить следующим образом: чем большее количество однородных рисков принято на страхование, тем устойчивее страховой портфель данного страховщика и тем в большей степени результаты страховых операций поддаются прогнозированию.

Перестрахование может осуществляться как специализированными перестраховочными обществами, так и обычными страховщиками. В развитых странах преимущественно используются услуги специализированных перестраховщиков, в то время как на российском рынке пока нет в достаточном количестве мощных в финансовом отношении перестраховочных организаций, поэтому в России перестрахование ведется в основном обычными страховыми компаниями.

11.2. Формы перестрахования

11.2.1. Факультативное перестрахование

В современной практике применяются различные формы и методы перестрахования. По *формам* выделяют ***факультативное*** и ***облигаторное*** перестрахование, а также промежуточную форму — факультативно-облигаторное перестрахование, по *методам* распределения обязательств между участниками перестраховочного договора — ***пропорциональное*** и ***непропорциональное*** перестрахование. Классификация форм перестрахования приведена на рис. 11.4.



Рис. 11.4. Классификация форм перестрахования

Факультативное перестрахование исторически возникло раньше и, таким образом, является самой первой разновидностью перестрахования. *Факультативная форма* перестрахования отличается полной свободой потенциальных сторон договора перестрахования. Перестрахователь имеет право предлагать риски в перестрахование или оставлять их на собственной ответственности, а перестраховщик имеет право принять риски или отказаться от них.

При факультативном перестраховании каждый риск передается отдельно. Предлагая риск в факультативное перестрахование, страховщик передает перестраховщику возможно более полную информацию об этом риске. Такая информация позволяет составить достаточно точное представление о предложении и детально определить условия перестраховочного договора, в том числе и долю своего участия в этом договоре. Перестраховщик может предложить внести в страховое покрытие отдельные изменения или исключения из него, а также корректировать ставку премии. Для перестрахователя эта форма может выглядеть очень привлекательно, поскольку дает ему возможность выбрать наиболее приемлемые условия перестрахования, предлагаемые различными перестраховщиками, разместить риск у нескольких перестраховщиков, а также использовать само перестрахование только в тех случаях, когда ответственность может действительно повредить финансовым результатам проведения страховых операций.

Общая схема принятия факультативного (индивидуального) риска представлена на рис. 11.5.



Рис. 11.5. Схема принятия факультативного риска в перестрахование

Предлагая риск в факультативное перестрахование, страховщик готовит специальный документ-предложение, называемый ***слипом***, в котором излагается подробная характеристика риска, и передает его выбранному одному или нескольким перестраховщикам. Перестраховщик, рассмотрев слип, может принять его или отказаться, или запросить дополнительную информацию. После того как перестраховщик согласился принять предлагаемый риск на перестрахование, оформляется договор факультативного перестрахования. Таким образом, при факультативном перестраховании осуществляется индивидуальная работа по каждому передаваемому в перестрахование риску.

К факультативному методу страховые компании прибегают достаточно часто, поскольку риск может выходить за пределы действующих перестраховочных договоров, некоторые риски могут не иметь перестраховочного покрытия, автоматические покрытия по договору могут быть израсходованными, и, наконец, в случае, когда возникает необходимость перестраховать некоторую часть ответственности по собственному удержанию. Большинство договоров факультативного перестрахования заключается в настоящее время с помощью факсимильной связи или электронной почты. Перестрахователь посылает перестраховщику слип факсом или в электронном виде. А перестраховщик проставляет на полученном слипе долю своего

участия в перестраховании, соответствующую дату (производит акцепт) и посылает его факсимильной связью или электронной почтой обратно цеденту. При этом договор считается заключенным с момента получения цедентом акцептованного слипа. Важным условием такого оформления договоров является наличие заключенного сторонами договора об общих условиях факультативного договора перестрахования, в котором прямо предусмотрена возможность использования при заключении договора факсимильного воспроизведения подписи либо электронно-цифровой подписи.

Особо следует отметить *недостатки факультативного перестрахования*:

• период времени на оформление факультативного перестрахования достаточно долог, поэтому клиент может обратиться в другую компанию или другой страховщик предложит свои услуги, а это кроме материального может нанести ущерб престижу компании;

• перестрахователь не имеет права без согласия перестраховщика изменять условия страхования. В отдельных перестраховочных договорах ограничивается свобода перестрахователя в выплате компенсации (особенно, если речь идет о крупных убытках или о так называемых компромиссных убытках);

• расходы по оформлению факультативного перестрахования достаточно велики.

11.2.2. Облигаторное перестрахование

По **облигаторному (обязательному или договорному) перестрахованию** в отличие от факультативного передаются все риски, детально описанные в договоре (все и каждый). Данная разновидность перестрахования *предполагает обязательную уступку цедентом заранее согласованной части риска* и, соответственно, части премии по всем выданным полисам одного вида страхования. Цессионарий, со своей стороны, обязуется в соответствии с условиями договора облигаторного перестрахования принимать эти части риска.

В договоре определяются лимиты ответственности, которые будут покрываться этим договором, а также согласовываются ограничения (исключения) из предоставляемого покрытия. Это и определяет свободу перестрахователя в проведении страховых операций.

Обслуживание договора облигаторного перестрахования дешевле для обеих сторон по сравнению с факультативным. Поэтому он наиболее часто встречается в практике международного перестраховочного рынка. Преимущества облигаторной формы перестрахования заключается в следующем:

- договорное принятие рисков требует значительно меньших денежных средств;
- страховщик может возобновить, изменить или прекратить действие любого договора страхования, часть ответственности по которому передана в перестрахование без уведомления об этом перестраховщика;
- при заключении облигаторных договоров регулярно составляются бордеро премии и убытков, которые содержат все вновь принимаемые в перестрахование риски.

Основным недостатком облигаторного договора перестрахования является то, что если какой-либо подлежащий перестрахованию риск не подпадает под условия действия облигаторного договора либо страховая сумма по тому или иному риску превышает лимит предусмотренной облигаторным договором ответственности, возникает необходимость в заключении дополнительного факультативного договора перестрахования.

11.2.3. Смешанные формы договоров перестрахования

В некоторых случаях в перестраховании применяется сочетание облигаторной и факультативной форм. ***Факультативно-облигаторное*** (смешанное) перестрахование необязательно для одной стороны и одновременно обязательно для другой.

По факультативно-облигаторному договору уступающая компания имеет право передавать или оставлять у себя принимаемые риски или их часть, круг которых определен. Перестраховщик по такому договору обязуется принимать обусловлен-

ные договором риски. Факультативность предполагается для перестрахователя, а облигаторная часть договора относится к перестраховщику.

Само содержание такого договора предполагает его использование в качестве дополнительной перестраховочной защиты. Она дает значительные преимущества перестрахователям по сравнению с чисто факультативным перестрахованием. Применяется эта защита для особенно крупных или опасных рисков, когда вероятность наступления убытков велика и следует по возможности снизить размер собственного удержания. Целесообразно заключать факультативно-облигаторные договоры при возможности кумуляции рисков.

Цедент постарается заключить факультативно-облигаторный договор перестрахования (open cover, или открытое покрытие), если он передает факультативное перестрахование регулярно в отдельном виде бизнеса, а не только от случая к случаю. В свою очередь, перестраховщик получает более полный и сбалансированный портфель, потому что не получает индивидуальный риск от случая к случаю, и поэтому вообще готов заплатить больший размер перестраховочной комиссии.

Для перестрахователя возможны отбор рисков, которые будут переданы в перестрахование, а также определение величины передач. Кроме рисков, принятых в прямом порядке, отдельные договоры предусматривают возможность передач рисков по договорам сострахования и факультативного перестрахования.

Облигаторно-факультативное перестрахование предполагает обязательность для перестрахователя, а факультативность — для перестраховщика. Сфера применения договора облигаторно-факультативного перестрахования в принципе не ограничена, но наиболее часто такие договоры имеют компании со своими филиалами. Эта форма договора дает возможность перестраховщику контролировать андеррайтерскую политику перестрахователя, что во взаимоотношениях независимых сторон не всегда желательно для уступающей компании, а значит заключение такого договора становится возможным лишь при доверительных отношениях. Кроме того, перестраховщику эта

форма договора может быть невыгодна и небезопасна, так как перестрахователь может передать в перестрахование самые небезопасные риски, поэтому такие договоры заключаются только с перестрахователями, которые пользуются полным доверием перестраховщиков.

11.3. Методы перестрахования

11.3.1. Пропорциональное перестрахование

Пропорциональное перестрахование предусматривает, что доля перестраховщика (цессионария) в каждом переданном ему риске определяется по заранее оговоренному соотношению (пропорции) к доле собственного удержания перестрахователя (цедента). В соответствии с согласованной долей участия в договоре между перестраховщиком и перестрахователем распределяются страховые суммы, премии и убытки. Это означает, что и полученные премии, и убытки распределяются между сторонами договора пропорционально их участию в этом договоре, т. е. пропорционально участию в покрытии риска. Классификация методов перестрахования приведена на рис. 11.6.



Рис. 11.6. Классификация методов перестрахования

Основными формами договоров пропорционального перестрахования являются:

- квотные, или долевые;
- эксцедентные, или лимитные;
- квотно-эксцедентные, или смешанные.

Помимо этого используются разные системы, или модификации этих форм, которые применяются в зависимости от поставленных целей. К ним относятся:

- открытый ковер;
- почтовый ковер;
- первоочередные или приоритетные передачи.

По *квотным договорам* цедент обязуется передать перестраховщику, а перестраховщик обязуется принять долю во всех рисках определенного вида. Брутто-удержание[1] по договору перераспределяется между сторонами в соответствии с согласованной долей. Доля участия в договоре может быть выражена в установленном проценте от страховой суммы или оговаривается определенная сумма. Перестраховщик может устанавливать лимиты своей ответственности по договору. Аналогичным образом происходит и регулирование убытков. В соответствии со своей долей участия в рисках перестраховщик передает пропорциональную часть страхового возмещения, выплаченного за него страхователям.

Например, перестрахователь обязуется передавать в перестрахование 60%, оставляя на собственное удержание (собственную ответственность) 40% по всем договорам определенного типа. Это означает, что перестрахователь возмещает 40% ущерба, а перестраховщик возмещает 60% ущерба по всем наступившим страховым случаям. Договором квотного перестрахования может быть предусмотрен лимит ответственности страховщика, т. е. максимальная сумма, которую он возмещает по определенному риску. В случае, если лимит установлен в размере 100 тыс. ед.,

[1] Брутто-удержание — сумма собственного удержания цедента и размер участия перестраховщика в квотном договоре.

а перестраховывается риск в 200 тыс. ед., то собственное удержание составит

80 000 + 20 000 = 100 000 ед.,

перестраховывается

120 000 − 20 000 = 100 000 ед. (т. е. максимум).

Схема распределения ответственности между перестрахователем и перестраховщиком по квотному договору представлена на рис. 11.7.

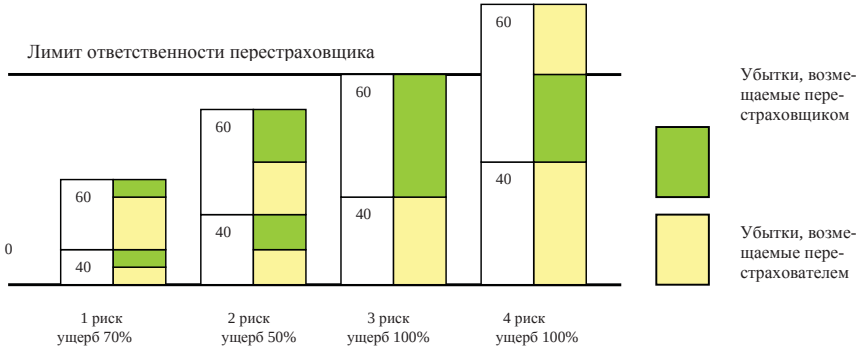


Рис. 11.7. Распределение ответственности между перестрахователем и перестраховщиком по квотному договору

Квотные договоры предполагают, что перестрахователь будет удерживать часть причитающейся перестраховщику премии. На сумму удерживаемой премии начисляется определенный процент за время удержания (хотя, как правило, этот процент ниже предлагаемого банками). Это удержание остается у перестрахователя в качестве резерва премии и убытков. Время резервирования (обычно 1 год) позволяет страховщику использовать эти средства, а также делать при взаимных расчетах из резерва необходимые вычеты, что уменьшает величину переводов.

Квотный договор не требует больших затрат по его обслуживанию, в чем заключается его несомненное преимущество.

Однако наличие в квотных договорах лимитов ответственности перестраховщика в некоторых случаях вынуждает проводить дополнительное перестрахование, главным образом, факультативным методом. В связи с этим использование квотных договоров не всегда целесообразно. Кроме того, квотные договоры обязывают передавать в перестрахование и небольшие риски, которые при других формах перестрахования цедент мог бы оставить на собственной ответственности, сохранив всю премию.

Применение квотного договора может быть связано с необходимостью перестрахования большого количества примерно однородных рисков. Квотный договор применяется для всех видов страхования.

Основные преимущества договора квотного перестрахования:

1. Существует прямая зависимость между страховщиком и перестраховщиком.

2. Процедура учета и формирования отчетности по деятельности достаточно просты.

3. Гибкость, которая заключается в возможности увеличения и уменьшения предаваемой квотной доли.

4. Неограниченный объем покрытия, обеспечиваемый для возможности объединения убытков по риску в одну общую сумму убытка.

К основным недостаткам договоров квотного перестрахования относят:

1. Возможность увеличения убытков страховой компании за счет передачи значительного объема дохода в перестрахование.

2. Отсутствие возможности выбора типа удержания.

3. Отсутствие возможности заключения договора квотного перестрахования, если риск не подпадает под объем и параметры мероприятий в рамках договора.

4. Невозможность изменения условий удержания.

Определяющим фактором по **эксцедентному договору** является “собственное удержание”, представляющее определенный уровень удержания страховой суммы, в пределах которой перестрахователь оставляет на своей ответственности только

определенную часть (лимит) рисков, а остальное передает перестраховщику. Таким образом, по эксцедентному договору перестрахователь передает оговоренную часть рисков сверх собственного удержания, а перестраховщик берет на себя обязательство принять эти фиксированные части риска.

Эксцедент — это сумма риска, которая подлежит перестрахованию сверх суммы собственного удержания.

Поскольку договор может включать в себя несколько групп рисков, то к нему необходимо приложение таблиц лимитов собственного удержания по этим группам рисков. Так, если максимум собственного участия перестрахователя составляет 100 тыс. единиц, то все принятые на страхование риски в пределах этой суммы остаются на ответственности перестрахователя, а все сверх этой суммы передается перестраховщику. Сумма эксцедента обычно выражается в несколько раз увеличенном собственном удержании передающей компании. Например, условиями договора может быть предусмотрено, что сумма эксцедента равна 10 (15, 20) долям (линиям), равным собственному удержанию.

Емкость такого договора составит соответственно 11 (16, 21) долей, т. е. существует прямо пропорциональная зависимость между собственным удержанием и перестраховываемой частью риска.

Например, договор состоит из 5-кратного собственного удержания, которое для одной из отдельных групп рисков составляет 1 тыс. единиц. В этом случае при страховании на сумму 5 тыс. единиц 1 тыс. единиц остается в собственном удержании, а в перестрахование передается 4 тыс. единиц. Если страховая сумма по договору страхования составляет 8 тыс. единиц или 10 тыс. единиц, то в перестрахование передается также 4 тыс. единиц, а в собственном удержании перестрахователя остается соответственно 4 тыс. единиц (1 тыс. единиц собственного удержания и 3 тыс. единиц, не покрытых перестрахованием) или 6 тыс. (1 тыс. единиц собственного удержания и 5 тыс. единиц, не покрытых перестрахованием).

Таким образом, соглашение о перестраховании на базе эксцедента решает проблему перестрахования лишь в пределах определенного лимита, кратного собственному удержанию. Для того чтобы покрыть крупные риски, одного эксцедентного договора часто бывает недостаточно. Поэтому кроме договоров первого эксцедента используются договоры второго, третьего и т. д. эксцедентов. Договоры второго и последующих эксцедентов строятся сверх емкости договора первого эксцедента, и до тех пор, пока не заполнена емкость договора первого эксцедента, договоры последующих эксцедентов не затрагиваются.

Схема распределения ответственности между перестрахователем и перестраховщиками по эксцедентному договору представлена на рис. 11.8.

Эксцедентные договоры являются наиболее часто применяемыми типами договоров перестрахования, так как дают возможность цеденту оставлять на собственном удержании все небольшие риски. Однако для перестраховщика это означает, что

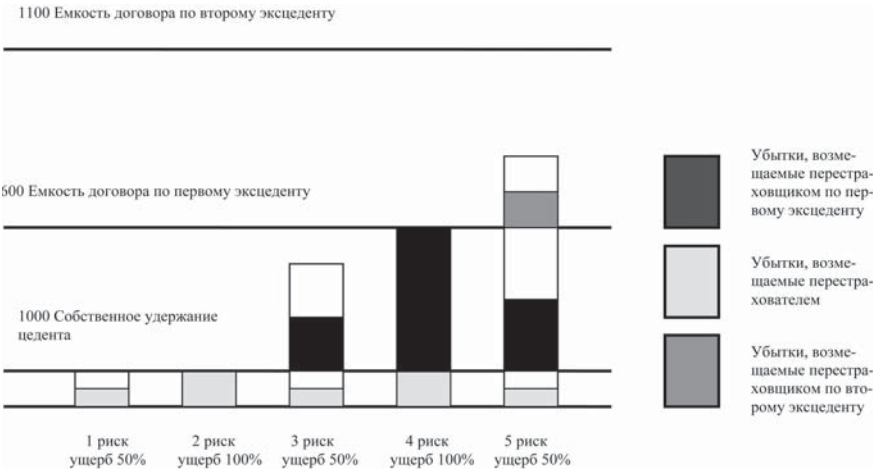


Рис. 11.8. Схема распределения ответственности между перестрахователем и перестраховщиками по эксцедентному договору

ему переходят риски, по которым убыток значителен. Поэтому его интересы могут быть удовлетворены путем увеличения лимита собственного удержания цедента.

Необходимо отметить, что затраты по обслуживанию эксцедентных договоров значительно больше, чем по договорам квотного перестрахования. Изучение каждого риска, определение его доли в эксцедентном договоре, установление приоритета в абсолютном выражении (квота в процентах), группирование рисков, оценка возможных убытков удорожают проведение перестрахования в эксцедентной форме. Несмотря на это, данная форма более интересна для цедента и поэтому чаще используется на практике.

К достоинствам договоров эксцедентного перестрахования относятся:

1. Возможность изменения суммы удержания относительно разных рисков.

2. Наличие заданного уровня емкости, свойственного для определенного вида и размера риска.

3. Возможность удержания более значительной части своего дохода.

4. Получение передаточной комиссии, обычно достаточной для оплаты расходов на привлечение новых страхователей, которая одновременно является дополнением к доходу от операций страхования.

Основные недостатки договоров эксцедентного перестрахования:

1. Конечные результаты страховщика и его эксцедентных перестраховщиков могут различаться. Это может повлиять на первоначальное соотношение между нетто и брутто счетами страховщика и прибылью, которую он получит от таких соглашений.

2. Если риск не попадает под объем и условия мероприятий в рамках договора, страховщик обязан прибегнуть к факультативному методу перестрахования или удержать чистую сумму риска.

3. Если риск попадает под объем и условия мероприятий в рамках договора, действия страховой компании ограничиваются условиями договора. Страховщик не может менять условия

удержания или страхования там, где могут быть затронуты существенные части договора.

4. Для перестраховщика эксцедентный договор может обернуться нестабильным убытком и работой с не самыми лучшими клиентами, особенно в периоды жесткой конкуренции, когда передающая риск компания может уйти к эксцедентому перестраховщику. С другой стороны может возрасти количество менее популярных и более неустойчивых компаний-клиентов, желающих перейти на эксцедентное перестрахование.

5. Передаточная комиссия обычно ниже, чем при квотном перестраховании. Кроме того, договоры второго и третьего эксцедента подразумевают более низкую комиссию по сравнению с первым эксцедентом.

Квотно-эксцедентные договоры предполагают сочетание квотного и эксцедентного видов перестрахования. Может устанавливаться эксцедент в зависимости от определенной доли (квоты) от собственного удержания, свыше уровня удержания применяется эксцедент, который фиксируется в абсолютном выражении. Используются брутто-удержания по договору, в пределах которого квотно распределяются доли участия перестрахователя и перестраховщика, а эксцедент составляет величину, кратную брутто-удержанию. Или могут быть включены условия о брутто-удержании, в котором цедент участвует квотно, а эксцедент определяется кратно квоте цедента и лимитируется максимальной суммой в абсолютном выражении.

На практике договоры используются не очень часто, в основном когда компания расширяет свой бизнес за счет новых для нее видов страхования, т. е. может строго определить уровень удержания части договора. Схема распределения ответственности между перестрахователем и перестраховщиками по квотно-эксцедентному договору представлена на рис. 11.9.

В представленной схеме до восьми долей действует квотный договор с 25% удержания риска у цедента, а свыше — эксцедентный:

1 риск — 1 доля (25%) у перестрахователя, 3 доли (75%) — у перестраховщика;

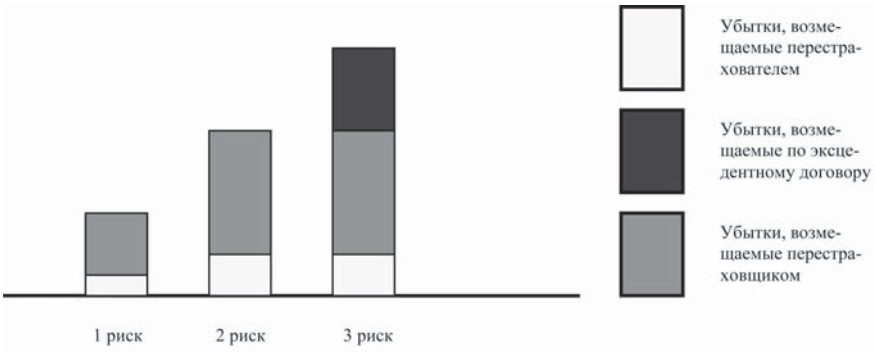


Рис. 11.9. Схема распределения ответственности между перестрахователем и перестраховщиками по квотно-эксцедентному договору

2 риск — 2 доли (25%) у перестрахователя, 6 долей (75%) — у перестраховщика;

3 риск — 2 доли (25%) у перестрахователя, 6 долей (75%) — у перестраховщика, 4 оставшиеся доли перестраховываются по эксцедентному договору.

Открытый ковер представляет собой соглашение, при котором перестрахователь факультативно передает в перестрахование строго установленную долю каждого риска. Перестраховщик мажет отклонить какой-либо риск, но в целом он участвует в этом договоре на обязательной основе.

Таким образом, это соглашение, с одной стороны, факультативно для страховщика и, с другой стороны, облигаторно для перестраховщика. Открытый ковер необходим для перестрахования рисков, которые носят периодический характер, и страховая сумма увеличивается внезапно, в определенное время года. Такие риски характерны для огневого и морского перестрахования. Конечно, перестрахование таких рисков можно было бы осуществить договорным методом. Но договоры составляются и размещаются обычно в конце года, а потребность в перестраховании возникает в течение года. Возможно, по этой причине современное перестрахование не может обойтись без открытого ковера.

При **почтовом ковере** между перестрахователем и перестраховщиком заключается договор, определяющий основные моменты передачи страховых рисков. Например, перестрахователь предлагает отдельные риски на перестрахование, а перестраховщик рассматривает каждую конкретную передачу риска, после чего принимает решение принять риск, отклонить его или изменить предложенные условия. На это время риск считается перестрахованным. Этот договор с известной долей условности для перестраховщика можно определить как факультативно-облигаторный.

Первоочередные, или *приоритетные передачи* не представляют собой особую форму договора, однако предполагают перестрахование части риска до того, как будут производиться передачи по основным договорам компании. Такие передачи могут производиться в соответствии с законом, при участии в перестраховочном соглашении с другими компаниями, в том числе и принадлежащими к одной финансовой группе. Передача рисков производится факультативно, а соглашения между компаниями носят облигаторный характер.

11.3.2. Непропорциональное перестрахование

Непропорциональное перестрахование характеризуется тем, что в нем страховые суммы, страховые взносы и страховые выплаты распределяются между цедентом и перестраховщиком непропорционально. Если при пропорциональном перестраховании интересы перестрахователя и перестраховщика в целом совпадают, то при непропорциональном перестраховании интересы сторон могут приобрести противоречивый характер. Смысл этих противоречий состоит том, что достижение дополнительных финансовых результатов перестрахователем не сопровождается аналогичными результатами у перестраховщика. Более того, перестраховщик может понести убытки.

Содержание непропорционального перестрахования заключается в следующем: перестрахователь сам платит все убытки до согласованного размера, а превышение над этим размером подлежит оплате перестраховщиком, для которого обычно так-

же устанавливается определенный лимит, или верхняя граница ответственности. Ответственность по непропорциональным перестраховочным операциям может быть установлена либо в абсолютном, либо в относительном выражении, но обычно лимиты ответственности перестраховщиков дополняются определенной суммой в абсолютном выражении. Лимиты ответственности перестрахователя называют по-разному: удержанием в убытке, первым убытком, приоритетом, франшизой. Ответственность перестраховщика сверх ответственности перестрахователя до лимита называется *покрытием.*

Основными отличительными особенностями организации и обслуживания непропорционального перестрахования по сравнению с пропорциональным перестрахованием являются следующие:

• передаются только оговоренные убытки, что позволяет не высылать бордеро передач или списка передач, высылается только бордеро убытка, размер которого превышает установленную величину;

• объем учета и бухгалтерских операций значительно меньше, поскольку учитываются либо отдельные убытки, либо финансовые результаты страхований, однако требуется большая подготовительная работа;

• в связи с этим много ниже расходы по обслуживанию непропорциональных договоров;

• перестраховочная премия подсчитывается не для каждого передаваемого риска, а для всего портфеля по одному или нескольким видам страхования за год;

• перестраховочная премия устанавливается в договоре и не зависит от объема собранной премии, поэтому перестрахователь имеет возможность учесть все затраты по такому договору сразу; при этом следует отметить, что цена непропорционального перестрахования может изменяться по годам в зависимости от убытков или уровня убыточности и рыночной конъюнктуры;

• по непропорциональным договорам в основном тантьема (т. е. часть (доля) прибыли, которую перестраховщик может получить при реализации договора) не предусматривается;

• отсутствуют резервы, поэтому перестрахователь должен сам заботиться об их формировании;

• по непропорциональным договорам не всегда могут совпадать интересы сторон.

При непропорциональном перестраховании применяются два типа договоров: договор эксцедента убытка (excess of loss — XL) и договор эксцедента убыточности, или договор (stop loss — SL).

Эксцедент убытков наиболее распространенный договор непропорционального перестрахования, который предполагает, что обусловливается удержание, сверх которого предоставляется перестраховочная защита. По договору эксцедента убытков на перестраховщика возлагается обязанность производить страховую выплату в случае, когда подлежащая оплате страховщиком сумма страхового возмещения превышает оговоренный предел (приоритет цедента). Размер такой выплаты составляет разницу между всей суммой страховой выплаты и величиной приоритета цедента, но не может быть выше установленного лимита.

Договор перестрахования на условиях эксцедента убытков заключают для защиты портфеля по определенному виду страхования при наличии благоприятного прогноза вероятности наступления очень крупных убытков. Этот тип договоров наиболее простой и поэтому часто применяется на практике.

Если по договору эксцедента убытка приоритет цедента предусмотрен 1,5 тыс. ед., лимит перестраховочного покрытия в размере 2 тыс. ед. Цедент выплатил страхователю страховое возмещение в сумме 2 тыс. ед. при наступлении страхового случая, то цеденту самому придется оплатить убытки в размере 1,5 тыс. ед., а перестраховщик возместит цеденту убытки в сумме 500 ед. (рис. 11.10).

Эксцедент убыточности — эта защита сориентирована на один вид страхования или весь страховой портфель. Покрытие действует после всех других перестраховочных договоров, когда размер убытков превышает согласованный процент премии, т. е. согласованный уровень убыточности. Перестраховщики несут ответственность в установленном размере, например в процентах убыточности, в максимальном размере убытков,

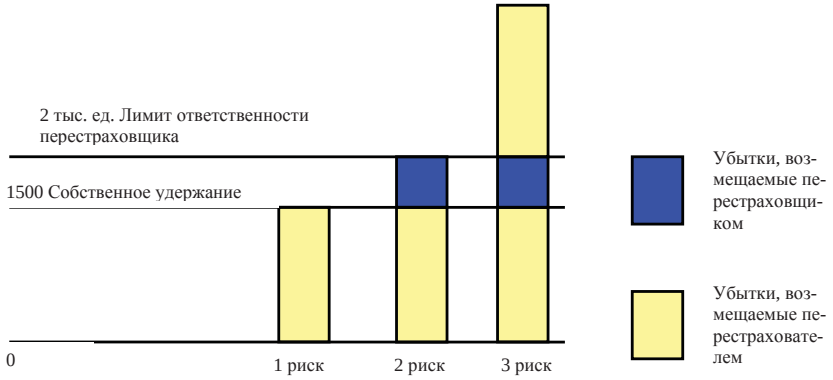


Рис. 11.10. Схема распределения ответственности по договору эксцедента убытков

который определяют по результатам прошлых лет. Покрытие предоставляется на определенное время, обычно на 12 мес. В целом договор не предполагает гарантии по прибыли для перестрахователя, а только предохраняет страховщика от чрезвычайно крупных потерь. В случае, если убыточность вместе с комиссионными не превысит 100%, то перестраховщики будут настаивать на увеличении уровня убыточности. Кроме того, по договору может предусматриваться участие перестрахователя в покрытии (5–10%).

Пример.

По условиям договора страхования эксцедента убыточности перестраховщик обязан произвести страховую выплату цеденту, если по итогам проведения операций по страхованию имущества предприятий за год уровень выплат превысит 100%. При этом ответственность перестраховщика ограничивается уровнем 106%. По итогам года страховщик собрал страховую премию в размере 20 млн руб., а выплатил страховое возмещение в размере 22 млн руб.

Решение.

Для определения величины суммы, которую уплатит перестраховщик цеденту, необходимо определить:

1. Уровень выплат:

$22/20 \cdot 100 = 110\%$;

2. Величину платежа перестраховщика:

$20(1{,}06 - 1) = 1{,}2$ млн руб.

Кроме относительных (в процентах) лимитов по "стоп-лосс" верхние лимиты устанавливаются обычно в абсолютном выражении, поскольку значительные превышения над собранной премией по сравнению с предыдущим годом означают, что в основном снижаются требования (в том числе и за счет недостаточного опыта в новом виде страхования), а это почти автоматически ведет к росту убыточности.

Ограничений по применению ковера "стоп-лосс" практически нет, хотя следует отметить, что такой ковер не используется часто при личном, морском и авиационном страховании. Классический пример для "стоп-лосс" — страхование от градобития, кроме того, целесообразность его очевидна при страховании от ураганов. Некоторые профессиональные перестраховочные компании оценивают "стоп-лосс" как не слишком привлекательный, так как сложно правильно установить премию из-за очень больших разбросов по степени подверженности опасностям, по влиянию внешних факторов на прохождение договора, а также крайней изменчивости результатов страхования. Для уступающих компаний цена такого покрытия не всегда приемлема. Отсутствие известной и приемлемой формализации в определении передаваемой премии только усугубляет эту проблему.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем сущность перестрахования?
2. Покажите генезис перестрахования.
3. Кто такой андеррайтер и каковы его функции?
4. Кто такой перестрахователь, перестраховщик, состраховщик и какие функции они выполняют?
5. Какие задачи существуют перед перестрахованием?
6. Что представляет собой факультативное перестрахование?

7. Охарактеризуйте схему принятия факультативного риска.

8. Какие имеются недостатки у факультативного перестрахования?

9. Дайте характеристику облигаторного перестрахования.

10. Какие недостатки имеются в облигаторном перестраховании?

11. В чем сущность смешанных форм договоров перестрахования и для каких целей они используются?

12. Дайте классификацию методов перестрахования.

13. Что представляют собой квотные формы перестрахования?

14. Охарактеризуйте эксцедентные формы перестрахования.

15. В чем сущность квотно-эксцедентной (смешанной) формы перестрахования?

16. Что представляет собой пропорциональное перестрахование?

17. Дайте характеристику непропорционального перестрахования.

18. Что такое эксцедент убытков и эксцедент убыточности?

Глава 12. ФИНАНСОВЫЕ ОСНОВЫ СТРАХОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

12.1. Формирование и размещение страховых резервов

12.1.1. Понятие и принципы формирования страховых резервов

Понятие страховых резервов определено в ст. 26 Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации": "Для обеспечения исполнения обязательств по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию страховщики в порядке, установленном нормативным правовым актом органа страхового регулирования, формируют страховые резервы".

Страховые резервы отражают величину обязательств страховщика по заключенным им со страхователями договорам страхования, но не исполненных на данный момент времени. Если в балансе страховщика отсутствуют страховые резервы, это не значит, что он не участвует в формировании совокупного страхового фонда, а означает лишь то, что на данную дату он рассчитался по всем имевшимся у него договорам страхования и формировать страховые резервы по неисполненным обязательствам у него нет необходимости.

В экономическом смысле ***страховые резервы*** — это средства не страховщиков, а страхователей и предназначены они для осуществления страховых выплат согласно обязательствам по неисполненным или неоконченным на отчетную дату договорам страхования. Величина страховых резервов должна полностью покрывать суммы предстоящих выплат по договорам страхования и перестрахования. Определение их размеров является результатом тщательного анализа операций страховщика, результаты и надежность которого в значительной степени гарантируют страховщика от возможного банкротства.

Однако размер страховых резервов не влияет на надежность и финансовую устойчивость страховой организации. Сам размер страховых резервов еще ни о чем не говорит, поскольку резервы по своему характеру прежде всего являются кредиторской задолженностью страховщика. Их увеличение означает рост обязательств. Аналогично снижение объемов страховых резервов или их отсутствие в балансе страховщика означает лишь то, что на отчетную дату он рассчитался по всем имевшимся у него обязательствам. Из всего этого следует, что понятие достаточности страховых резервов означает их соответствие по размеру и структуре принятым страховщиком страховых обязательств на дату расчета.

Известно, что порядок формирования страховых резервов во всех странах с развитым рынком страховых услуг устанавливается в законодательном порядке, обычно при участии государственного органа страхового надзора.

Методами регулирования страховых резервов являются:

- определение количества и состава страховых резервов;
- утверждение методик формирования резервов;
- определение порядка отражения состояния резервов в отчетности страховой организации.

Нормативные документы по этому вопросу, разработанные Федеральной службой страхового надзора Российской Федерации, базируются на обобщении и применении зарубежного опыта с учетом российской специфики. В связи с этим в отечественных нормативных документах закреплены наиболее общие требования к формированию страховых резервов, используемые в международной практике страхования.

Страховщики обязаны формировать страховые резервы в соответствии с требованиями федерального органа страхового надзора, за которым законодательно закреплено право их установления.

12.1.2. Резервы по страхованию жизни

Современные страховые компании формируют три группы резервов:

1) по страхованию жизни;

2) технические по иным видам страхования;

3) резервы предупредительных мероприятий.

Резервы по страхованию жизни называются математическими резервами вследствие математической базы их расчета. Базой для расчета величины резерва служит поступившая в отчетном периоде страховая нетто-премия по заключенным договорам страхования.

В соответствии с приказом Минфина от 9 апреля 2009 г. № 32н «Об утверждении порядка формирования страховых резервов по страхованию жизни», зарегистрированным в Минюсте 16 июля 2009 г. № 14361, до 31 декабря 2009 г. страховщики должны привести положения о формировании резервов по страхованию жизни в соответствие с приказом и с 1 января 2010 г. формировать их по установленным требованиям.

Правила формирования страховых резервов по страхованию жизни заполняют правовой вакуум, существующий в описании методик расчета резервов по страхованию жизни, существовавший с начала 90-х г. XX в. В письме Росстрахнадзора от 05.04.1995 № 09/2-12р/02 «О резервах по страхованию жизни», носившем рекомендательный характер, допускалось существование и расчет только одного-единственного резерва по страхованию жизни и только с одним вариантом расчета. По новым правилам, в соответствии с Порядком формирования страховых резервов по страхованию жизни (утв. приказом от 09.04.2009 № 32н), страховщик может формировать до 6 резервов по страхованию жизни, причем положение о формировании страховых резервов подлежит согласованию с ФССН. Участие специализированных актуариев в разработке положения становится для страховщиков необходимостью, так как при формировании резервов в полной мере используются актуарные методы.

Формирование страховых резервов по страхованию жизни осуществляется для оценки обязательств страховщика, выраженных в денежной форме, по предстоящим страховым выплатам и обслуживанию этих обязательств по договорам страхования, сострахования, перестрахования.

В состав страховых резервов по страхованию жизни включаются следующие резервы:

1) математический резерв. Формирование математического резерва осуществляется в целях оценки обязательств страховщика по договорам страхования жизни, которые могут возникнуть в связи с наступлением страховых случаев;

2) резерв расходов на обслуживание страховых обязательств. Формирование данного вида резервов осуществляется в целях оценки предстоящих расходов страховщика по обслуживанию и исполнению договора страхования жизни, в течение срока действия договора страхования жизни после уплаты единовременной или периодической страховой премии;

3) резерв выплат по заявленным, но неурегулированным страховым случаям. Это вид резервов формируется в целях оценки неисполненных или исполненных не полностью обязательств страховщика по осуществлению страховых выплат, а также при досрочном расторжении договора страхования жизни;

4) резерв выплат по произошедшим, но не заявленным страховым случаям. Формируется в целях оценки не исполненных на дату расчета обязательств страховщика по осуществлению страховых выплат в связи со страховыми случаями, произошедшими в отчетном периоде или предшествующих ему периодах, но не заявленными страховщику;

5) резерв дополнительных выплат (страховых бонусов). Формируется в целях оценки обязательств страховщика по причитающимся к уплате страховым бонусам по договорам страхования жизни, предусматривающим участие в инвестиционном доходе страховщика. Данное изменение является принципиально важным, поскольку ограничение базиса расчета тарифов (в частности, нормы доходности) одновременно с начислением дополнительного дохода (бонусов) является общепринятым в мировой практике механизмом, позволяющим, с одной стороны, обеспечить платежеспособность страховщиков, а с другой — защитить интересы страхователей;

6) выравнивающий резерв. Формирование выравнивающего резерва осуществляется в целях оценки дополнительного

обеспечения обязательств страховщика в случае дефицита страховых премий, возникшего в результате применения при расчете страховых резервов более консервативного базиса расчета, чем при расчете страховых премий. Выравнивающий резерв страховщики должны образовывать в случае, если параметры, используемые при расчете тарифов, менее консервативны, чем нормативно установленные для расчета резервов, это позволяет органу страхового надзора создать систему регулирования страховых тарифов. Опыт тех стран, где страховые тарифы по страхованию жизни не согласовываются с органами страхового надзора, показывает, что подобные ограничения на параметры, используемые при расчете резервов, дают возможность, хотя и косвенным образом, но весьма эффективно пресекать демпинг на рынке страхования жизни.

Обязательными для формирования являются математический резерв и резерв выплат по заявленным, но неурегулированным страховым случаям. Остальные страховые резервы формируются в зависимости от условий договоров страхования жизни.

Устанавливаемый указанным выше Порядком формирования страховых резервов метод расчета математического резерва — метод нетто-премии, с учетом предусмотренных модификаций, широко используется в мировой практике, в том числе в США и странах ЕС, и отвечает текущему состоянию рынка страхования жизни в России.

Регулирующий документ, устанавливающий принципы расчета резервов и не содержащий никаких формул, соответствует мировой практике регулирования (см., например, стандарты МСФО) и является шагом вперед по сравнению с существующей практикой регулирования.

Порядок формирования страховых резервов по страхованию жизни является первым российским нормативным документом, устанавливающим принципы, а не процедуры расчета. Он представляет собой существенный шаг в развитии регулирования страхового дела в России.

Технические резервы по иным видам страхования. Разграничение резервов по страхованию жизни и по видам страхования

иным, чем страхование жизни (рисковые виды), связано с разным распределением риска и разной методикой и структурой тарифной ставки как источника формирования страхового резерва.

Правила формирования страховых резервов по страхованию иному, чем страхование жизни, утверждены приказом Министерства финансов РФ от 11 июня 2002 г. № 51н (в ред. 01.10.2009 г. № 101н).

Страховщики руководствуются этими Правилами и на их основе разрабатывают и утверждают положения о формировании страховых резервов по указанным видам страхования и представляют их в Министерство финансов РФ в течение месяца с момента утверждения.

Страховые резервы включают:

- резерв незаработанной премии (РНП);
- резервы убытков:
- резерв заявленных, но неурегулированных убытков (РЗУ);
- резерв произошедших, но незаявленных убытков (РПНУ);
- стабилизационный резерв (СР);
- стабилизационный резерв по ОСАГО;
- иные страховые резервы.

Для расчета страховых резервов договоры распределяются по следующим учетным группам:

1 — страхование (сострахование) от несчастных случаев и болезней;

2 — добровольное медицинское страхование (сострахование);

3 — страхование (сострахование) пассажиров (туристов, экскурсантов);

4 — страхование (сострахование) граждан, выезжающих за рубеж;

5 — страхование (сострахование) средств наземного транспорта;

6 — страхование (сострахование) средств воздушного транспорта;

7 — страхование (сострахование) средств водного транспорта;

8 — страхование (сострахование) грузов;

9 — страхование (сострахование) товаров на складе;

10 — страхование (сострахование) урожая сельскохозяйственных культур;

11 — страхование (сострахование) имущества, кроме перечисленного в учетных группах 5–10, 12;

12 — страхование (сострахование) предпринимательских (финансовых) рисков;

13 — добровольное страхование (сострахование) гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств;

13.1 — обязательное страхование (сострахование) гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

14 — страхование (сострахование) гражданской ответственности перевозчика;

15 — страхование (сострахование) гражданской ответственности владельцев источников повышенной опасности, кроме указанного в учетной группе 13;

16 — страхование (сострахование) профессиональной ответственности

17 — страхование (сострахование) ответственности за неисполнение обязательств;

18 — страхование (сострахование) ответственности, кроме перечисленного в учетных группах 13–17;

19 — договоры, принятые в перестрахование, кроме договоров перестрахования, в соответствии с условиями которых у перестраховщика возникает обязанность по возмещению заранее установленной доли в каждой страховой выплате, производимой страховщиком по каждому принятому в перестрахование договору (договорам), по которому произошел убыток, подпадающий под действие договора перестрахования (договоры непропорционального перестрахования).

Резерв незаработанной премии (РНП). Согласно Правилам формирования страховых резервов по видам страхования иным, чем страхование жизни, РНП представляет собой базовую страховую премию, поступившую по договорам страхования, действовавшим в отчетном периоде, и относящуюся к периоду

действия договора страхования, выходящему за пределы действия отчетного периода.

Резерв незаработанной премии представляет собой часть страховой брутто-премии, относящейся к периоду действия договора страхования, выходящему за пределы отчетного периода.

Понятие незаработанной премии (НП) вытекает из сопоставления календарно-финансового периода деятельности страховой компании и периода действия конкретного договора страхования.

Под НП понимается часть премии по какому-либо договору страхования, соответствующая сроку страхования, выходящему за рамки данного финансово-календарного года. По экономическому смыслу НП представляет собой расходы будущих периодов.

Для расчета НП по каждому договору определяется базовая страховая премия (БСП).

БСП равна страховой брутто-премии — начисленные вознаграждения за заключенные договоры страхования — отчисления от страховой брутто-премии в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

Для расчета НП по договору, принятому в перестрахование:

НП = страховой брутто-премии — сумма начисленного вознаграждения по договору, принятому в перестрахование.

Для расчета величины НП используются следующие методы:

pro rata temporis;

метод 1/24;

метод 1/8.

По договорам, относящимся к учетным группам с 1 по 18, расчет резерва незаработанной премии производится методом pro rata temporis. Метод pro rata temporis является наиболее точным, при больших объемах операций пользоваться им из-за его трудоемкости достаточно сложно. Причем если операции осуществляются по однородным группам рисков и

поступление взносов равномерно распределено в течение года, этот метод вообще становится ненужным. В таких случаях целесообразно применять так называемые паушальные методы расчета страховых резервов, которые зависят от группировки базисных дат, которая может быть, например, ежедневной или ежемесячной.

В случае страхования по генеральному полису или если в силу специфики взаиморасчетов между страховщиком и страхователем для целей расчета страховых резервов определять точные даты начала и окончания действия договоров нецелесообразно, то по договорам, относящимся к учетным группам 3, 4, 8, 9 и 13 расчет резерва незаработанной премии может производиться методами 1/24 или 1/8.

По договорам перестрахования расчет РНП может производиться как методом pro rata temporis, так и методами 1/24 и 1/8.

НП методом **pro rata temporis** определяется по каждому договору как произведение базовой страховой премии по договору на отношение не истекшего на отчетную дату срока действия договора (в днях) ко всему сроку действия договора (в днях):

$$НП_i = БСП_i \frac{n_i - m_i}{n_i},$$

где $БСП_i$ — базовая страховая премия по i-му договору;

n_i — срок действия договора в днях;

m_i — число дней с момента вступления i-го договора в силу до отчетной даты.

$РНП = \sum НП_i$, исчисленной по каждому договору страхования.

Пример.

Страховой компанией 1 августа заключен договор страхования имущества на срок до 1 мая следующего года. Страховая брутто-премия — 120 тыс. руб. Вознаграждение агенту за заключение договора страхования — 7%, отчисления в резерв предупредительных мероприятий — 3%.

Определить незаработанную премию на 1 января по данному договору страхования.

Решение.

1. Определяем базовую страховую премию:

$$БСП_i = 120 - \frac{7 \cdot 120}{100} - \frac{3 \cdot 120}{100} = 108 \text{ тыс. руб.}$$

2. Находим незаработанную премию:

$$НП_i = 108 \frac{273 - 153}{273} = 47{,}472 \text{ тыс. руб.}$$

n_i = 273 — число дней с 1 августа прошедшего года по 1 мая текущего года;

m_i = 153 — число дней с 1 августа по 31 декабря прошедшего года.

Расчет резерва незаработанной премии методом 1/24. Для расчета НП методом 1/24 договоры, относящиеся к одной учетной группе, группируют по подгруппам. В подгруппу включаются договоры с одинаковыми сроками действия (в месяцах) и с датами начала их действия, приходящимися на один месяц.

Для расчета НП методом 1/24 принимается:

 дата начала действия договора приходится на середину месяца;

• срок действия договора, не равный целому числу месяцев, равен ближайшему большему числу месяцев.

Незаработанная премия по каждой подгруппе:

$НП_i = БСП_i \cdot$ *коэффициент для расчета величины резерва НП.*

Коэффициент для каждой подгруппы определяется как отношение не истекшего на отчетную дату срока действия договора подгруппы (в половинах месяцев, например на 15 дней) ко всему сроку действия договоров подгруппы (в половинах месяцев).

Резерв незаработанной премии методом 1/24 в целом по учетной группе определяется путем суммирования незаработанных премий, рассчитанных по каждой группе.

Пример.

Базовая страховая премия по подгруппам договоров, относящихся к учетной группе 4 и заключенных сроком на 1 год в прошедшем году (тыс. руб.):

в январе — 70;

в июне — 120;

в декабре — 50.

Определить резерв незаработанной премии методом 1/24 на 1 января.

Решение.

РНП = 70 · (1/24) + 120 · (11/24) + 50 · (23/24) = 105,833 тыс. руб.

Расчет резерва незаработанной премии методом 1/8. Для расчета незаработанной премии методом 1/8 договоры, относящиеся к одной учетной группе, группируют по подгруппам. В группу включаются договоры с одинаковыми сроками действия в кварталах и датами начала их действия, приходящимися на одинаковые кварталы.

Для расчета НП методом 1/8 принимается:

• дата начала действия договора приходится на середину квартала;

• срок действия договора, не равный целому числу кварталов, равен ближайшему большему целому числу кварталов.

$НП_i = БСП_i \cdot$ *коэффициент для расчета величины резерва НП.*

Коэффициент для каждой подгруппы определяется как отношение истекшего на отчетную дату срока действия договоров подгруппы (в половинах кварталов) ко всему сроку действия договоров подгруппы (в половинах кварталов).

Пример.

Базовая страховая премия по подгруппам договоров, относящихся к учетной группе 8, заключенных сроком на 1 год, составила по кварталам прошедшего года (тыс. руб.):

в первом — 80;

во втором — 120;

в третьем — 210;

в четвертом — 180.

Определить РНП на 1 января методом 1/8.

Решение.

Определяем РНП на 1 января методом 1/8:

РНП = 80 · (1/8) + 120 · (3/8) + 210 · (5/8) + 180 · (7/8) = 343,75 тыс. руб.

Резерв убытков. В практике страхового дела убытки по застрахованным рискам зачастую оплачиваются страховщиком не сразу по наступлении страхового случая, а через довольно значительный период времени. Это обусловлено спецификой некоторых видов страхования, в которых требуются определенное время и значительные усилия для установления точной суммы ущерба. В странах с развитым рынком существует даже общепринятое деление отраслей страхования в зависимости от сроков возникновения обязательств страховщика:

1) претензии погашаются в течение срока страхования или вскоре после него (страхование имущества и от несчастных случаев);

2) протяженный период урегулирования страхования (страхование ответственности и некоторые виды имущественного страхования).

Резервы убытков подразделяются на резервы заявленных, но не урегулированных убытков (*РЗУ*) и резервы произошедших, но не заявленных убытков (*РПНУ*).

РПНУ является оценкой обязательств страховщика по осуществлению страховых выплат, включая выплаты по урегулированию убытков, возникших в связи со страховыми случаями, произошедшими в отчетном или предшествующих ему периодах, о факте наступления которых в установленном законом или договором порядке не заявлено страховщику в отчетном или предшествующих ему периодах.

Расчет *РПНУ* основан на использовании так называемого метода треугольника. По согласованию с Министерством финансов РФ страховщик может использовать другие актуарные методы определения размера *РПНУ* в том случае, если на основании фактических данных о проведении операций по страхованию иному, чем страхование жизни, он может доказать, что предложенные им другие методики дают более точную оценку размера этого резерва.

Расчет осуществляется на основе соотношения ожидаемой величины резерва произошедших, но не заявленных убытков на конец текущего финансового года и величины заработанной премии по виду страхования в текущем году.

Ожидаемая величина резерва произошедших, но незаявленных убытков на конец текущего финансового года рассчитывается исходя из прогнозирования числа еще не заявленных в текущем финансовом году убытков, ожидаемого среднего размера убытка в следующем финансовом году.

Заработанная премия по виду страхования определяется следующей формулой:

$$З = РНП_{н} + Б - РНП_{к},$$

где $РНП_{н}$ — резерв незаработанной премии на начало года по виду страхования;

Б — базовая премия для расчета *РНП*, поступившая в течение года по договорам данного вида страхования;

$РНП_{к}$ — резерв незаработанной премии на конец текущего года по виду страхования.

Согласно Правилам страховщики могут определять величину *РПНУ* в размере 10% от суммы *БСП*, поступившей в отчетном периоде.

В связи с тем, что резерв убытков представляет собой потенциальный объем ответственности, для страховщика важно рассчитать его с достаточной степенью точности. Принципиально подход к расчету резерва убытков может быть двояким: определение убытка по каждому договору или определение убытка по массе договоров. Но, как правило, размер резерва определяется по отдельным договорам страхования.

Если резерв убытков сформирован правильно, покрытие убытков после истечения срока действия договора и после окончания финансово-календарного года не влияет на финансовую устойчивость страховщика.

РЗУ является оценкой неисполненных или исполненных не полностью на отчетную дату обязательств страховщика по осуществлению страховых выплат, включая сумму денежных средств, необходимых страховщику для оплаты экспертных, консультационных или иных услуг, связанных с оценкой размера и снижением ущерба, нанесенного имущественным интересам страхователя, возникшим в связи со страховыми случаями, о факте наступления которых в установленном законом или до-

говором порядке заявлено страховщику в отчетном или предшествующих ему периодах.

Потребность в формировании резерва произошедших, но не заявленных убытков возникла в 1960-х гг., когда страховщики заметили, что резерва незаработанных премий и резерва заявленных, но не урегулированных убытков недостаточно для обеспечения выполнения обязательств по заключенным договорам страхования. Это время характеризуется бурным прогрессом в образе жизни населения и модернизацией производства. Расширяется перечень видов рисков, на случай наступления которых проводится страхование: финансовые риски, страхование гражданской, профессиональной ответственности, ответственности владельцев источников повышенной безопасности, т. е. таких видов рисков, когда страховые случаи при их наступлении связаны с возможностью выявления убытков на протяжении достаточно длительного времени после окончания договора страхования. Именно в это время для обеспечения финансовой устойчивости страховщиков возникла необходимость в формировании резерва произошедших, но не заявленных убытков.

Расчет *РЗУ* производится отдельно по каждой учетной группе договоров.

Величина резерва заявленных, но не урегулированных убытков определяется путем суммирования резервов заявленных, но не урегулированных убытков, рассчитанных по всем учетным группам договоров.

В качестве базы расчета РЗУ принимается размер не урегулированных на отчетную дату обязательств страховщика, подлежащих оплате в связи:

со страховыми случаями, о факте наступления которых в установленном законом или договором порядке заявлено страховщику;

с досрочным прекращением (изменением условий) договоров в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

Для расчета РЗУ величина не урегулированных на отчетную дату обязательств страховщика увеличивается на сумму расходов по урегулированию убытков в размере 3% от ее величины.

Пример.

Сумма заявленных в связи со страховыми случаями претензий за отчетный год составила 700 тыс. руб. Величина страховых выплат — 750 тыс. руб. Неурегулированные претензии за периоды, предшествующие отчетному, — 150 тыс. руб., сумма страховых премий, подлежащих на отчетную дату возврату страхователям в связи с досрочным прекращением договоров, — 6 тыс. руб.

Определить резерв заявленных, но не урегулированных убытков.

Решение.

$РЗУ = 150 + 700 + 60 + 3\%(150 + 700 - 750 + 60) = 164{,}8$ тыс. руб.

Следует отметить, что в английской практике в отдельную группу выделяются резервы по страхованию с длительными сроками урегулирования убытков — морскому, авиационному, транспортному. Технические расходы резервов в этих отраслях страхования представляют собой единый фонд, называемый "морским", являющийся конгломератом незаработанной премии, резерва убытков, будущих административных расходов и т. д.

Стабилизационный резерв — денежная оценка обязательств страховщика по трудноизмеримым рискам страхователей.

По учетным группам 6, 7, 10, 12, 14 и 15 расчет стабилизационного резерва производится в обязательном порядке.

В случае, если в результате расчетов стабилизационный резерв по учетной группе принимает отрицательное значение, стабилизационный резерв по соответствующей учетной группе принимается равным нулю.

К числу общих особенностей стабилизационного резерва страховой организации можно отнести следующие:

- стабилизационный резерв страховой организации формируется за счет средств самого страховщика;
- расчет стабилизационного резерва проводится отдельно по каждой учетной группе;
- правила формирования и использования стабилизационного резерва зависят от того, к какой совокупности учетных групп относятся договоры рассматриваемой отдельной учетной группы.

В соответствии с Правилами формирования страховых резервов по страхованию иному, чем страхование жизни, расчет стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств осуществляется на основании табл. 12.1

Таблица 12.1

Расчет стабилизационного резерва по ОСАГО

Показатель	Код стр.	Сумма
1	2	3
Доходы	01	
Финансовый результат (превышение доходов над расходами или расходов над доходами)	02	
Стабилизационный резерв по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств на начало отчетного периода	03	
Резерв произошедших, но незаявленных убытков на конец отчетного периода	04	
Предельная величина стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств	05	
Увеличение/уменьшение стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств	06	
Промежуточный итог (стр. 03 + стр. 06)	07	
Стабилизационный резерв по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств на конец отчетного периода	08	

Табл. 12.1 предназначена для расчета стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств.

Предельная величина стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств на конец отчетного периода рассчитывается следующим образом:

а) в период с 1 января 2010 г. до 31 декабря 2012 г.:

$$\text{стр. } 05 = 0{,}1 \times \text{стр. } 04 + (\text{СР}_{2009} - 0{,}1 \times \text{РПНУ}_{2009}) / 12 \times \text{N},$$

где $СР_{2009}$ — величина стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств, рассчитанного на 31 декабря 2009 г.;

$РПНУ_{2009}$ — величина резерва произошедших, но незаявленных убытков по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств, рассчитанного на 31 декабря 2009 г.;

N — количество кварталов, неистекших до 31 декабря 2012 г.;

б) начиная с 31 декабря 2012 г.:

$$\text{стр. } 05 = 0{,}1 \times \text{стр. } 04.$$

В стр. 06 на основе данных стр. 01, стр. 02 и стр. 05 рассчитывается величина изменения стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств за отчетный период:

если стр. $02 \geq 0{,}05 \times$ стр. 01, то стр. $06 =$ стр. $02 - 0{,}05 \times$ стр. 01;

если $0 <$ стр. $02 < 0{,}05 \times$ стр. 01, то стр. $06 = 0$;

если стр. $02 \leq 0$, то стр. $06 =$ стр. 02.

В стр. 08, на основе заполненных строк таблицы, рассчитывается величина стабилизационного резерва по обязательному страхованию гражданской ответственности владельцев транспортных средств на конец отчетного периода (на отчетную дату):

если стр. $07 \geq$ стр. 05, то стр. $08 =$ стр. 05;

если $0 <$ стр. $07 <$ стр. 05, то стр. $08 =$ стр. 07;

если стр. $07 \leq 0$, то стр. $08 = 0$.

Резерв колебаний убыточности (РКУ). Формируется страховщиками, осуществляющими указанные ниже виды страховой деятельности в том случае, если показатель фактического уровня убыточности страховой суммы по виду страхования ниже ожидаемого уровня убыточности, явившегося основой для расчета нетто-ставки страхового тарифа по учетным группам 2, 6, 7, 8, 12, 13, 15 и 16.

Резерв колебаний убыточности предназначен для сглаживания колебаний уровня выплат около нормативного значения в течение тарифного периода. При этом по окончании тарифного периода та его часть, которая сформировалась за счет отклонения уровня выплат от среднего значения, должна оказаться

равной нулю, остаток же будет обусловлен накоплением рисковой надбавки за этот срок.

Если фактический уровень страховых выплат за отчетный период превышает нормативный уровень, то превышение оплачивается из РКУ, накопленного за благоприятные периоды времени, когда уровень выплат был ниже нормативного. Если же фактические выплаты ниже расчетного (нормативного) уровня, то избыток страховой премии пополняет РКУ на случай неблагоприятных будущих выплат.

Нормативный уровень выплат за отчетный период равен суммарной величине заработанной за тот период премии, которая определяется суммированием индивидуальных заработанных нетто-премий по всем действовавшим договорам.

Определение фактического уровня выплат — непростая задача. Дело в том, что может пройти некоторое время после случившегося убытка до того, как в полной мере станут известны требования, подлежащие оплате. Важно, чтобы эти требования были отнесены к периоду, когда произошел страховой случай. Кроме того, может пройти много лет, прежде чем станут известны окончательные суммы по требованиям выплат. Поэтому и рассчитанные значения убыточности следует уточнять по мере того, как уточняются суммы убытков.

Расчет отчислений в РКУ производится следующим методом.

Определяется фактический уровень убыточности:

$$У_ф = (Ф_в + РЗУ + РПНУ)/S,$$

где $Ф_в$ — произведенные выплаты по страховым случаям;

$РЗУ$, $РПНУ$ — размер соответствующих резервов;

S — совокупная страховая сумма.

На формирование $РКУ$ направляется не более 50% суммы, исчисленной как произведение заработанной страховой премии на величину отклонения фактического уровня убыточности от ожидаемого уровня убыточности по формуле

$$РКУ = (У_р - У_ф) \cdot ЗСП \cdot К,$$

где $У_р$ — показатель ожидаемого уровня убыточности по виду страхования, исчисленного при расчете страхового тарифа;

$У_ф$ — показатель фактического уровня убыточности страховой суммы по виду страхования;

ЗСП — заработанная страховая премия: базовая страховая премия по виду страхования, поступившая в отчетном году, уменьшенная на сумму *РНП* на конец отчетного периода по данному виду страхования, увеличенная на сумму *РНП* на начало отчетного периода;

К — коэффициент используемый для определения отчислений в резерв колебаний убыточности ($К \geq 0{,}5$) по каждому виду страхования.

При определении величины уменьшения *РКУ ДСН* рекомендует использовать страховую сумму.

Если фактический показатель убыточности превосходит ожидаемый, то дополнительный размер необходимых средств для выплат будет составлять:

$$\left[\frac{S_в + РЗНУ + РПНУ}{S} - ОУ\right] \cdot S = S_в + РЗНУ + РПНУ - ОУ \cdot S,$$

где $S_в$ — фактические выплаты;

РЗНУ — резерв заявленных, но не урегулированных убытков;

РПНУ — резерв произошедших, но не заявленных убытков;

ОУ — ожидаемый уровень убыточности.

Размер резерва не может превышать совокупного размера страховой суммы по действующим договорам страхования.

Резервы катастроф (РК). Резерв катастроф предназначен для покрытия чрезвычайного ущерба, явившегося следствием непреодолимой силы или крупномасштабной аварии, повлекших за собой необходимость осуществления страховых выплат по большому количеству договоров страхования. Таким образом, мнение, что резерв катастроф должен формироваться при страховании крупных рисков, как, например, при страховании гражданской ответственности организаций, эксплуатирующих опасные производственные объекты, либо космических рисков, является неправильным. Резерв целесообразно создавать в тех случаях, когда существует большая вероятность кумуляции однородных рисков по большому количеству страховых догово-

ров. В других случаях целесообразнее передавать часть риска в перестрахование.

Резервы катастроф создаются обычно для обеспечения страховых выплат в результате естественных катастроф (наводнений, извержений вулканов, землетрясений и т. д.) либо крупных промышленных аварий. Предназначены для покрытия чрезвычайного ущерба, явившегося следствием непреодолимой силы, крупномасштабной аварии и иных катастрофических рисков. Под катастрофическими рисками понимаются страховые события, наступление которых связано со значительными человеческими жертвами и (или) большими материальными потерями.

Такие резервы формируются страховщиками в случаях, если действующими договорами страхования со страхователями предусмотрена ответственность при наступлении такого рода событий.

Резервы катастроф могут использоваться только в случаях, когда специальными решениями органов власти произошедшее событие признано катастрофой.

Нормативно метод расчета резерва катастроф не определен. Резерв формируется на основе расчета процентных отчислений от БСП исходя из статистических данных за последние 10–15 лет. Поэтому если страховая организация приняла решение о формировании резерва катастроф, то для согласования в Департаменте страхового надзора, в Положении о формировании резервов по видам иным, чем страхование жизни, указывается порядок расчета с предоставлением экономического обоснования.

12.2. Формирование инвестиционного дохода

12.2.1. Основные инвестиционные риски страховщика

Одной из специфических особенностей страхования является формирование крупных денежных фондов, образованных за счет страховых взносов, которые в течение определенного периода времени, обусловленного договором, остаются в распоряжении страховой организации. Страховая компания берет

на себя обязательство размещать взимаемые со страхователей суммы премий на фондовом рынке (как посредством создания специальных инвестиционных фондов, управляемых страховой компанией, так и путем непосредственных вложений в определенные ценные бумаги) в выгодные инвестиционные проекты.

К основным инвестиционным рискам страховщика, связанным непосредственно или косвенно с инвестиционной деятельностью страховой организации, можно отнести:

• *риск неадекватного оценивания активов*, обусловленный оценкой активов. Возникает, например, тогда, когда инвестиции были оценены слишком высоко и поэтому неверно, — страховщик считает, что имеющиеся у него акции будут обеспечивать доход выше, чем есть на самом деле;

• *риск обесценения активов* связан с активами и реализуется, например, в том случае, когда инвестиции теряют свою стоимость из-за изменений на рынке капитала, при смене курса валют и т. п.;

• *риск несоответствия активов обязательствам* обусловлен соотношением активов и обязательств, может реализовываться, например, в том случае, если обязательства предполагают одну доходность и ликвидность активов, а реально имеющиеся активы — другую, не отвечающую обязательствам;

• *риск неликвидности активов* связан с ликвидностью активов компании. Влияние данного вида риска особенно существенно для рисковых видов страхования, договоры по которым носят краткосрочный характер, и выполнение обязательств связано с ограниченным временным периодом. Для личного страхования риск неликвидности прежде всего влияет на возможность выполнения обязательств страховщика по выкупным суммам;

• *риск нормы доходности* связан с расхождением между реальной рыночной нормой доходности и той, что обеспечивается сформированным инвестиционным портфелем компании. Риск может возникнуть, например, если в инвестиционном портфеле большой удельный вес имеют ценные бумаги с фик-

сированной нормой доходности, существенно меньшей, чем рыночная;

• *риск участия*, обусловленный тем, что страховщик владеет чужими акциями и поэтому может зависеть от трудностей той компании, чьи акции он имеет. Примером может служить риск, связанный с участием страховщика в дочерней компании;

• *риск использования финансовых инструментов* — производных ценных бумаг (фьючерсов, свопов, опционов и т. п.). Использование производных финансовых инструментов связано с потенциальным риском неправильной оценки кредитных, рыночных рисков и рисков ликвидности. Кроме этого, неумение, недостаточный опыт работы страховщика с финансовыми инструментами также могут усилить возможное отрицательное влияние фактора использования производных ценных бумаг;

• *риск законодательных изменений,* влияющих на результаты инвестиционной деятельности страховой организации. Этот риск обусловлен возможностью принятия нормативных актов на уровне государства, непосредственно или опосредованно, либо противоречащих целям инвестиционной деятельности страхового бизнеса, либо ограничивающих возможности инвестиционной деятельности страховых организаций;

• *временной риск,* обусловленный расхождением между временем получения дохода по инвестициям и временем выполнения страховых обязательств;

• *риск концепции управления страховой организацией*, связанный с выбором концепции управления, которая может повысить инвестиционный риск;

• *риск маркетинговой стратегии,* обусловленный выбором маркетинговой стратегии компании, которая может негативно повлиять на инвестиционную деятельность страховой организации.

12.2.2. Инвестиционный доход страховой организации

Основным нормативным документом, регламентирующим инвестиционную деятельность российских страховщиков, являются Правила размещения страховщиками средств стра-

ховых резервов, утв. приказом Минфина России от 08.08.2005 № 100н, согласно которым размещение страховых резервов должно осуществляться страховщиками на условиях диверсификации, возвратности, прибыльности и ликвидности. Иными словами, основными принципами, которыми должна руководствоваться страховая компания в процессе планирования инвестиционной политики, являются надежность, прибыльность, ликвидность, диверсификация и подчиненность (табл. 12.2).

Таблица 12.2

Принципы формирования сбалансированного инвестиционного портфеля страховой организации

Основные характеристики	**Сбалансированный инвестиционный портфель страховой компании**				
Принципы формирования инвестиционного портфеля	Надежность (возвратность)	Прибыльность	Ликвидность	Диверсификация	Подчиненность
Цель использования принципа	Обеспечение максимальной безопасности вложений	Получение прибыли	Быстрая и безущербная для страховщика конвертация активов в наличные деньги	Снижение риска возможных потерь капитала или доходов от него	Обеспечение подчиненности инвестиционной деятельности по отношению к страховой

Инвестиционный доход — дополнительный источник прибыли страховщика, кроме прибыли от проведения страховых операций. В результате прибыльной инвестиционной деятельности снижается ставка дохода, закладываемая в структуру тарифной ставки, и, следовательно, уменьшается тариф на эту сумму, в чем в равной степени заинтересованы как страховщики, так и страхователи.

От эффективности и надежности размещения временно свободных средств зависит не только доход страховщика, но и его платежеспособность, т. е. возможность выплаты по всем своим обязательствам. В связи с этим размещение страховых резервов находится под жестким контролем со стороны государства.

При получении прибыли в результате инвестиционной деятельности следует провести расчеты отдельных коэффициентов.

Инвестиционный доход — это коэффициент IRIS, с помощью которого сопоставляются доходы от процентов, дивидендов и недвижимого имущества со средним уровнем активов, инвестировавшихся в течение года. Коэффициент рассчитывается следующим образом:

$$\textit{Инвестиционный доход} = \frac{\textit{Доходы по инвестициям}}{\textit{Средние инвестируемые активы}}.$$

При исчислении этого коэффициента в числитель включаются проценты, дивиденды, рентные платежи, получаемые за аренду недвижимой собственности компании, и другие доходы от инвестиций. Знаменатель исчисляется путем суммирования начальных и конечных инвестиций и последующего деления этой суммы на 2.

Коэффициент инвестиционного дохода обеспечивает измерение соответствия уровня поступлений из портфеля ценных бумаг. Поступления, равные объему текущих доходов от инвестиционных фондов денежного рынка, считаются в большинстве случаев соответствующими. Более высокие доходы могут указывать на то, что при выборе активов компаний принимается чрезвычайный риск. Более низкие доходы могут говорить о том, что, инвестируя свои активы, фирма действует неэффективно.

Этот коэффициент не обеспечивает целостную инвестиционную картину компании. Экономист-аналитик должен признать два других фактора, влияющих на инвестиционный доход.

12.2.3. Факторы, влияющие на инвестиционный доход страховщика

Колебания курса ценных бумаг. Курс акций и облигаций на рынке колеблется в ответ на воздействие различных факторов. Увеличение процентных ставок вызовет падение текущей кур-

совой стоимости облигаций. Спад на фондовой бирже вызовет снижение стоимости акций. Увеличение или снижение курсов ценных бумаг будет влиять на инвестиционный доход.

Рост или снижение стоимости капитальной недвижимости. Коэффициент не учитывает выигрышей или убытков в результате изменения стоимости капитальной недвижимости вне зависимости от того, реализованы они или нет. Реализованные выигрыши или убытки заносятся в бухгалтерские книги непосредственно на счет остатка (излишка) без отражения их в счете доходов по инвестициям. Нереализованные выигрыши или убытки не признаются вообще. Эти бухгалтерские приемы влияют на величину общего инвестиционного дохода.

Уровень доходов по инвестициям — это коэффициент, не применяемый IRIS, сопоставляет доходы от инвестиций с суммой страховых взносов, заработанных компанией:

$$\textit{Уровень доходов по инвестициям} = \frac{\textit{Доходы по инвестициям}}{\textit{Заработанные страховые взносы}}.$$

С помощью этого коэффициента устанавливается соотношение между двумя основными источниками доходов страховой компании. Так как доходы по инвестициям пригодны для оплаты убытков и затрат, они сравниваются с суммой страховых взносов с целью оценки значения каждого источника доходов. В целом, как правило, можно ожидать колебаний доходов по инвестициям в пределах 5–20% от суммы заработанных страховых взносов в зависимости от продолжительности времени между моментом получения ущерба (убытка) и моментом оплаты иска в том или ином виде страховой деятельности.

Относительный показатель текущей деятельности берется в среднем за 2 года. Это коэффициент IRIS, с помощью которого измеряются общие текущие результаты как страховых операций, так и инвестиционной деятельности:

Относительный показатель текущей активности = Комбинированный коэффициент (база продаж) — уровень доходов по инвестициям.

Для уменьшения влияния колебаний, происходящих год от года, коэффициент рассчитывается для двухлетнего периода и при этом используется средняя стоимость. Коэффициент меньше единицы указывает на прибыльную операцию.

Этот коэффициент необходим, так как он отражает общую картину прибылей компании. Например, комбинированный коэффициент для страховой компании будет, как правило, больше единицы, что указывает на превышение размерами убытков и затрат компании величины доходов от страховых взносов, т. е. компания не является прибыльной. Однако доходы компании по инвестициям могут сделать (и в большинстве случаев делают), сферу деятельности компании прибыльной. Вычитая из комбинированного коэффициента величину доли доходов по инвестициям, выраженных в процентах от суммы заработанных страховых взносов, получим относительный показатель текущей деятельности по методике IRIS, с помощью которого определяется воздействие доходов по инвестициям на результаты деятельности. Если значение показателя меньше единицы, то компания владеет положительной величиной валовой прибыли в среднем за истекший двухлетний период.

Так как страховые организации активно включены в инвестиционные процессы и участвуют в разнообразных финансово-кредитных мероприятиях, они должны быть финансово устойчивыми не только к страховым рискам, но и по отношению к другим видам рисков (финансовому, валютному, банковскому). Этому способствуют приведенные расчеты коэффициентов, которые указывают на финансовое положение компании.

Краткий сравнительный анализ страховых инвестиций в России и странах с развитой рыночной экономикой. Разные библиографические источники свидетельствуют о том, что от инвестиционной деятельности страховые компании экономически развитых стран получают до 20% своего дохода. Их инвестиции оказывают мощное стабилизирующее влияние на экономику и фондовый рынок, что особенно заметно в кризисные периоды. При этом объемы аккумуляции капитала через страховую систему и пенсионные фонды не уступают сберегательному

делу, а в ряде случаев даже превосходят его. Инвестиционный потенциал страховых компаний способен сыграть также роль стимулятора инвестиций за счет страхования сопутствующих инвесторам рисков.

Наибольший инвестиционный ресурс имеет страхование жизни, в котором значительную часть составляют долгосрочные договоры на 10 лет и более. Достаточно сказать, что около 30% долгосрочных займов в США приходится на средства компаний по страхованию жизни, активы которых примерно в 3 раза превышают активы страховщиков, осуществляющих операции по рисковым видам страхования. В Великобритании на долю компаний страхования жизни приходится около 80% всех инвестиций страховщиков. Страховые компании Великобритании владеют более чем 20% акционерного капитала всех зарегистрированных на Лондонской фондовой бирже акционерных компаний, огромной недвижимостью в Лондоне и другими ликвидными активами. Общая же сумма инвестиций, которыми управляют страховые организации Европы, США и Японии, составляет несколько триллионов долларов, а объем инвестиций страховщиков в экономику стран ЕЭС на рубеже тысячелетий оценивался в размере 350 млрд евро.

По российским данным за 2005 г., скромные инвестиции 150 крупнейших страховщиков (собравших 90% всех взносов), равнялись 60 млрд руб., что составило лишь 2,6% инвестиций в российскую экономику. Для сравнения: доля иностранных страховщиков во внутренних инвестициях достигает 70%. Тем не менее ситуация не является безнадежной. Более того, происходит все большее осознание важности решения перечисленных проблем как на государственном уровне, так и в среде страховщиков и в их профессиональных сообществах.

Теоретически средства страховщика могут быть вложены в любые отрасли народного хозяйства. Например, на западном страховом рынке наибольшей популярностью пользуются ценные бумаги с твердым фиксированным доходом, а также акции промышленных, транспортных компаний, которые позволяют извлекать более высокую прибыль. Однако в структуре инве-

стиций страховых компаний России преобладают все же не производственные инвестиции, а финансовые. Но даже при соблюдении этих условий вопрос гарантий сохранности средств остается очень важным. С одной стороны, мы имеем сегодня в России экономический уклад, располагающий всеми рыночными условиями и атрибутами, с другой — все еще не созданы надежные стимулы для притока внешних и внутренних инвестиций.

В настоящее время в Российской Федерации страховые организации в основном хранят средства в "своих" коммерческих банках, инвестируют нужды своих учредителей. Особенно это касается кэптивных компаний. Отдельные, наиболее крупные страховые организации начинают вкладывать средства в недвижимость.

12.3. Финансовая устойчивость страховой организации

12.3.1. Значение финансовой устойчивости при анализе страховой организации

В настоящее время термин "финансовая устойчивость" используется для обозначения различных понятий. Наиболее общепринятым в экономике является следующее определение финансовой устойчивости.

Финансовая устойчивость страховой организации есть способность выполнять принятые страховые обязательства при воздействии на ее деятельность неблагоприятных факторов и изменении экономической конъюнктуры.

Финансовая устойчивость страховой организации обеспечивается экономически обоснованными страховыми тарифами; страховыми резервами, достаточными для исполнения обязательств по договорам страхования, сострахования, перестрахования и взаимного страхования; собственными средствами и в том числе достаточным и оплаченным уставным капиталом, а также принятой системой перестрахования. Использование системы перестрахования предполагает, что на ответственности страховщика остаются только те риски, по которым он

может выполнить обязательства исходя из своих финансовых возможностей. За ***критерий финансовой устойчивости*** страховщика принимают достаточность средства страховых резервов и собственных свободных средств для выполнения обязательств страховщика.

Как показывает практика, финансовая устойчивость страховой организации становится вопросом ее выживания, так как в сегодняшних условиях нестабильного рынка банкротство может выступать как вероятный результат хозяйственно-финансовой деятельности страховщика. В этих условиях существенно возрастают роль и значение анализа финансового состояния страховых организаций и прежде всего той его части, которая основывается на данных баланса и отчета.

Такой анализ представляет большой интерес для страхователей, для коммерческих партнеров страховой организации, для банков, клиентами которых являются страховые организации, а также для самооценки самих страховых организаций и анализа их дочерних организаций и филиалов.

Проблема обеспечения финансовой устойчивости может рассматриваться двояко: как определение системы вероятности дефицитности средств в каком-либо году и как отношение доходов к расходам за истекший тарифный период.

Степень дефицитности средств страховой компании во многом зависит от величины страхового портфеля *(первое условие)*.

Для определения степени вероятности дефицитности средств используется коэффициент K профессора Ф. В. Коньшина:

$$K = \frac{1 - \overline{T}}{\sqrt{n \cdot \overline{T}}},$$

где $\overline{T}$ — средняя тарифная ставка по страховому портфелю;

n — количество застрахованных объектов.

Чем меньше коэффициент K, тем выше финансовая устойчивость страховщика. На величину показателя K, как видно из

формулы, не влияет размер страховой суммы застрахованных объектов. Он полностью определяется размером тарифной ставки и числом застрахованных объектов (величиной страхового портфеля).

Вместе с тем следует иметь в виду, что коэффициент профессора Ф.В. Коньшина дает наиболее точные результаты тогда, когда страховой портфель страховщика состоит из объектов с примерно одинаковыми по стоимости рисками (т. е. без катастроф, землетрясений, гибели космических кораблей, самолетов и др.).

Следовательно, одним из условий обеспечения финансовой устойчивости страховых операций является выравнивание размеров страховых сумм, на которые застрахованы разные объекты. Эта задача в страховом деле решается за счет передачи части видов страхования или их стоимости другим страховщикам в перестрахование, которое в последние годы приобретает все большее влияние в страховом деле.

Для оценки финансовой устойчивости как отношения доходов к расходам за тарифный период можно использовать коэффициент финансовой устойчивости страхового фонда ($К_{СФ}$):

$$К_{сф} = \frac{\Sigma Д + \Sigma ЗФ}{\Sigma Р},$$

где $\Sigma Д$ — сумма доходов за тарифный период, руб.;

$\Sigma ЗФ$ — сумма средств в запасных фондах, руб.;

$\Sigma Р$ — сумма расходов за тарифный период, руб.

Финансовая устойчивость страховых операций **будет тем выше, чем больше будет коэффициент устойчивости страхового фонда** *(второе условие)*.

Пример.

Дайте оценку финансовой устойчивости страховых компаний по устойчивости страхового фонда.

Исходные данные:

1) страховая компания *А* имеет доход 166 млн руб. Сумма средств в запасных фондах на конец тарифного периода — 41 млн руб., сумма расходов — 124,6 млн руб., расходы на ведение дела — 4,6 млн руб.;

2) страховая компания *Б* имеет доход 257,6 млн руб. Остаток средств в запасных фондах — 95,5 млн руб., сумма расходов — 279 млн руб., расходы на ведение дела — 7 млн руб.

Решение.

Определяем коэффициент финансовой устойчивости страхового фонда для страховой компании *А*:

$$К_{сф} = \frac{166 + 41}{124{,}6 + 4{,}6} = 1{,}6.$$

Определяем коэффициент финансовой устойчивости страхового фонда для страховой компании *Б*:

$$К_{сф} = \frac{257{,}6 + 95{,}5}{279{,}5 + 7} = 1{,}2.$$

Вывод: страховая компания А финансово устойчивее страховой компании Б.

Важным фактором *(третье условие),* характеризующим финансовую **устойчивость страховой организации,** кроме солидного уставного капитала и немалых резервных фондов, является ***рентабельность страховых операций*** *(Р),* которая выражается отношением балансовой (валовой) прибыли к доходной части.

$$Р(\%) = \frac{балансовая\ \ прибыль}{доход} \times 100.$$

Однако в силу непроизводственного характера деятельности страховых организаций доход в них не создается, а прибыль формируется за счет перераспределения средств страхователей, т. е. необходимого и прибавочного продукта, созданного в других производственных сферах. Поэтому более корректно будет определять рентабельность страховых операций как показатель уровня доходности (Д), а именно как отношение общей суммы прибыли за определенный период к совокупной сумме платежей за тот же период:

$$Д = \sum БП / \sum СВ,$$

где $\sum БП$ — сумма балансовой прибыли за год, руб.;

$\sum СВ$ — совокупная сумма страховых взносов за год, руб.

12.3.2. Основные расчетные показатели финансовой устойчивости страховой организации

Кроме рассмотренных выше выделяют следующие коэффициенты финансовой устойчивости страховой организации:

1) уровень страховых резервов;

2) соотношение собственного капитала и обязательств;

3) соотношение суммы страховых премий и страховых резервов;

4) соотношение оборотного и внеоборотного капитала;

5) уровень инвестированного капитала;

6) уровень перманентного капитала.

Уровень страховых резервов — является одним из важнейших коэффициентов финансовой устойчивости, показывает долю страховых резервов в капитале страховой организации.

$$\text{Уровень страховых резервов} = \frac{\text{Страховые резервы}}{\text{Всего активов}}.$$

Чем больше численное значение коэффициента и его рост в динамике, тем выше финансовая устойчивость страховщика в части обеспечения страховой защиты. Значения коэффициента признаются достаточными на уровне 0,7 и более.

Соотношение собственного капитала и обязательств — показывает насколько величина собственного капитала страховой организации превышает величину заемного капитала.

$$\frac{\text{Собственный капитал}}{\text{Обязательства}}.$$

Принципиально важно иметь численное значение этого коэффициента более 1,0. Чем выше значение коэффициента, тем более высокая степень платежеспособности страховщика в части погашения своих обязательств, не относящихся к страховой защите клиентов.

Соотношение суммы страховых премий и страховых резервов — показывает зависимость роста или уменьшения величины страхового фонда непосредственно от страховой деятельности (суммы страховых премий).

$$\frac{\text{Страховые премии по всем видам страхования}}{\text{Страховые резервы}}.$$

Увеличение численного значения коэффициента при росте объема страховых резервов отражает тенденцию к повышению доверия страхователей к страховщику. Представляет несомненный интерес для анализа сравнение изменений значений темпов роста и прироста коэффициента в целом с изменениями значений числителя и знаменателя.

Соотношение оборотного и внеоборотного капитала — показывает изменение структуры капитала страховщика в разрезе его основных двух групп. Значения этого показателя существенно различаются в зависимости от сроков деятельности страховых организаций на рынке страховых услуг и от экономической ситуации в экономики страны и в регионе. В целом при улучшении экономической ситуации у стабильно развивающихся страховых организаций численное значение коэффициента должно уменьшаться:

$$\frac{\text{Оборотный капитал}}{\text{Внеоборотный капитал}}.$$

Значительные колебания значения коэффициента требуют более детального изучения финансовой ситуации, вызвавшей эти изменения.

Уровень инвестированного капитала — показывает долю активов страховой организации, направленных в долгосрочные и краткосрочные инвестиции. По колебаниям в динамике численных значений коэффициента можно судить об изменениях в инвестиционной политике анализируемой страховой организации.

$$\frac{\text{Долгосрочные финансовые вложения} + \text{краткосрочные финансовые вложения}}{\text{Всего активов}}.$$

В зависимости от долгосрочной экономической стратегии страховщика, направленной на повышение финансовой устойчивости и увеличение ликвидности активов, значения коэффициента могут увеличиваться или уменьшаться, но необходимо учитывать, что при расширении страховой деятельности всегда происходит увеличение значений коэффициента.

Уровень перманентного капитала — отражает долю всего долгосрочного капитала в активах страховой организации.

$$\frac{\text{Собственный капитал + страховые резервы + долгосрочные обязательства}}{\text{Всего активов}}.$$

Приведенный коэффициент показывает финансовые возможности и надежность страховой организации в долгосрочной перспективе. Значения коэффициента признаются достаточными на уровне 90%.

Для оценки финансовой устойчивости страховой компании существует целая система показателей и публикуемых рейтингов страховых компаний. За рубежом давно существуют специализированные рейтинговые агентства, которые регулярно публикуют рейтинги страховых компаний и аналитические обзоры их деятельности. Всемирно известными рейтинговыми агентствами в США являются Standard & Poor's, Moody's Investors, Fitch Investors, Duff & Phelps, в которые обращаются многие страхователи и инвесторы для получения квалифицированной информации о деятельности страховщика или перестраховщика.

Рейтинговые агентства присваивают страховым компаниям рейтинговые классы. **Рейтинговым классом** определяется финансовое состояние страховщика и качество управления им страховыми и инвестиционными рисками. В зависимости от уровня надежности страховые компании разбиваются на четыре класса A, B, C и D. Классы A, B и C разбиваются на несколько подклассов в зависимости от значений показателей платежеспособности, финансовой устойчивости и прогнозов развития.

Класс A

Класс A++ — высокий уровень надежности с позитивными перспективами.

В краткосрочной перспективе компания с высокой вероятностью обеспечит своевременное выполнение всех финансовых обязательств как текущих, так и возникающих в ходе страховой деятельности. В среднесрочной перспективе существует высокая вероятность исполнения обязательств по страховым договорам даже в условиях существенных неблагоприятных изменений

макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей.

Класс A+ — высокий уровень надежности со стабильными перспективами.

В краткосрочной перспективе компания с высокой вероятностью обеспечит своевременное выполнение всех финансовых обязательств как текущих, так и возникающих в ходе страховой деятельности. В среднесрочной перспективе высокая вероятность исполнения обязательств по страховым договорам возможна в условиях стабильности макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей.

Класс A — высокий уровень надежности.

В краткосрочной перспективе компания с высокой вероятностью обеспечит своевременное выполнение всех финансовых обязательств как текущих, так и возникающих в ходе страховой деятельности. В среднесрочной перспективе вероятность исполнения обязательств, требующих значительных страховых выплат, в значительной мере зависит от стабильности макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей.

Класс B

Класс B++ — приемлемый уровень надежности с позитивными перспективами.

В краткосрочной перспективе компания с высокой вероятностью обеспечит своевременное выполнение всех текущих финансовых обязательств, а также незначительных и средних по величине новых обязательств, возникающих в ходе страховой деятельности. Существует вероятность финансовых затруднений в случае возникновения обязательств, требующих значительных страховых выплат. В среднесрочной перспективе компания имеет потенциал для повышения вероятности исполнения обязательств по страховым договорам даже в условиях существенных неблагоприятных изменений макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей.

Класс B+ — приемлемый уровень надежности со стабильными перспективами.

В краткосрочной перспективе компания с высокой вероятностью обеспечит своевременное выполнение всех текущих финансовых обязательств, а также незначительных и средних по величине новых обязательств, возникающих в ходе страховой деятельности. Существует вероятность финансовых затруднений в случае возникновения обязательств, требующих значительных страховых выплат. В среднесрочной перспективе компания имеет потенциал для повышения вероятности исполнения обязательств по страховым договорам при условии стабильности макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей.

Класс B — приемлемый уровень надежности.

В краткосрочной перспективе компания с высокой вероятностью обеспечит своевременное выполнение всех текущих финансовых обязательств, а также незначительных и средних по величине новых обязательств, возникающих в ходе страховой деятельности. Существует вероятность финансовых затруднений при текущем состоянии финансовых потоков в случае возникновения обязательств, требующих значительных страховых выплат. В среднесрочной перспективе вероятность исполнения обязательств по договорам в значительной мере зависит от стабильности макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей.

Класс C

Класс C++ — низкий уровень надежности с позитивными перспективами.

Компания обеспечивает своевременное выполнение текущих финансовых обязательств. Существует достаточно высокая вероятность невыполнения компанией возникающих в ходе страховой деятельности финансовых обязательств. В среднесрочной перспективе при стабильности макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей компания имеет потенциал для повышения вероятности исполнения своих обязательств по договорам.

Класс C+ — низкий уровень надежности со стабильными перспективами.

Компания обеспечивает своевременное выполнение текущих финансовых обязательств. Существует достаточно высокая вероятность невыполнения компанией возникающих в ходе страховой деятельности финансовых обязательств. В среднесрочной перспективе вероятность исполнения обязательств по договорам зависит от стабильности макроэкономических и рыночных (рынок страхования) показателей.

Класс C — низкий уровень надежности.

Компания обеспечивает своевременное выполнение текущих финансовых обязательств. Существует достаточно высокая вероятность невыполнения компанией возникающих в ходе страховой деятельности финансовых обязательств.

Класс D

Класс D — неудовлетворительный уровень надежности (банкротство).

Компания не обеспечивает своевременное выполнение текущих финансовых обязательств, либо существует очень высокая вероятность невыполнения компанией возникающих в ходе страховой деятельности финансовых обязательств.

Для присвоения компании рейтинга анализируется большое количество финансовых показателей. Изучаются также управленческий опыт руководства, стратегия маркетинга, политика компании по продаже полисов, политика компании по принятию рисков и их перестрахованию, организационно-управленческая структура, включая анализ материнских и дочерних компаний, инвестиционная политика компании и многое другое. Для присвоения соответствующего рейтинга рассчитывается более 20 различных показателей.

12.4. Платежеспособность страховщика

Платежеспособность — способность страховщика своевременно выполнять денежные обязательства, обусловленные законом или договором, перед страхователями, т. е. обеспечивать превышения общих активов хозяйствующего субъекта над внешними обязательствами.

Согласно принятому в странах ЕС порядку платежеспособность страховой организации оценивается путем сравнения фактического резерва платежеспособности с расчетной величиной, нормативным размером.

Под **нормативным размером** маржи платежеспособности понимается величина, в пределах которой страховщик, исходя из специфики заключенных договоров и объема принятых страховых обязательств, должен обладать собственным капиталом, свободным от любых будущих обязательств, за исключением прав требования учредителей, уменьшенным на величину нематериальных активов и дебиторской задолженности, сроки погашения которой истекли.

Концепция Европейского сообщества о платежеспособности страховых организаций согласно Первой координационной директиве Совета ЕС от 24.07.1973 по видам страхования иным, чем страхование жизни, обязывает каждую страховую организацию иметь:

технические резервы, соответствующие принятым по договорам обязательствам. Объем этих резервов и правила их размещения определяются страной-участницей самостоятельно;

резерв (маржа) платежеспособности как дополнительную финансовую гарантию. Резерв должен быть свободен от каких бы то ни было обязательств. В директиве отмечается, что с целью определения взятых обязательств на основе объективных критериев, ставящих в равные с точки зрения конкуренции условия страховые предприятия одинакового размера, необходимо предусмотреть, чтобы этот резерв соответствовал общему объему сделок предприятия и определялся согласно двум индексам надежности, основанным в одном случае на поступивших премиях, в другом — на выплаченных страховых суммах;

гарантийный фонд, состоящий из свободного от обязательств имущества в объеме до 1/3 резерва платежеспособности. Этот фонд создается для того, чтобы резерв платежеспособности не мог в процессе деятельности опуститься ниже порога, представляющего опасность для финансовой устойчивости страховой организации. Этот фонд необходим также для того,

чтобы с момента создания страховые организации располагали достаточными средствами.

К гарантиям платежеспособности страховщика предъявляются более высокие требования, чем к другим субъектам рынка, что обусловлено, во-первых, особой ролью страховщика как стабилизатора рынка и социальным характером страховых услуг для населения, во-вторых, причинами юридического характера, в частности формами организации страховых компаний.

При неплатежеспособности страховой организации кредитор (страхователь) получит свои средства только в том случае, если у данного страхового общества есть определенный резерв в виде оплаченной части акционерного капитала. В связи с этим гарантия наличия такого резерва у страхового общества приобретает принципиальное значение и в странах с развитым рынком регулируется законодательством.

Как показывает обобщение нормативных источников, существует несколько методик расчета резерва платежеспособности страховых компаний.

Остановимся более подробно на методике, принятой в странах ЕС.

Для этого необходимо вначале рассчитать фактический резерв платежеспособности, затем требуемый (нормативный) уровень. Превышение фактического резерва платежеспособности над нормативным означает наличие у страховой организации определенного "запаса прочности" и свидетельствует о *финансовой устойчивости страховщика.*

В директиве ЕС ***резерв платежеспособности*** определяется как имущество, свободное от любых будущих обязательств, за исключением прав требования его участников (акционеров). Он включает в себя:

- оплаченный уставный капитал;
- резервы, не связанные обязательствами;
- будущую прибыль;
- по просьбе страховщика и после достаточного обоснования, с согласия органов страхового надзора, — доходы от недооценки отдельных статей пассива.

Нормативный размер резерва платежеспособности равен наибольшему из следующих двух результатов:

I показатель ***рассчитывается на основе поступивших взносов***. Брутто-премия по прямым договорам страхования, увеличенная на сумму премий по рискам, принятым в перестрахование по видам страхования иным, чем страхование жизни, распределяется на две части: 10 млн евро и вся оставшаяся часть. От первой части необходимо взять 18%, от второй — 16%, и полученные величины сложить. В настоящее время рассматривается предложение повысить часть страховых премий, от которой в целях исчисления маржи берется 16%, до 50 млн евро. Данное решение приведет к серьезному повышению нормативного размера маржи платежеспособности, что может отразиться на мелких и средних страховых компаниях.

Полученный итог умножается на отношение между суммой страховых выплат отчетного года за вычетом полученной доли возмещения от перестраховщиков и брутто-величиной страховых выплат.

Это отношение не может быть менее 0,56. Если фактический расчет дал результат меньше, чем 0,5, то для исчисления нормативного размера принимается коэффициент 0,5;

II показатель ***рассчитывается на основе объема страховых выплат***. Сумма выплат по прямым договорам, а также по рискам, принятым в перестрахование и ретроцессию по видам страхования иным, чем страхование жизни, скорректированные на изменение резервов убытков, складываются из суммы выплат за три последних года, и итог делится на три. Выделяется часть этой суммы в размере 7 млн евро и оставшаяся часть. От первой необходимо взять 26%, от второй — 23%, и полученные величины сложить. Полученный итог умножается на отношение между суммой страховых выплат отчетного года за вычетом полученной доли возмещения от перестраховщиков и брутто-величиной страховых выплат. Это отношение не может быть менее 0,5. Если фактический расчет дал результат меньше, чем 0,5, то для исчисления нормативного размера принимается коэффициент 0,5.

Эта методика легла в основу Положения о порядке расчета страховщиками нормативного соотношения активов и приня-

тых ими страховых обязательств, утвержденного приказом Министерства финансов РФ от 2.11.2001 № 90н "Об утверждении положения о порядке расчета страховщиками нормативного соотношения активов и принятых ими страховых обязательств".

Расчет маржи платежеспособности производится на основании данных бухгалтерского учета и отчетности страховщика.

Фактический размер маржи платежеспособности страховщика рассчитывается как сумма:

- уставного капитала;
- добавочного капитала;
- резервного капитала;
- нераспределенной прибыли отчетного года и прошлых лет;

уменьшенная на сумму:

- непокрытых убытков отчетного года и прошлых лет;
- задолженности акционеров по взносам в УК;
- собственных акций, выкупленных у акционеров;
- нематериальных активов;
- дебиторской задолженности, сроки погашения которой истекли.

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика по страхованию жизни равен произведению 5% резерва по страхованию жизни на поправочный коэффициент.

Поправочный коэффициент определяется как отношение резерва по страхованию жизни за минусом доли перестраховщиков в резерве по страхованию жизни к величине указанного резерва.

В случае, если поправочный коэффициент меньше 0,85, для расчета он принимается равным 0,85.

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика по страхованию иному, чем страхование жизни, рассчитывается на основании данных о страховых премиях и о страховых выплатах по договорам страхования, сострахования и по договорам, принятым в перестрахование, относящимся к страхованию иному, чем страхование жизни.

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика по страхованию иному, чем страхование жизни, равен

наибольшему из следующих двух показателей, умноженному на поправочный коэффициент.

I показатель, ***рассчитываемый на основе страховых премий***. Расчетным периодом для вычисления данного показателя является год, предшествующий отчетной дате.

I показатель равен 16% от суммы страховых премий (взносов), начисленных по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, за расчетный период, уменьшенной на сумму:

• страховых премий (взносов), возвращенных страхователям (перестрахователям) в связи с расторжением (изменением условий) договоров страхования, сострахования и договоров, принятых в перестрахование, за расчетный период;

• отчислений от страховых премий (взносов) по договорам страхования, сострахования в резерв предупредительных мероприятий за расчетный период;

• других отчислений от страховых премий (взносов) по договорам страхования, сострахования в случаях, предусмотренных действующим законодательством, за расчетный период.

II показатель, ***рассчитываемый на основе страховых выплат***. Расчетным периодом для вычисления данного показателя являются три года (36 мес.), предшествующих отчетной дате.

II показатель равен 23% от 1/3 суммы:

• страховых выплат, фактически произведенных по договорам страхования, сострахования и начисленных по договорам, принятым в перестрахование, за минусом сумм поступлений, связанных с реализацией перешедшего к страховщику права требования, которое страхователь (застрахованный, выгодоприобретатель) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования, за расчетный период;

• изменения резерва заявленных, но не урегулированных убытков, и резерва произошедших, но не заявленных убытков, по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, за расчетный период.

Расчетным периодом для вычисления поправочного коэффициента является год (12 мес.), предшествующий отчетной дате.

Поправочный коэффициент определяется как *отношение суммы:*

• страховых выплат, фактически произведенных по договорам страхования, сострахования и начисленных по договорам, принятым в перестрахование, за минусом начисленной доли перестраховщиков в страховых выплатах за расчетный период;

• изменения резерва заявленных, но не урегулированных убытков, и резерва произошедших, но не заявленных убытков, по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, за минусом изменения доли перестраховщиков в указанных резервах за расчетный период;

к сумме (не исключая доли перестраховщиков):

• страховых выплат, фактически произведенных по договорам страхования, сострахования и начисленных по договорам, принятым в перестрахование, за расчетный период;

• изменения резерва заявленных, но не урегулированных убытков, и резерва произошедших, но не заявленных убытков, по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, за расчетный период.

При отсутствии в расчетном периоде страховых выплат по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, поправочный коэффициент принимается равным 1.

В случае, если поправочный коэффициент меньше 0,5, то для расчета он принимается равным 0,5, если больше 1 — равным 1.

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика, осуществляющего страхование жизни и страхование иное, чем страхование жизни, определяется путем сложения нормативного размера маржи платежеспособности по страхованию жизни и нормативного размера маржи платежеспособности по страхованию иному, чем страхование жизни.

Если нормативный размер маржи платежеспособности страховщика меньше минимальной величины уставного капитала, установленной законодательством Российской Федерации,

то за нормативный размер маржи платежеспособности страховщика принимается законодательно установленная минимальная величина уставного (складочного) капитала.

Расчет соотношения между фактическим и нормативным размерами маржи платежеспособности производится страховщиком ежеквартально.

Фактический размер маржи платежеспособности страховщика не должен быть меньше нормативного размера маржи платежеспособности страховщика.

В случае, если на конец отчетного года фактический размер маржи платежеспособности страховщика превышает нормативный размер маржи платежеспособности менее чем на 30%, страховщик представляет для согласования в Федеральную службу страхового надзора в составе годовой бухгалтерской отчетности план оздоровления финансового положения.

План оздоровления финансового положения должен включать в себя мероприятия, обеспечивающие соблюдение соотношения между фактическим и нормативным размерами маржи платежеспособности на конец каждого финансового года, в течение которых планируется его реализация.

В плане указываются конкретные мероприятия, способствующие стабилизации финансового положения, с указанием срока проведения мероприятия и суммы дохода (экономии), планируемого к получению от данного мероприятия. К плану оздоровления финансового положения прикладывается расчет планируемого на конец каждого финансового года мероприятий, в течение которых предполагается реализация плана, соотношения между фактическим и нормативным размерами маржи платежеспособности. При составлении плана приоритет должен отдаваться мероприятиям, приводящим к оздоровлению финансового положения страховщика в максимально сжатые сроки.

В плане оздоровления финансового положения может быть предусмотрено изменение размера уставного капитала, расширение перестраховочных операций, изменение тарифной политики, сокращение дебиторской и кредиторской задолженности, изменение структуры активов, а также применение других

способов поддержания платежеспособности, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

Пример.

Рассчитать соотношение между фактическим и нормативным резервами маржи платежеспособности по страховой организации А. Для расчета фактической маржи платежеспособности используем данные из бухгалтерского баланса страховщика на последнюю отчетную дату (млн руб.):

Уставный капитал.....24
Добавочный капитал.....2
Резервный капитал.....3
Непокрытые убытки отчетного года и прошлых лет.....0,9
Акции компании, выкупленные у акционеров.....1,7
Нематериальные активы.....2,4
Дебиторская задолженность, сроки погашения которой истекли.....0,8

Решение.

1. Определяем фактическую маржу платежеспособности:

$24 + 2 + 3 - 0{,}9 - 1{,}7 - 2{,}4 - 0{,}8 = 23{,}2$ млн руб.

Для расчета нормативной маржи платежеспособности по страхованию жизни используем следующие данные бухгалтерского баланса (млн руб.):

Сумма резерва по страхованию жизни на дату расчета.....195
Доля перестраховщиков в резерве по страхованию жизни.....22

2. Рассчитаем поправочный коэффициент:

$(195 - 22)/195 = 0{,}887$.

3. Определяем нормативный размер маржи платежеспособности по страхованию жизни:

$0{,}05 \cdot 195 \cdot 0{,}887 = 8{,}648$ млн руб.

Рассчитаем нормативный размер маржи платежеспособности по страхованию иному, чем страхование жизни.

При расчете первого показателя используем следующие данные бухгалтерского баланса (млн руб.):

Сумма страховых премий по страхованию иному, чем страхование жизни.....107

Возврат страховых премий в связи с расторжением (изменением условий) договоров за год, предшествующий дате расчета.....4,5

Отчисления от страховых премий в резерв предупредительных мероприятий за год, предшествующий дате расчета……..…..3,5

Другие отчисления от страховых премий за год, предшествующий дате расчета…….....1

4. Определяем первый показатель для расчета маржи платежеспособности:

$0{,}16 \cdot (107 - 4{,}5 - 3{,}5 - 1) = 0{,}16 \cdot 98 = 15{,}68$ млн руб.

Для расчета второго показателя используем следующие данные бухгалтерского баланса:

Страховые выплаты за три года, предшествующие дате расчета, по видам страхования иным, чем страхование жизни……..232

Поступления, связанные с реализацией права страховщика на суброгацию за три года, предшествующие отчетной дате……..…..51

Резерв заявленных, но не урегулированных убытков:

на начало трехлетнего расчетного периода…….....21

на дату расчета……...31

Резерв происшедших, но не заявленных убытков:

на начало трехлетнего расчетного периода……..16,4

на дату расчета……....12,4

5. Определяем второй показатель для расчета маржи платежеспособности:

$$0{,}23 \times \frac{232 - 51 - 21 + 31 - 16{,}4 + 12{,}4}{3} = 14{,}337 \text{ млн руб.}$$

Рассчитаем поправочный коэффициент на базе следующих данных:

Страховые выплаты по видам страхования иным, чем страхование жизни, за год, предшествующий дате расчета……...62

Резерв заявленных, но не урегулированных убытков:

на начало расчетного года……..……..28

на дату расчета……..31

Резерв происшедших, но не заявленных убытков:

на начало расчетного года……....14

на конец расчетного периода…….....12,4

Промежуточный итог:

$62 - 28 + 31 - 14 + 12{,}4 = 63{,}4$ млн руб.

Доля перестраховщиков в страховых выплатах……..22

Доля перестраховщиков в резерве заявленных, но не урегулированных убытков:

на начало расчетного периода 6,4

на конец расчетного периода 12,7

Доля перестраховщиков в резерве происшедших, но не заявленных убытков:

на начало расчетного периода 4,1

на конец расчетного период 2,8

Промежуточный итог:

22 − 6,4 + 12,7 − 4,1 + 2,8 = 27,0 млн руб.

6. Поправочный коэффициент:

(63,4 − 27,0)/63,4 = 0,574.

Произведем окончательный расчет нормативной маржи платежеспособности по страхованию иному, чем страхование жизни:

а) показатель, принимаемый для расчета маржи платежеспособности (наибольшая из величин, полученных при расчете первого и второго показателей), 15,68 млн руб.;

б) поправочный коэффициент — 0,574.

7. Нормативная маржа платежеспособности по страхованию иному, чем страхование жизни, составит

15,68 · 0,574 = 9,0 млн руб.

8. Общая нормативная маржа платежеспособности равна

8,648 + 9,0 = 17,648 млн руб.

9. Отклонение фактической маржи платежеспособности от нормативной составит

23,2 − 17,648 = 5,552 млн руб.

10. Определяем процент превышения фактической маржи платежеспособности:

5,552/17,6 · 100 = 31,5%.

Вывод: страховщик соблюдает соотношение между фактическим и нормативным размерами маржи платежеспособности, что свидетельствует о его финансовой устойчивости.

12.5. Ликвидность страховой организации

Коэффициенты ликвидности позволяют при анализе полученных значений определить способность страховой организации оплатить свои краткосрочные обязательства в течение отчетного периода: покрытие текущих затрат, расходов по регулированию и оплате убытков или пособий по страховым полисам.

Как известно, ликвидность определяется как способность компании оплатить свои счета по наступлении сроков платежей. Ликвидность имеет два источника:

притоки денежных средств. Одним из источников ликвидности являются денежные средства, поступающие в фирму. Денежные средства для страховой компании поступают от двух видов деятельности. Первый — это операции компании, генерирующие приток страховых взносов. Высокий уровень страховых взносов денежными средствами обеспечивает ликвидность фирмы. Второй — это инвестируемые компанией активы, приносящие проценты, дивиденды, рентные поступления от недвижимости и другие доходы;

ликвидация активов. Второй источник ликвидности сокрыт в самих инвестируемых активах. Компания всегда может продать финансовые ценные бумаги, недвижимое имущество или другие активы, чтобы обеспечить себя наличностью.

Адекватность притоков денежных средств или пригодность активов для покрытия потребностей в денежных средствах может быть измерена с помощью различных коэффициентов ликвидности.

Наиболее важными показателями ликвидности являются следующие:

- показатель общей ликвидности;
- текущей ликвидности;
- "критической" ликвидности;
- ликвидности денежных резервов;
- срочной ликвидности;
- абсолютной ликвидности.

Общая ликвидность баланса — наиболее обобщающий показатель платежеспособности, отражающий достаточность оборотных средств у страховой организации, которые могут быть использованы для погашения своих краткосрочных обязательств, в том числе и при наступлении страховых случаев.

$$\frac{\textit{Оборотный капитал}}{\textit{Краткосрочные обязательства} + \textit{страховые резервы}} > 1{,}0.$$

Рекомендуемое значение этого коэффициента должно быть более 1,0. Эта нижняя граница обусловлена тем, что оборотного капитала должно быть по меньшей мере достаточно для погашения краткосрочных обязательств и для обеспечения выплат страховых возмещений и страховых сумм в объеме страховых резервов, иначе страховая организация может оказаться неплатежеспособной в анализируемый период времени с вытекающими из этой ситуации последствиями.

Текущая ликвидность — важнейший показатель платежеспособности страховой организации. Но в отличие от показателя общей ликвидности баланса он "очищен" в числителе от долгосрочной дебиторской задолженности и показывает текущую ликвидность баланса. Текущие активы

$$1 \le \frac{\textit{Оборотный капитал} - \textit{Долгосрочные дебиторы}}{\textit{Краткосрочные обязательства} + \textit{Страховые резервы}} \le 1{,}3.$$

Этот коэффициент позволяет установить текущее финансовое состояние компании и выявить, способна ли она в течение отчетного года погасить свои краткосрочные обязательства за счет текущих активов.

Согласно общепринятым стандартам этот коэффициент не должен быть менее 1 и может находиться в пределах от 1 до 1,3.

Соотношение менее 1 означает, что у компании нет достаточного количества средств для погашения своих краткосрочных обязательств, а это свидетельствует о наличии финансового риска и угрозе банкротства. Низкий уровень ликвидности может быть следствием затруднений в реализации продукции, увеличения дебиторской задолженности и других причин.

Значения показателя текущей ликвидности показывают, что величина оборотного капитала страховой организации должна быть достаточной для покрытия своих краткосрочных обязательств и выплат страховых возмещений и страховых сумм в объеме страховых резервов.

Коэффициент "критической" ликвидности — это один из наиболее используемых коэффициентов в практике анализа ликвидности баланса страховщика.

$$\frac{\textit{Денежные резервы} + \textit{краткосрочные финансовые вложения} + \textit{краткосрочные дебиторы}}{\textit{Краткосрочные обязательства} + \textit{страховые резервы}}.$$

В составе оборотного капитала не все активы обладают одинаковой ликвидностью, поэтому многие аналитики предпочитают данный коэффициент другим показателям ликвидности баланса, потому что в числителе сгруппированы наиболее ликвидные статьи в отличие от менее ликвидных статей аналитического баланса-нетто, входящих в состав оборотного капитала страховой организации. Это предпочтение объясняется тем, что обращение в денежный эквивалент таких оборотных средств, как материалы и затраты, прочих оборотных активов, а также досрочное востребование долгосрочной задолженности у дебиторов для страховой организации нехарактерно и может означать лишь далеко не лучшие для нее времена.

Ликвидность денежных резервов (в мировой практике — норма денежных резервов) — один из важнейших показателей платежеспособности страховой организации.

$$\frac{\textit{Денежные средства} + \textit{Краткосрочные финансовые вложения}}{\textit{Краткосрочные обязательства} + \textit{Страховые резервы}}.$$

Данный коэффициент позволяет выявить влияние краткосрочной дебиторской задолженности на ликвидность баланса страховой организации.

Срочная ликвидность (коэффициент мгновенной ликвидности) — это основной показатель ликвидности компании или ее способности погасить краткосрочную задолженность. Этот коэффициент имеет много разных названий. Кроме перечисленных используются названия “коэффициент лакмусовой бумажки”, “быстрый коэффициент”, “коэффициент критической оценки”. В сравнении с коэффициентом текущей ликвидности этот коэффициент дает уточненную оценку ликвидности, так как учитывает наиболее ликвидную часть текущих активов (без материально-производственных запасов).

Этот коэффициент показывает отношение ликвидных средств к краткосрочной задолженности и свидетельствует о способности фирмы быстро погасить свои текущие обязательства.

При расчете этого коэффициента применяются разные методы подсчета стоимости ликвидных средств.

Показатель 1:

$$\frac{\text{Денежные средства} + \text{Легко реализуемые ценные бумаги} + \text{Чистая дебиторская задолженность}}{\text{Краткосрочные обязательства}}.$$

Показатель 1 выявляет отношение наиболее ликвидной части оборотного капитала — наличных денежных средств, легко реализуемых ценных бумаг и дебиторской задолженности — к краткосрочным обязательствам. Это означает, что в числителе не учитываются товарно-материальные запасы как наименее ликвидная часть текущих активов, поскольку они могут быть использованы для погашения текущих обязательств только после их реализации.

Показатель 2:

$$\frac{\text{Денежные средства} + \text{Легко реализуемые ценные бумаги}}{\text{Краткосрочные обязательства}}.$$

Показатель 2 предполагает, что при расчете наиболее ликвидных средств в числителе не учитываются дебиторская задолженность и товарно-материальные запасы.

Независимо от методики расчета коэффициента срочной ликвидности его рекомендуемое значение — более 1,0. Однако в сегодняшних реалиях российской экономики значения коэффициента превышают рекомендуемое в 10 и более раз из-за того, что страховщики вынуждены отказываться от долгосрочных инвестиций и заниматься в основном краткосрочными финансовыми вложениями.

Абсолютная ликвидность — коэффициент, раскрывающий отношение наиболее ликвидной части оборотного капитала — денежных средств к текущим (краткосрочным) обязательствам.

$$\frac{\text{Денежные средства}}{\text{Краткосрочные обязательства}}.$$

Среди всех средств, составляющих оборотный капитал страховой организации, наибольшей ликвидностью, т. е. возможностью обращения в денежную форму, обладают денежные средства. Но, поскольку денежным средствам нет необходимости

обращаться в самих себя, то говорят, что они обладают абсолютной ликвидностью.

С помощью этого коэффициента можно определить, какую долю краткосрочных обязательств способна покрыть наиболее ликвидная часть оборотного капитала в кратчайшие сроки.

Значения коэффициента признаются достаточными на уровне 0,5–1,0. Во всех показателях ликвидности более важное значение имеют нижние пределы рекомендуемых показателей. Верхние рекомендуемые значения показателей необходимы для текущего регулирования значений, исходя из складывающейся практики рыночных экономических условий, инфляционных процессов, а также объемов, условий и видов страхования, проводимых страховой организацией.

При анализе ликвидности страховых компаний следует учитывать, что страхование представляет собой особую сферу перераспределительных отношений по поводу формирования и использования целевых фондов денежных средств для защиты имущественных интересов физических и юридических лиц и возмещения им материального ущерба при наступлении неблагоприятных явлений и событий.

Страховые компании ничего не производят, работая лишь в финансовой сфере и при этом являясь одним из важнейших звеньев системы финансов. В связи с этим оценка ликвидности страховщиков имеет ряд особенностей.

В настоящее время ФССН кроме контроля за правильностью заполнения форм отчетности осуществляет контроль за основными показателями деятельности и финансовой устойчивости СК: платежеспособностью (как соотношением активов и обязательств страховщика и порядком размещения страховых резервов), наличием достаточных собственных средств у страховой организации.

Федеральной службой страхового надзора обязательно контролируется состояние платежеспособности страховщиков, основным условием которой является достаточность страхового тарифа и соразмерность ресурсов страховщика с принимаемыми обязательствами. Если фактический размер свободных активов

меньше нормативного, т. е. страховщик является неплатежеспособным, орган надзора должен принять меры по установлению причин и устранению нарушений в деятельности страховщика.

Размещение страховых резервов является наряду с осуществлением страховых операций важнейшей сферой деятельности страховщиков. Согласно статистике результатов деятельности страховых организаций сама страховая деятельность нередко убыточна, и именно доходы от инвестирования временно свободных денежных средств, покрывающих страховые резервы, являются источником покрытия убытков от собственно страховой деятельности и обеспечивают в конечном итоге общую прибыль СК. Так как деятельность на финансовом рынке является достаточно рискованной и подверженной в неблагоприятные периоды потерям инвестированных в тот или иной объект денежных средств, а страховщики обязаны исполнять обязательства перед страхователями по заключенным договорам страхования, к деятельности страховщиков по инвестированию резервов применяются достаточно жесткие требования. Размещение страховых резервов производится страховщиками в соответствии с Правилами размещения страховых резервов для обеспечения финансовой устойчивости и гарантий страховых выплат на принципах диверсификации, возвратности, прибыльности и ликвидности.

12.6. Формирование финансовых результатов страховой организации

Финансовый результат деятельности организации (прибыль или убыток) представляет собой прирост или уменьшение собственного капитала, образовавшиеся в процессе ее предпринимательской деятельности за отчетный период. Финансовые результаты страховых операций — стоимостная оценка итогов хозяйственной деятельности страховой организации. Они определяются по каждому виду страхования и по страховым операциям в целом. При подведении итогов хозяйственной деятельности страхового органа финансовый результат определяется за один год; при оценке эквивалентности отношений страховщика

и страхователей — за тот период, который был принят за основу при расчете тарифа.

Финансовый результат страховых операций определяется путем сопоставления доходов и расходов страховой организации. В том случае, если доходы превышают расходы, организация имеет положительное сальдо.

В условиях рыночного хозяйствования деятельность страховой организации предполагает не только возмещение своих издержек, но и получение прибыли. Страховая организация не должна стремиться к получению большой прибыли собственно от страховых операций, поскольку этим нарушался бы принцип эквивалентности взаимоотношений страховщика и страхователя. Более того, сам термин "прибыль" в страховании применяется условно, так как страховые организации не создают национального дохода, а лишь участвуют в его перераспределении.

Под прибылью от страховых операций понимается такой положительный финансовый результат, при котором достигается превышение доходов над расходами по обеспечению страховой защиты.

Прибыль (убыток) страховой организации может рассматриваться в двух аспектах:

- прибыль как финансовый результат;
- прибыль нормативная, или прибыль в тарифах.

Нормативная прибыль закладывается в цене страховой услуги при расчете тарифа. Она представляет собой элемент нагрузки к нетто-ставке тарифа. Это расчетная прибыль страховщика, планируемая по конкретному виду страхования. Однако практика проведения страховых операций не всегда может обеспечить ожидаемый результат. Вероятностный характер деятельности страховых организаций обусловливает отклонения финансового результата от расчетной величины. Окончательная величина прибыли по виду страхования определяется на основе сопоставления валового дохода с расходами.

Вместе с тем при анализе финансово-хозяйственной деятельности страховых организаций особо выделяют *прибыль от инвестиционной деятельности*. Финансовый характер предоставляемых услуг предопределяет широкие инвестиционные

возможности страховщика. По некоторым видам страхования инвестиционная прибыль может быть источником покрытия недостающих страховых резервов для возмещения убытков. Прибыль от инвестиций служит страховщику в качестве финансового источника увеличения собственного капитала, развития страхового дела.

Доход страховой организации есть совокупная сумма денежных поступлений на ее счета в результате осуществления страховой и иной, не запрещенной законодательством деятельности.

Доходы страховой организации могут быть подразделены на три группы:

- доходы от страховых операций;
- доходы от других сделок, связанных со страховой деятельностью;
- доходы от иных сделок.

Структура доходов страховой организации от страховых операций представлена на рис. 12.1.



Рис. 12.1. Структура доходов страховой компании от страховых операций

К *доходам от других сделок, связанных со страховой деятельностью*, относятся доходы от инвестиционной деятельности. К ним относятся:

• доходы, полученные от долевого участия в других предприятиях;

• дивиденды по акциям и паям;

• доходы по облигациям, депозитным сертификатам, векселям;

• доходы от передачи за плату имущества во временное пользование.

Структура доходов страховой организации от иных сделок представлена на рис. 12.2.

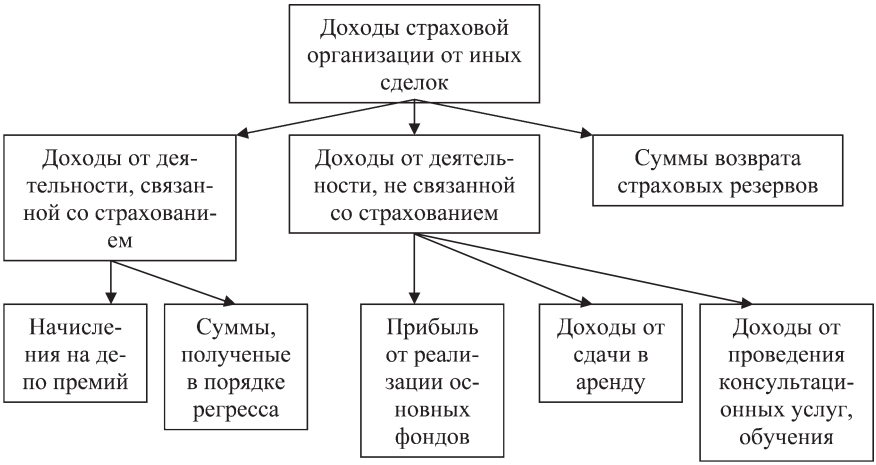


Рис. 12.2. Структура доходов страховой компании от иных сделок

Расходами организации признается уменьшение экономических выгод в результате выбытия активов (денежных средств, иного имущества) и (или) возникновения обязательств, приводящее к уменьшению капитала этой организации, за исключением уменьшения вкладов по решению собственников.

Расходы страховой организации могут быть подразделены на две группы:

1. Расходы, связанные с несением страхового обязательства:

• страховые выплаты по договорам страхования, сострахования и перестрахования;

• суммы страховых премий, переданных в перестрахование;

• вознаграждения и тантьемы по перестрахованию;

• суммы процентов, уплаченных на депо премий по рискам, переданным в перестрахование;

• суммы отчислений в страховые резервы, формируемые на основании законодательства о страховании в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

2. Расходы по ведению страховой деятельности:

• вознаграждения агентам и брокерам;

• оплата услуг экспертов, сюрвейеров, аварийных комиссаров, адвокатов и др.;

• оплата инкассаторских услуг;

• оплата услуг по изготовлению страховых свидетельств и др.

Расходы страховщика формируют себестоимость страховой услуги, которая учитывается при определении финансового результата и базы налогообложения.

Поскольку страховая организация занимается не только страховой деятельностью, но и иными видами деятельности, разрешенными законодательством, финансовый результат страховой организации может формироваться как сумма финансового результата по страховым и иным операциям.

В бухгалтерском учете финансовый результат страховой организации определяется в последовательности, представленной в виде следующей схемы (рис. 12.3).

Как уже было отмечено, основным показателем финансового результата страховой организации является прибыль. Показатели, характеризующие финансовые результаты деятельности страховой организации, наряду с показателями прибыли пред-

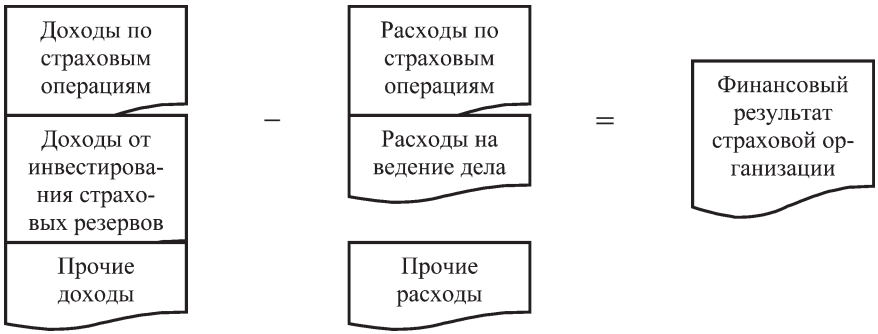


Рис. 12.3. Схема определения финансового результата страховой компании

ставлены другими финансовыми показателями, среди которых выделяют абсолютные и относительные.

К *абсолютным показателям* можно отнести показатели объема предоставленных услуг:

• число заключенных договоров. Применяется для характеристики страхового портфеля и степени охвата страхового поля, спроса на страховую услугу, места страховой организации на страховом рынке. Данные анализируются в сравнении, в динамике;

• страховая сумма застрахованных объектов. Рассматриваются и совокупная величина, и средняя страховая сумма. Характеризует объем принимаемой страховщиками ответственности;

• выплаты страхового возмещения. Характеризуют объем исполненной ответственности, действительный уровень платежеспособности страховой организации. Зависят от фактической убыточности отчетного года. Применяются также в качестве средней величины. Анализируются отклонение фактических выплат от плановых и причины отклонения: являются ли они систематическими или это случайное явление. Возможен анализ в разрезе структурных единиц;

• объем поступивших страховых платежей. Выражает размер текущих финансовых средств, которыми располагает страховая организация для ведения хозяйственной деятельности. Используется для сравнения. Рассматривается в динамике, в целом и по отдельным видам, в среднем на один договор, по отдельным подразделениям. Анализируются темпы роста премии в зависимости от увеличения предприятия в сопоставлении с ростом выплат, выявляются причины, факторы;

• объем доходов и расходов. Рассматриваются в динамике. Изучаются состав, структура, факторы увеличения (снижения), например факторы роста расходов на ведение дела, зависимость от изменения численности работающих, роста (уменьшения) средней заработной платы;

• объем страховых резервов. Применяется для оценки платежеспособности страховой организации. Рассматриваются их динамика, состав, структура ответственности.

К *относительным показателям*, с помощью которых анализируются финансовое состояние страховщика, его рейтинг, определяющий социально-экономическую привлекательность той или иной страховой компании, относятся:

• общая рентабельность капитала

$$Р_к = \frac{Балансовая\ прибыль}{Средняя\ стоимость\ имущества};$$

• чистая рентабельность капитала

$$чР_к = \frac{Чистая\ прибыль}{Средняя\ стоимость\ имущества};$$

• рентабельность страховых операций в целом либо по каждому виду страхования

$$R_о = \frac{Прибыль\ от\ страховых\ операций}{Сумма\ страховых\ взносов} \cdot 100;$$

• Рентабельность инвестиций

$$R_и = \frac{Прибыль\ от\ инвестиций}{Сумма\ страховых\ резервов} \cdot 100;$$

• Уровень выплат

$$У_в = \frac{Сумма\ страховых\ выплат}{Сумма\ страховых\ взносов} \cdot 100;$$

• Рентабельность активов

$$R_a = \frac{Чистая\ прибыль}{Среднегодовая\ стоимость\ активов} \cdot 100;$$

• коэффициент убыточности

$$К_{уб} = \frac{страховые\ выплаты + расходы\ на\ ведение\ дела}{Сумма\ собранных\ платежей} \cdot 100.$$

Пример.

Имеются следующие данные из отчета о прибылях и убытках страховой организации за год (тыс. руб.):

Страховые премии, всего 1 354 044
переданные перестраховщикам 1 209 277
снижение резерва незаработанной премии 19 931
оплаченные убытки, всего 13 341
доля перестраховщиков 606
снижение резерва убытков 1262
отчисления в резерв предупредительных
мероприятий 11 910
расходы по ведению страховых операций 4592

Определить:

результат от операций страхования иного, чем страхование жизни;
рентабельность страховых операций;
уровень выплат.

Решение.

1. Прибыль = (1 354 044 − 1 209 277) + 19 931 − (13 341 − 606) + 1262 − − 11 910 − 4592 = 136 723 тыс. руб.

2. Рентабельность страховых операций

$$R_o = \frac{136\ 723}{1\ 354\ 044 - 1\ 209\ 277} \cdot 100 = 94{,}4\%$$

3. Уровень выплат ($У_в$) = (13 341 − 606)/144 767 = 0,088, или 8,8%.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте характеристику страховых резервов.
2. Какие существуют принципы формирования страховых резервов?
3. Что отражают страховые резервы?
4. Какими методами регулируются страховые резервы?
5. Какие имеются группы резервов в страховании?

6. Как рассчитываются страховые резервы по страхованию жизни?

7. Дайте характеристику технических резервов.

8. В чем сущность нормативного размера маржи платежеспособности страховщика по иному страхованию, чем страхование жизни?

9. Как определяется поправочный коэффициент?

10. Раскройте метод определения нормативного размера маржи платежеспособности страховщика, осуществляющего страхование жизни и иное страхование.

11. Дайте характеристику показателей ликвидности.

12. Как и какими методами определяется финансовый результат деятельности страховой организации?

13. Что представляет собой доход страховой организации?

14. Какова структура доходов страховой организации от страховых операций?

15. Что представляет собой схема определения финансовых результатов страховой организации?

Литература

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (части первая и вторая), гл. 48 «Страхование».

2. Налоговый кодекс Российской Федерации, 2002.

3. Федеральный закон Российской Федерации от 25.04.2002. № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств».

4. Закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

5. Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

6. Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

7. Федеральный закон Российской Федерации от 23.12.2003 № 177-ФЗ «О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации».

8. Приказ Министерства финансов РФ от 01.10.2009 № 101н «О внесении изменений в правила формирования страховых резервов по страхованию иному, чем страхование жизни, утвержденные приказом Министерства финансов Российской Федерации от 11 июня 2002 г. № 51н».

9. Приказ Министерства финансов РФ от 09.04.2009 № 32н «Об утверждении порядка формирования страховых резервов по страхованию жизни».

10. Приказ Министерства финансов России от 02.11.2002 № 90н «Об утверждении положения о порядке расчета страховщиками нормативного соотношения активов и принятых ими страховых обязательств».

11. Архипов А. П. Андеррайтинг в страховании. Теоретический курс и практикум. — М.: Юнити-Дана, 2007.

12. Архипов А. П. Организация андеррайтинга в страховой компании// Управление в страховой компании. — 2008. — № 4.

13. Архипов А. П. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования // Финансы. — 2009. — № 9.

14. Архипов А. П. Управление страховым бизнесом. — М.: Магистр, 2009.

15. Ахвледиани Ю. Т. Страхование. — М.: ИНФРА-М, 2006.

16. Батадеев В. А. Российский страховой рынок и мировой рынок страховых услуг: необходимость интеграции // Финансовый вестник. — 2009. — № 12.

17. Бесфамильная Л. В. Страхование ответственности за качество товаров, работ (услуг) в системе социальной защиты населения. — М., 2003.

18. Бланк И. А. Финансовый менеджмент. — Киев: Эльга Ника-Центр, 2005.

19. Гвозденко А. А. Страхование. — М.: Финансы и статистика, 2005.

20. Гвозденко А. А. Финансово-экономические методы страхования. — М.: Финансы и статистика, 1998.

21. Дедиков С. В. Франшиза // Финансы. — 2005. — № 7.

22. Денисова И. П. Страхование. — Москва; Ростов н/Д: МарТ, 2003.

23. Дюжиков Е. Ф. Некоторые вопросы совершенствования регулирования страхования жизни в России // Финансы. — 2009. — № 6.

24. Ермасов С. В. Ермасова Н. Б. Страхование. — М.: Юрайт Издат, 2009.

25. Журавлев П. В., Банников С. А., Владимиров В. В. Основы страхового менеджмента. — М.: Экономика, 2007.

26. Журавлев П. В., Владимиров В. В., Банников С. А., Бутко Л. А. Основы страхования предпринимательства. — М.: Экзамен, 2008.

27. Иваницкий А. Ю. Теория риска в страховании. — М.: Факториал Пресс, 2007.

28. Иванов С. С., Голубев С. Д., Черная Л. А., Шарафутдинова Н. Е. Теория и практика рискового страхования. — М.: АНКИЛ-РОСНО, 2007.

29. Исакова Т. М. Особенности формирования финансовой структуры страховой компании // Финансовый вестник. — 2009. — № 10.

30. Кабушкин С. Н. Управление банковским кредитным риском. — М.: ООО «Новое знание», 2006.

31. Кагаловская Э. Т., Попова А. А. Страхование жизни: тарифы и резервы взносов (финансовые основы страхования жизни): Практическое пособие. — М.: Анкил, 2000.

32. Клоченко Л. Н., Пылов К. И. Основы страхового права: Учеб. пособие. — Ярославль: Норд, 2002.

33. Кричевский Н. А. Страхование земельных отношений как необходимый фактор развития ипотеки // Финансы. — 2004. — № 8.

34. Копейкин А. Б., Рогожина Н. Н. Страхование кредитных рисков при ипотечном жилищном кредитовании (страхование ипотечных рисков). — М.: Фонд «Институт экономики города», 2005.

35. Корнилов И. А. Основы страховой математики. — М.: ЮНИТИ, 2004.

36. Лайков А. Ю. Актуальные задачи российского страхового бизнеса в условиях кризиса // Финансы. — 2009. — № 11.

37. Орланюк-Малицкая Л. А. Платежеспособность страховой организации. — М.: Анкил, 1994.

38. Пфайффер К. Введение в перестрахование. — М.: ИНФРА-М, 2005.

39. Райзберг Б. А. и др. Современный экономический словарь. — М.: ИНФРА-М, 1997.

40. Романова М. Договор облигаторного перестрахования // Аудит и налогообложение. — 2000. — № 6.

41. Шахов В. В. Страхование: Учебник для вузов. — М.: ЮНИТИ, 2003.

42. Соколов Ю. А., Амосова Н. А. Система страхования банковских рисков. Научное издание. — М.: ООО «Издательство Элит», 2003.

43. Сплетухов Ю. А., Дюжиков Е. Ф. Страхование: Учеб. пособие. — М.: ИНФРА-М, 2005.

44. Страховое дело / Под ред. проф. Л. И. Рейтмана. — М., 1992.

45. Страхование: Учебник / Под ред. Т. А. Федоровой. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Экономистъ, 2009.

46. Филин С. А. Страхование и хеджирование рисков инвестиционной деятельности. — М.: АНКИЛ-РОСНО, 2009.

47. Челухина Н. Ф. Андеррайтинг в личном страховании // Управление в страховой компании. — 2009. — № 3.

48. Чернова Г. В. Основы экономики страховой организации по рисковым видам страхования. — СПб: Питер, 2005.

Главный редактор — *А. Е. Илларионова*
Редактор — *С. Н. Касьянова*
Художник — *В. А. Антипов*
Верстка — *А. А. Толли, К. Б. Ушаков*
Корректор — *Г. М. Мубаракшина, А. Ф. Пилунова*

Ответственный за выпуск — *А. Ф. Пилунова*

Учебное издание

Годин Александр Михайлович
Демидов Сергей Ростиславович
Фрумина Светлана Викторовна

Страхование

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.60.953.Д.007399.06.09 от 26.06.2009 г.

Подписано в печать 15.02.2010. Формат 60×84 1/16.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 31,5.
Тираж 2000 экз. (1-й завод 1–800 экз.) Заказ №

Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°»
129347, Москва, Ярославское шоссе, д. 142, к. 732.
Для писем: 129347, Москва, п/о И-347.
Тел./факс: 8(499) 182-01-58, 182-11-79, 183-93-01.
E-mail: sales@dashkov.ru — отдел продаж;
office@dashkov.ru — офис;
http://www.dashkov.ru

Отпечатано в соответствии с качеством предоставленных диапозитивов
в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНИТИ»,
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403. Тел.: 554-21-86