

Досліджено актуальні проблеми теорії та практики функціонування міжнародних фінансових і страхових ринків у нових економічних умовах. Проаналізовано особливості функціонування страхового ринку України та інших зарубіжних країн. Визначено шляхи оптимізації інтеграційних процесів України у світовий страховий простір. Розглянуто вплив факторів фінансової кризи на фінансову надійність страхових компаній.

Для наукових співробітників, викладачів, аспірантів та студентів.

Исследованы актуальные проблемы теории и практики функционирования международных финансовых и страховых рынков в новых экономических условиях. Проанализированы особенности функционирования страхового рынка Украины и других зарубежных стран. Определены пути оптимизации интеграционных процессов Украины в мировое страховое пространство. Рассмотрено влияние факторов финансового кризиса на финансовую надежность страховых компаний.

Для научных сотрудников, преподавателей, аспирантов и студентов.

The issues of the day of theory and practice of functioning of international financial and insurance markets in new economic terms are researched. The features of functioning of insurance market of Ukraine and other foreign countries are analysed. The ways of optimization of integration processes of Ukraine are certain in outer insurance space. Influence of factors of financial crisis is considered on financial reliability of insurance companies.

For scientists, teachers, graduate students and students.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ РЕДАКТОР	В.Д. Базилевич, д-р екон. наук, проф., чл.-кор. НАН України
РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ	А.І. Ігнатюк, д-р екон. наук, доц. (заст. відп. ред.); А.А. Чухно, д-р екон. наук, проф., акад. НАН України; Д.М. Черваньов, д-р екон. наук, проф., чл.-кор. АПН України; П.С. Єщенко, д-р екон. наук, проф.; Г.І. Купалова, д-р екон. наук, проф.; Н.В. Ковтун, д-р екон. наук, проф.; І.О. Лютий, д-р екон. наук, проф.; І.І. Мазур, д-р екон. наук, доц.; В.О. Мандибура, д-р екон. наук, проф.; С.В. Науменкова, д-р екон. наук, проф.; А.О. Старостіна, д-р екон. наук, проф.; О.І. Черняк, д-р екон. наук, проф.; В.Г. Швець, д-р екон. наук, проф.; А.В. Шегда, д-р екон. наук, проф.; Р.В. Пікус, канд. екон. наук, доц.; О. І. Жилінська, канд. екон. наук, доц. (відп. секр.)
Адреса редколегії	03022, Київ-22, вул. Васильківська, 90-а, економічний факультет ☎ (38044) 259 71 82
Затверджено	Вченою радою економічного факультету 21.03.11 (протокол №8)
Атестовано	Вищою атестаційною комісією України. Постанова Президії ВАК України №1-05/7 від 10.11.10
Зареєстровано	Міністерством юстиції України. Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 17106-5876ПР від 08.09.10
Засновник та видавець	Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Видавничо-поліграфічний центр "Київський університет". Свідоцтво внесено до Державного реєстру ДК № 1103 від 31.10.02
Адреса видавця	01601, Київ-601, 6-р Т.Шевченка, 14, кімн. 43 ☎ (38044) 239 31 72, 239 3222; факс 239 31 28

ЗМІСТ

Гаманкова О.О., Гаманков Д. В. Оподаткування страховиків податком на прибуток як важель державного регуляторного впливу.....	5
Залєтов О.М. Страхові послуги населенню України в нових економічних умовах	8
Гришан Ю.П. Введення процесного підходу в страховій компанії та покращення стандартів обслуговування клієнтів (на прикладі добровільного медичного страхування)	11
Пікус Р.В. Розвиток страхового ринку в умовах глобалізації	15
Нечипоренко В.І. Операційно-фінансовий аналіз в діяльності страховика. Уроки кризи	19
Машаро О.В. Особливості застосування метода нарахувань при обліку страхових платежів	21
Шевченко В.Ю. Міжсекторальна взаємодія страхування з міжнародними фінансовими ринками	24
Приказюк Н.В. Управління агентською мережею страхової компанії	27
Януль І.Є. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи	30
Каракулова І.С. Європейський досвід функціонування фондів гарантування страхових виплат	33
Тлуста Г.Ю. Медичне страхування в США: теорія та практика функціонування	35
Дяченко Є.В. Розвиток бюджетної та страхової медицини в зарубіжних країнах	40
Ігнатюк А.О. Особливості розвитку фінансової системи України	43
Нечипоренко В.В. Передумови виникнення і особливості формування перестрахування як виду цивільно-правових договорів	48
Пікус А.Ю. Сільське господарство України: тенденції та перспективи розвитку	51
Легка Я.І. Особливості прийняття управлінських рішень в системі управління інвестиційними ризиками на фондовому ринку	55
Лобова О.М. Теоретичні основи сільськогосподарського страхування	58
Васильченко І.І. Аналіз ефективності моделей оцінки вартості опціонів	62

СОДЕРЖАНИЕ

Гаманкова О.А., Гаманков Д. В. Налогообложение страховщиков налогом на прибыль как рычаг государственного регулирования.....	5
Залетов А.Н. Страховые услуги населению Украины в новых экономических условиях.....	8
Гришан Ю.П. Введение процессного подхода в страховой компании и улучшение стандартов обслуживание клиентов (на примере добровольного медицинского страхования)	11
Пикус Р.В. Развитие страхового рынка в условиях глобализации	15
Нечипоренко В.И. Операционно-финансовый анализ в деятельности страховщика. Уроки кризиса	19
Машаро Е.В. Особенности применения метода начислений при учете страховых платежей.....	21
Шевченко В.Ю. Межсекторальное взаимодействие страхования с международными финансовыми рынками.....	24
Приказюк Н.В. Управление агентской сетью страховой компании	27
Януль И.Е. Медицинское страхование в Украине: проблемы и перспективы	30
Каракулова И.С. Европейский опыт функционирования фондов гарантирования страховых выплат.....	33
Тлустая А.Ю. Медицинское страхование в США: теория и практика функционирования	35
Дяченко Е.В. Развитие бюджетной и страховой медицины в зарубежных странах	40
Игнатюк А.О. Особенности развития финансовой системы Украины.....	43
Нечипоренко В.В. Предпосылки возникновения и особенности формирования перестрахования как вида гражданский договоров	48
Пикус А.Ю. Сельское хозяйство Украины: тенденции и перспективы развития.....	51
Легка Я.И. Особенности принятия управленческих решений в системе управления инвестиционными рисками на фондовом рынке	55
Лобова О.Н. Теоретические основы сельскохозяйственного страхования.....	58
Васильченко И.И. Анализ эффективности моделей оценки стоимости опционов	62

CONTENTS

Gamankova O.O., Gamankov D. V. Taxation of Insurers Income Tax as Lever of Government Control.....	5
Zaletov O.M. Insurance Services to Population of Ukraine in New Economic Terms	8
Gryshan Y.P. Introduction of Processing Approach in Insurance Company and Improvement of Standards of Service of Customers (on Example of Voluntarily Medical Insurance)	11
Pikus R.V. Insurance Market Development is in the Conditions of Globalization	15
Nechyporenko V.I. Operation-Financial Analysis in Activity of Insurer. Lessons of Crisis	19
Masharo O.V Features of Application of the Extra Charges Method at Account of Insurance Payments	21
Shevchenko V.Y. Intersectoral Co-operating of the Insurance with International Financial Markets	24
Prykazyuk N.V. Management of Insurance Company Agent Network	27
Yanul I.E. Medical Insurance in Ukraine: Problems and Prospects.....	30
Karakulova I.S. European Experience of Functioning of Guaranteeing Funds of Insurance Payments	33
Tlusta H.Y. Medical Insurance in the USA: Theory and Practice of Functioning	35
Dyachenko E.V. Development of Budgetary and Insurance Medicine is in Foreign Countries.....	40
Ignatyuk A.O. Features of Development of Ukrainian Financial System	43
Nechyporenko V.V. Pre-condition and Feature of Forming of Reinsurances as Type of Civil Legal Agreements	48
Pikus A.Y. Agriculture of Ukraine : Tendencies and Prospects of Development	51
Legka Y.I. Features of Acceptance of Administrative Decisions in System Management by Investment Risks at the Fund Market	55
Lobova O.M. Theoretical Bases of Agricultural Insurance.....	58
Vasylichenko I.I. Analysis of Efficiency of Models of Estimation Cost of Option	62

ОПОДАТКУВАННЯ СТРАХОВИКІВ ПОДАТКОМ НА ПРИБУТОК ЯК ВАЖЕЛЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

У статті проаналізовано проблеми чинного порядку оподаткування страховиків податком на прибуток і розглянуто переваги для розвитку страхового ринку України переходу страхових компаній на загальну систему оподаткування.

Ключові слова: оподаткування страховиків, складові податку на прибуток, механізм оподаткування страховиків.

В статье проанализированы проблемы действующего порядка налогообложения страховщиков налогом на прибыль и рассмотрены преимущества для развития страхового рынка Украины перехода страховых компаний на общую систему налогообложения.

Ключевые слова: налогообложение страховщиков, составляющие налога на прибыль, механизм налогообложения страховщиков.

This article is dedicated to the problems of the current tax system which concern insurers operating under corporate tax. Advantages for the development of insurance market of Ukraine by transition of insurers on the general system of taxation are considered.

Keywords: taxation of insurers, constituents of income tax, mechanism of taxation of insurers.

Роль державного впливу на страховий ринок України протягом усього періоду його розвитку була і залишається визначальною. Одним з найбільш відчутних важелів такого впливу виступає оподаткування. Адже за допомогою податків держава стимулює або гальмує ділову активність у конкретних галузях економіки, визначаючи пріоритети розвитку з огляду на національні інтереси.

Серед вітчизняних вчених, які займалися розглядом даної проблематики, можемо виділити таких, яких О.В. Бондаренко, О. Д. Вовчак, О.О. Гаманкова, О.В. Хавтур, О. С.Рабій, Р. Е. Островерха та інші.

Метою даної статті є проаналізувати проблеми чинного порядку оподаткування страховиків податком на прибуток та розглянути переваги переходу страхових компаній на загальну систему оподаткування для розвитку страхового ринку України.

Податкова політика держави щодо вітчизняних страховиків не характеризувалася послідовністю. Ми вже зауважували [1, с.13-14] на відсутності чіткої державної концепції оподаткування страховиків податком на прибуток протягом усього періоду розвитку вітчизняного страхового ринку.

Становлення в Україні системи оподаткування суб'єктів господарювання, у тому числі страхових компаній, почалося з 1991 р., з прийняттям першого Закону "Про систему оподаткування в Україні". За двадцять років, які минули з того часу, механізм оподаткування страховиків податком на прибуток кардинально змінювався шість разів (не враховуючи перманентних "вбудованих" змін всередині самого механізму). Особливо значна кількість змін припадає на період з 1991 по 1997 р.

Так, у 1991 р. оподаткування страховиків ґрунтувалося на загальних засадах. Зразком слугував підхід до оподаткування державної страхової організації – Держстраху УРСР – єдиної на той час установи, досвід якої можна було використати у побудові податкової політики держави щодо страховиків. Об'єктом оподаткування виступав балансовий прибуток (він визначався стандартним шляхом з урахуванням особливостей страхової діяльності, виходячи з досвіду Держстраху УРСР). Ставка оподаткування становила 35%.

У 1992 р., в період галопуючої інфляції та бурхливого зростання в країні кількості страхових компаній, було змінено об'єкт оподаткування і ставку. Ці зміни мали на меті механічно збільшити обсяги податку на прибуток: об'єктом оподаткування замість балансового прибутку став валовий дохід (це різко збільшило базу оподаткування), ставку було підвищено до 55%.

Протягом 1993 р. система оподаткування страховиків податком на прибуток змінювалася двічі. За наслід-

ками першого кварталу 1993 р. об'єктом оподаткування було визначено балансовий прибуток при ставці оподаткування 30%. А починаючи з другого кварталу 1993 р. повернулися до системи оподаткування, яка діяла у 1992 р.: об'єкт оподаткування – валовий дохід страховика, ставка оподаткування – 55 %. Така система існувала протягом 1993-1994 рр.

В період з 1995 р. по 1997 р. страховики знову стали оподатковуватися на загальних засадах: об'єкт оподаткування – балансовий прибуток; ставка оподаткування – 30%.

У 1997 р. Законом України "Про оподаткування прибутку підприємств" в редакції від 22 травня 1997 р. (далі – Закон) було запроваджено чинний на сьогодні механізм оподаткування страховиків податком на прибуток, який (до прийняття у 2010 р. Податкового кодексу України) проіснував в нашій країні майже 13 років, хоча всередині нього відбувалися постійні зміни. Цей механізм суттєво відрізняється від оподаткування прибутку інших суб'єктів господарювання. Відмінність полягає в тому, що страховою діяльністю, відповідно до Закону, було віднесено до операцій "особливого виду". Вона стала оподатковуватися окремо від іншої діяльності страхової компанії. Об'єктом оподаткування при цьому було визначено не прибуток від страхової діяльності, а валовий дохід страховика у вигляді отриманих (нарахованих) у звітному періоді страхових премій за операціями страхування та перестрахування (за вираховуванням страхових премій, переданих перестраховикам). Ставку податку було встановлено у розмірі 3-х відсотків за договорами загального (non-life) страхування та 0 відсотків за договорами довгострокового страхування життя (life). Нестрахова діяльність при цьому оподатковується за загальною схемою: базою оподаткування виступає прибуток від нестрахової діяльності як різниця між відповідними доходами та витратами, ставка оподаткування – 25 відсотків.

Таким чином, наразі податок на прибуток вітчизняних страховиків об'єднує в собі дві складові: податок на страхові премії та податок на прибуток від нестрахової діяльності (рис.1). Як видно з рис.1, протягом останніх трьох років вони є, в основному, рівновеликими, кожна з них складає близько половини загального обсягу податку на прибуток страховиків. Разом з тим можна спостерігати певні коливання. Так, у 2008 р. податок на доходи страховика становив 55,5% загального обсягу податку на прибуток, натомість податок на прибуток від нестрахової діяльності – 45,5%. У 2009 р. це співвідношення змінилося на користь податку на прибуток від нестрахової діяльності: він склав 52,5%, у той час як податок на страхові премії – 47,5%. За підсумками

2010 р. очікується, що прибуток на страхові премії становитиме 51,4 загального обсягу податку на прибуток

страховиків, а частка прибутку від нестрахової діяльності зменшиться до 48,6%.

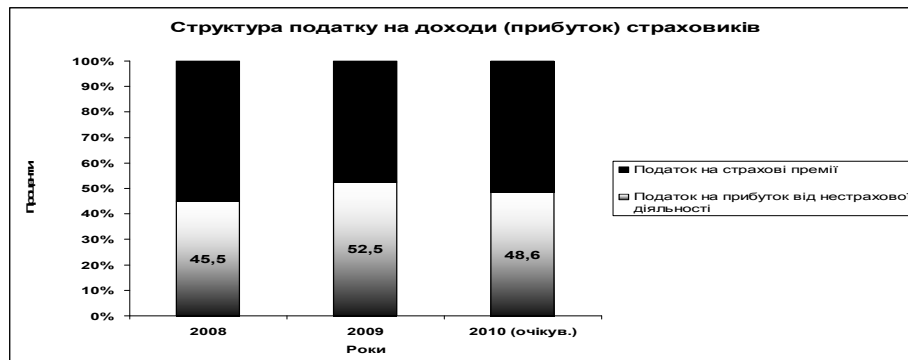


Рис. 1. Структура податку на доходи (прибуток) страховиків*

*Складено за даними Держфінпослуг та Державної податкової адміністрації України

Обсяг сплачуваного вітчизняними страховиками податку на прибуток та співвідношення між окремими його складовими представлені в табл.1. Переважання питомої ваги податку зі страхових премій, яке, незважаючи на кризу, збереглося ще у 2008 р. (55,5%), було пов'язане з високими темпами зростання страхового ринку України за збором страхових премій у докризовий період. Наслідком фінансової кризи стало різке падіння збору страхових премій. Оскільки саме вони виступають базою для оподаткування страхової діяльності, то цілком прогнозованим стало не тільки зменшення абсолютної величини податку на прибуток з 620,2 млн.грн у 2008 р. до 560,6 млн.грн у 2009 р. і 530, 0 млн.грн у

2010 р., а й зміна внутрішньої структури податку на прибуток страховиків. Зменшення абсолютної величини податку на страхові премії у 2009 р. до 266,0 млн. грн при зростанні податку на прибуток від нестрахової діяльності до 294,6 млн.грн призвело до зміни співвідношення між цими частинами податку на прибуток на користь останньої – до 52,5%. У 2010 р. – навпаки: зростання у порівнянні з 2009 р. податку на страхові премії (+6,4 млн.грн) при зменшенні податку на прибуток від нестрахової діяльності (- 37,0 млн.грн) призвело до переважання питомої ваги податку на страхові премії, збільшивши його частку до 51,4%.

Таблиця 1. Структура податку на доходи (прибуток) страховиків*

Показники	2008		2009		2010 (очікув.)	
	млн. грн	%	млн. грн	%	млн. грн	%
Податок на доходи (прибуток), в т.ч.	620,2	100,0	560,6	100,0	530,0	100,0
на доходи у вигляді страхових премій	344,5	55,5	266,0	47,5	272,4	51,4
на прибуток від нестрахової діяльності	275,7	45,5	294,6	52,5	257,6	48,6

*Складено за даними Держфінпослуг та Державної податкової адміністрації України

Чинний механізм оподаткування страховиків податком на прибуток має ту беззаперечну перевагу, що є простим з точки зору адміністрування. Крім того, він виводить поза межі системи оподаткування технічні резерви страховиків, адже обсяги страхових технічних резервів безпосереднім чином позначаються на прибутку (зменшуючи його), а він наразі не є базою оподаткування. Позитивним є також те, що, як свідчать дані

рис.2. величина сплачуваного страховиками податку на доходи (прибуток) протягом тривалого терміну точно корелювала з розвитком страхової галузі. Вона характеризувалась тим же трендом, що і величина валових і чистих премій в цілому по ринку, причому не тільки в частці оподаткування доходу у вигляді страхових премій, а в повному своєму обсязі.



Рис.2. Динаміка валових, чистих страхових премій та податку на доходи (прибуток) страховиків*

*Складено за даними Держфінпослуг

Однак чинний механізм оподаткування вітчизняних страховиків податком на прибуток вже багато років слугує об'єктом справедливої критики з боку фахівців, оскільки недоліки існуючого механізму є більш значущими, аніж його переваги. Головні з них полягають в такому.

По-перше, при такому оподаткуванні податок на прибуток набуває рис податку з обороту, тобто непрямого податку, який жодним чином не пов'язаний з фінансовим результатом страховика від його основної діяльності (технічним результатом). Це вихолощує саму ідею прямого оподаткування і неприродно об'єднує в одному податку елементи зовсім різних за своєю економічною суттю податків: прямого податку на прибуток (Corporation Tax) і непрямого податку зі страхових премій (Insurance Premium Tax).

По-друге, специфіка оподаткування страхової діяльності стала одним з чинників поширення на вітчизняному страховому ринку так званих операцій "псевдостраховання", пов'язаних із "оптимізацією" за допомогою страхових компаній оподаткування прибутку господарюючих суб'єктів. Схема уникнення від оподаткування реалізується, здебільшого, шляхом укладання договорів страхування майна або фінансових ризиків підприємств. Страхування відбувається за завищеними тарифами, страховий платіж включається до складу валових витрат, тим самим зменшуючи базу оподаткування при оподаткуванні підприємства податком на прибуток. Сама ж страхова компанія має змогу зменшити свою податкову базу, укладаючи в подальшому договори "псевдоперестраховання". Держава при цьому втрачає двічі: бюджет недоотримує належних надходжень податку на прибуток як від страхувальника-підприємства, так і від страхової компанії.

Перехід страховиків на загальну систему оподаткування податком на прибуток, передбачений Податковим кодексом України (далі – ПК), дасть можливість врегулювати зазначені проблеми.

Податковий кодекс містить окрему статтю 156 "Особливості оподаткування страховика", структурно розподілену на 3 пункти. Перший з них (156.1) визначає в якості об'єкта оподаткування прибуток страховика від провадження його діяльності та склад специфічних доходів і витрат, які супроводжують цю діяльність і враховуються при визначенні об'єкта оподаткування. До прийняття ПК поняття "прибуток страховика" і порядок визначення такого прибутку в податковому законодавстві законодавчого унормування не мали, оскільки чинний механізм оподаткування страхової діяльності такого унормування не потребував. Отже, визначення Податковим кодексом України прибутку страховика як об'єкта оподаткування є принципово важливим не тільки з огляду на необхідність переведення страховиків на загальну систему оподаткування, а й з огляду на необхідність законодавчого визначення такого важливого економічного поняття, як "прибуток страховика".

У другому пункті цієї статті (156.2) йдеться про особливості визначення в якості об'єкта оподаткування прибутку "лайфового" страховика. ПК зберігає неоднакові підходи щодо оподаткування операцій зі страхування життя в порівнянні з оподаткуванням інших страхових операцій. Вони будуть оподатковуватися, як і тепер, за нульовою ставкою. Проте передумови для використання цієї ставки такі. Договір страхування життя:

1) має бути укладений строком на 5 і більше років;

2) має передбачати страхову виплату одноразово або у вигляді анuitету у разі дожиття застрахованої особи до закінчення терміну дії договору страхування чи події, передбаченої у договорі страхування, або досягнення нею віку, визначеного договором;

3) на має передбачати часткових виплат протягом перших 5 років його дії, крім тих, що здійснюються у разі настання страхових випадків, пов'язаних із смертю чи хворобою застрахованої особи або нещасним випадком, що призвели до встановлення застрахованої особи інвалідності I або II групи

Якщо ж не виконується хоча б одна із зазначених вище вимог щодо договорів страхування життя, операції за такими договорами мають бути оподатковані в загальному порядку.

Крім того, договір страхування життя не має передбачати в якості вигодонабувача – страхувальника-роботодавця.

Третій пункт статті 156 (156.3) встановлює диференційований підхід до оподаткування податком на прибуток окремих операцій страховика. Цей пункт встановлює вимоги щодо окремого обліку страховиком доходів та витрат, пов'язаних з отриманням прибутку, що звільняється від оподаткування або оподатковується за ставкою нижчою, ніж основна ставка податку – 16 відсотків. Таким прибутком є оподатковуваний за ставкою 0 відсотків прибуток від страхової діяльності страховика, що здійснює страхування життя, про що вже йшлося. Ставки, нижчі за 16 відсотків, застосовуються також при оподаткуванні страхових операцій з нерезидентами, а саме: у межах договорів із обов'язкових видів страхування, за якими страхові виплати здійснюються на користь фізичних осіб-нерезидентів, а також за договорами страхування у межах системи міжнародних договорів "Зелена картка" (0 відсотків); у межах договорів страхування ризиків за межами України, за якими страхові виплати здійснюються на користь нерезидентів (4 відсотки суми, що перераховується, за власний рахунок страховика у момент здійснення перерахування такої суми); під час укладання договорів страхування або перестрахування ризику безпосередньо із страховиками та перестраховиками-нерезидентами, рейтинг фінансової надійності (стійкості) яких відповідає вимогам, установленим Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг, а також під час укладання договорів перестрахування з обов'язкового страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту (0 відсотків); в інших випадках – за ставкою 12 відсотків суми таких виплат за власний рахунок у момент здійснення перерахування таких виплат.

Таким чином, з переводом страховиків на загальну систему оподаткування податком на прибуток вітчизняний страховий ринок має зазнати відчутних якісних змін.

По-перше, податок на прибуток страховиків стане дійсно прямим податком на прибуток. Його сплачуватимуть лише ті компанії, які матимуть прибуток як інтегрований результат від усіх видів їхньої діяльності (операційної, інвестиційної, фінансової).

По-друге, перехід страховиків на загальну систему оподаткування знищить можливості участі страховиків у наданні послуг з податкової оптимізації для страхувальників-юридичних осіб.

По-третє, протягом перехідного періоду (тобто протягом року після набуття чинності ПК) страховики мають сплачувати податок на прибуток за старою системою – за ставкою 3 відсотки від суми страхових премій, отриманих (нарахованих) протягом звітного періоду. Проте, на відміну від чинного порядку, загальні суми таких страхових премій не будуть зменшуватися на суми премій, переданих перестраховикам. Це дозволить державі зруйнувати існуючі схеми ухилення від оподаткування за рахунок укладення багатократних договорів перестрахування.

Разом з тим, попри перелічені переваги, слід розуміти, що надходження до бюджету податку на прибуток від страхової галузі протягом перших років переходу на

загальну систему оподаткування, швидше за все, відчутно зменшаться. Непрямим доказом цього є проведені нами розрахунки, представлені в табл.2.

Таблиця 2. Величина податку на прибуток від страхової діяльності, обчислена відповідно до вимог Податкового кодексу України, у порівнянні з фактично сплаченим податком на доходи від страхової діяльності (податком на страхові премії)*

Показники	2008	2009	I півріччя 2010
Фінансовий результат від основної (страхової) діяльності, млн.грн	2196,9	270,6	342,1
Ставка податку за Податковим кодексом	16%	16%	16%
Сума податку з прибутку від страхової діяльності відповідно до Податкового кодексу, млн.грн	351,5	43,3	54,8
Фактично сплачено у вигляді податку на страхові премії, млн.грн	344,5	266,0	119,0
Різниця, млн.грн	-7,0	+222,7	+64,3

*Складено за [2]

Таким чином, за умови застосування загальної системи оподаткування за базовою ставкою 16% страхова галузь сплатила б до бюджету у 2009 р. 43,3 млн. грн податку на прибуток, натомість фактично сплачено 226, 0 млн. грн. (на 222, 7 млн більше). За півріччя 2010 р. було фактично сплачено 119,0 млн. грн, тобто на 64,3 млн.грн більше. За результатами 2010 р. в цілому ці дані, звичайно, будуть приблизно вдвічі більшими. Враховуючи те, що ринок досі не вийшов з кризи, а також те, що в найближчі часи відбудеться масове

скорочення кількості страхових компаній, слід очікувати подальшого зниження надходжень до бюджету податку на прибуток від страхової галузі.

1. Гаманкова О.О. Оподаткування страхових компаній та його вплив на розвиток ринку страхових послуг в Україні / О.О.Гаманкова // Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка, серія "Економіка". – Вип. 81-82 – К.: КНУ, 2006. – С. 13-14. 2. Електронний ресурс: Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг: Страховий ринок/ <http://www.dfp.gov.ua/734.html>.

Надійшла до редколегії 06.02.11

УДК 368.0

О.М. Залєтов, канд. екон. наук, доц.

СТРАХОВІ ПОСЛУГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В НОВИХ ЕКОНОМІЧНИХ УМОВАХ

Розглянуто наступні проблемні сектори економіки як: демографічний стан країни та його вплив на систему охорони здоров'я, зареєстрований наземний транспорт, рівень платоспроможності населення, а також їх вплив на сучасний страховий ринок.

Ключові слова: страхові послуги, захист населення, рівень страхових платежів.

Рассмотрены следующие проблемные секторы экономики как: демографическое состояние страны и его влияние на систему здравоохранения, зарегистрированный наземный транспорт, уровень платежеспособности населения, а также их влияние на современный страховой рынок.

Ключевые слова: страховые услуги, защита населения, уровень страховых платежей.

The next problem sectors of economy are considered as: the demographic state of country and its influence on the system of health protection, an above-ground transport, level of solvency of population, and also their influence on a modern insurance market.

Keywords: insurance services, defence of population, level of insurance payments.

Становлення України як країни з ринковою економікою вносить принципові зміни в організацію страхової справи, формування нової системи господарювання в Україні. Акумуляовані страховими компаніями ресурси згідно з їх характером переважно використовуються для довготермінових виробничих капіталовкладень через ринок цінних паперів. Слід зазначити, що страхування у сучасних економічних умовах – єдина галузь економіки України, яка протягом останніх років має стабільний значний щорічний приріст обсягів наданих послуг. Незважаючи на номінальне зростання обсягів страхового ринку, ця галузь забезпечує сьогодні перерозподіл незначної частини внутрішнього валового продукту.

Дану тему досліджували такі українські вчені, як В.Д. Базилевич, С.С. Осадець, О.О., Р.В. Пікус та ін.

Метою даної статті є розглянути проблемні сектори економіки, які впливають на сучасний страховий ринок.

Так чисельність наявного населення України на 1 січня 2010 р. становить 45962,9 тис. осіб (міське населення – 31524,8, сільське – 14438,1), яке протягом

2009 р. зменшилось на 180,8 тис. осіб. За кількістю населення Україна займає 5 місце в Європі (після ФРН, Італії, Великобританії, Франції) і 21 місце у світі. На частку України припадає 7,2% населення Європи та 1% населення Землі.

Смертність населення України внаслідок нещасних випадків, травм та отруєнь, за статистикою, починає випереджати серцево-судинні та онкологічні захворювання.

За останні п'ять років від нещасних випадків в Україні загинуло 344,5 тис. осіб, переважна більшість з яких – в побуті. Щорічні втрати народного господарства внаслідок травмування громадян України перевищують 20 млрд. грн., що становить більш ніж 4% ВВП України.



Рис.1. Динаміка народжувальності/смертності населення України, 1990-2009 рр.

Сучасна тривалість життя та її структурні характеристики в Україні мають доволі відчутні регіональні відмінності. Так у 2009 р. очікувана тривалість життя у чоловіків коливалася від найвищої – 68,0 – у м. Києві до найнижчої – 62,1 – у Чернігівській областях. Останній регіон також виділяється найбільшою в Україні різницею тривалості життя чоловіків і жінок (11,7 року).

У більшості областей півдня та сходу України ситуація з тривалістю життя населення, на жаль, залишається вкрай несприятливою. Тут очікувана тривалість життя нижча, ніж в цілому по Україні; відмінності цього показника за статтю найвідчутніші, а частка тих, хто доживає до старості – найменша. Прогнозна оцінка очікуваної тривалості життя в 2010 р. – 62,5 років у чоловіків, 74,2 – у жінок (рис.2).

На неякісну медичну допомогу скаржаться переважна більшість наших громадян (за даними соціологічних досліджень, – 78%).

Фінансування системи охорони здоров'я за рахунок страхування – незначне і забезпечується виключно добровільними видами особистого страхування, зокрема, медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) та страхування здоров'я на випадок хвороби. Зазначене страхування забезпечує 1,5% від бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я.

На кінець 2009 року загальна кількість зареєстрованого наземного транспорту в Україні становила понад 9,2 млн. шт., що на 18,9% більше ніж у 2008 році. Ріст загальної кількості транспортних засобів за останні роки відбувся переважно за рахунок збільшення легкових автомобілів, яких нараховується 7,7 млн. шт.

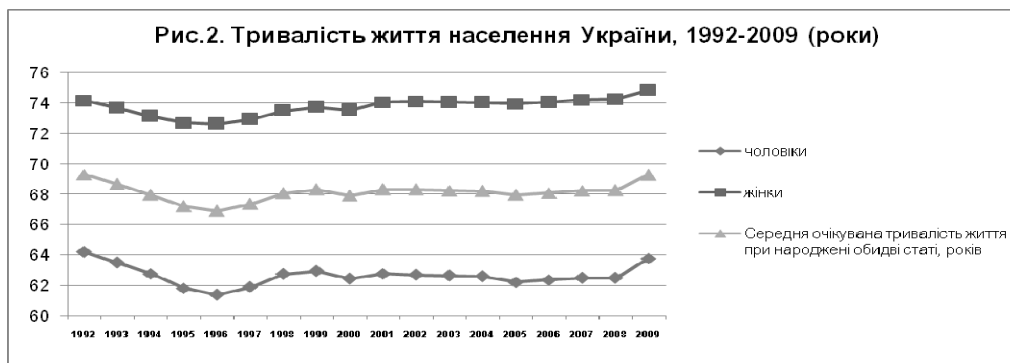


Рис.2. Тривалість життя населення України, 1992-2009 рр.

Половину застарілого автопарку України (50%) становлять автомобілі, випущені до 1989 року. Ще 31% – автомобілі у віці від 5 до 18 років. Таким чином, чином у громадян нашої країни автомобілі віком не старше 5 років становить лише 19% автопарку, а середній вік автомашин – 19 років.

В Україні за 2009 рік продано 162,29 тис. нових автомобілів, що на 74% менше, ніж в 2008 році. Показово, що з такими результатами український ринок зайняв 14-ме місце в Європі за обсягами.

Частка кредитних автомашин до середини 2009 року виросла в середньому з 3,7% до 5,2%, а до грудня досягла 8,55%. Проте, ці показники все одно не вражають порівняно з результатами 2008 року, коли в кредит продавалося до 50% автомобілів. Успіх тих або інших брендів на ринку забезпечувало саме кредитування. У 2009 році українці придбали в кредит 9,3 тис. нових легкових і легких комерційних автомобілів, що становило 71,5% від числа всіх застав автотранспорту. У пері-

од майже повної відсутності кредитування автомобільні компанії практикували розстрочку, кредитна активність зберігалася і у сегменті вантажного автотранспорту. Спад ринку автокредитування у 2009 році становив 86,7%. Наприкінці 2009 року намітилося певне зростання частки кредитування завдяки спільним програмам імпортерів і банків. У окремих брендів частка автокредитів і зараз перевищує 25-30%, що дозволяє їм зберігати позиції на ринку.

Офіційна статистика свідчить, що в Україні щорічно виникає майже 50 тис. пожеж. Серед об'єктів власності найбільше пожежонебезпечними є житловий фонд (близько 80% всіх пожеж), з яких більше 55% пожеж виникає в житлових будинках. Основними місцями виникнення пожеж у житловому секторі є приміщення житлових будинків (46%), горища (13%), покрівлі, даху (12%), кухні (10%) і підвали (8%).

Основними причинами виникнення пожеж в Україні є: необережне поводження з вогнем (54,2% від їхньої

загальної кількості), порушення правил пожежної безпеки при встановленні та експлуатації електроустановок (22,8%) і порушення правил пожежної безпеки при встановленні та експлуатації печей (9,2%). Матеріальний збиток від пожеж в Україні за останні п'ять років склав понад 3 млрд. грн.

Негативні наслідки від повеней і паводків проявляються на 27% території України (165 тис. кв. кілометрів), де проживає майже третина населення. За останні 15 років значні паводки, що призвели до виникнення надзвичайних ситуацій, спостерігалися у 1995, 1997, 1998, 2001, 2008 роках та цюгорічний паводок. Так, середньорічні збитки від паводків у 1995-1998 роках склали 899,3 млн. гривень, 1999-2007 – понад 1,5 млрд грн., у 2008 році – майже 6 млрд. грн.

За обсягами наданих послуг страховий ринок значно перевищує інші сектори небанківського ринку фінансових послуг, але при цьому усе ще уступає банківському.

Платежі населення за договорами страхування у структурі витрат протягом 2001-2008 років неухильно зростали і становили на початок фінансової кризи 0,89%.

Динаміка основних параметрів розвитку вітчизняного страхування в умовах фінансової та економічної кризи свідчить про посилення негативних тенденцій.

Зниження рівня платоспроможності населення та довіри до фінансового сектору в цілому та страховиків зокрема привели до суттєвого зменшення попиту на страхові послуги. Зокрема, у 2009 році у порівнянні з минулим роком на 8% знизилась кількість укладених договорів страхування та на 24% – надходження страхових платежів; андерайтингова збитковість з автострахування та медичного страхування перевищила 100%; знизився рівень платоспроможності страховиків внаслідок "заморожування" оборотних коштів в проблемних банках; підвищилась вартість перестрахового захисту у міжнародних перестраховиків; погіршились умови інвестування активів страхових компаній.

Перед страховим ринком постає складне завдання щодо підвищення рівня капіталізації та фінансової надійності страхових компаній, ліквідності їхніх активів, а також забезпечення антимонопольної політики [2].

З метою забезпечення національної фінансової безпеки України у зв'язку із вступом до СОТ (відбулась лібералізація ринку страхових послуг) та негативним впливом світової фінансової кризи необхідно забезпечити заходи щодо відновлення довіри населення до фінансового ринку та створити умови залучення коштів страхового ринку в економіку країни [3].

На жаль, стан забезпеченості страховим захистом населення України свідчить про його незначний рівень. Зокрема, якщо в радянські часи в Україні страхуванням життя було охоплено понад 87% населення, в 2009 році – лише 6%. І це при тому, що стаття 46 Конституції України визначає, що громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом. Наприклад, страхування від нещасних випадків – охоплено лише 7% населення.

Стаття 25 Конституції України гарантує піклування та захист своїм громадянам, які перебувають за її межами, але страховим захистом забезпечено лише 8% вітчизняних туристів, інша частина наших співгромадян самотужки вирішують проблеми під час знаходження за кордоном.

Конституції України [1] (стаття 49) визначає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, проте ОМС в нашій країні так і не запроваджене, а ДМС охоплено лише 2% населення.

В Україні на досить низькому рівні знаходиться рівень забезпечення конституційних гарантій захисту інтересів громадян, пов'язаних із ризиками втрати майна. Зокрема, обсяг страхового захисту будівель приватного сектору становить 1%, страхування автомобілів – 12%.

За рівнем страхових платежів на душу населення серед країн Східної Європи за цим показником Україна суттєво відстає. Наприклад, у 20 раз від Словенії, в 11 раз від Чеської Республіки та у 9 раз від Польщі. За більшістю показників рівень використання страхових послуг населенням України суттєво відрізняється від ЄС (табл.1).

Таблиця 1. Питома вага використання страхових послуг населенням України та ЄС*

Показник	Україна	ЄС
Рівень охоплення автоводіїв полісами обов'язкової автоцивілки	55%	99%
Рівень охоплення автоводіїв полісами КАСКО	15%	85%
Частка фінансування системи охорони здоров'я	2%	20%
Частка у відшкодуванні збитків майну фізичних осіб внаслідок ДТП	50%	98%
Частка у відшкодуванні шкоди, нанесеної життю та здоров'ю фізичних осіб внаслідок ДТП	55%	99%
Частка у відшкодуванні збитків майну фізичних осіб наслідок крадіжки/пошкодження майна третіми особами	15%	65%
Частка у відшкодуванні збитків майну фізичних осіб внаслідок техногенних аварій	3%	85%
Частка у відшкодуванні збитків майну фізичних осіб внаслідок природних катастроф	2%	70%
Частка забезпечення населення недержавним пенсійним страхуванням	2%	140%

*Джерело: складено автором за даними CEA, IAI, Insurance TOP.

Серед страхових послуг у населення найбільш користуються популярністю КАСКО, обов'язкова автоцивілка, страхування життя та страхування майна. Незважаючи на фінансові проблеми в останні роки спостерігається зростання показників на ринку обов'язкової автоцивілки, ДМС, "Зеленої картки" та страхування медичних витрат. Це пов'язано як обов'язковість цих видів страхування, так і з безпосередньо реальною роботою вітчизняних відшкодування шкоди населенню у разі настання ДТП, травм або захворювань.

Таким чином, метою розвитку страхового ринку є підвищення рівня страхового захисту майнових інтересів фізичних, юридичних осіб і держави, а також залучення інвестиційних ресурсів у національну економіку за рахунок забезпечення ефективного функціонування

страхового ринку з урахуванням міжнародного досвіду, застосування сучасної ринкової інфраструктури та фінансових інструментів [4].

Основними заходами дальшого розвитку страхового ринку є:

- створення розвинутої та платоспроможної системи страхування, здатної компенсувати шкоду від непередбачених подій;
- підвищення якості здійснення страховим ринком функцій по акумуляції коштів населення, підприємств та трансформації їх в інвестиції;
- зміцнення довіри до українського страхового ринку з боку інвесторів, іноземних перестраховиків та перестраховальників, а також страхувальників, у першу чергу, населення;

➤ зміцнення державного страхового нагляду та формування системи саморегулювання;

➤ удосконалення податкового, антимонопольного, кримінального та цивільного законодавства, що регулює сферу страхування.

Реалізація зазначених заходів сприятиме підвищенню рівня страхового захисту населення, а також досягненню високих інвестиційних можливостей і безпечної інтеграції у світовий економічний простір в умовах посилення процесів глобалізації.

УДК 368.03.005.21

Ю. П. Гришан, канд. екон. наук, доц.

ВВЕДЕННЯ ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ В СТРАХОВІЙ КОМПАНІЇ ТА ПОКРАЩЕННЯ СТАНДАРТІВ ОБСЛУГОВУВАННЯ КЛІЄНТІВ (НА ПРИКЛАДІ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ)

В статті наводиться приклад формування страхового менеджменту у страховій компанії, націленого на покращення якості обслуговування існуючих і нових клієнтів як способу "підвищення культури страхування" у населення та отримання кращих результатів діяльності СК в контексті розвитку ДМС в країні.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, проект системи медичного страхування, попит, пропозиція, теорія Е. Демінга, діаграма "Ісікави".

В статье представлен пример формирования страхового менеджмента в страховой компании, направленного на улучшение качества обслуживания существующих и новых клиентов как способа "повышения культуры страхования" у населения и получение лучших результатов деятельности СК в контексте развития ДМС в стране.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, проект системы медицинского страхования, спрос, предложение, теория Е. Деминга, диаграмма "Исикавы".

The example of the insurance management in a company aimed at improving the quality of service existing and new clients as a way of "improving the culture of insurance" in population and get the best performance IC as the context of VHI in the country.

Keywords: voluntary health insurance, health insurance system project, supply, demand, theory of E. Deming, diagram "Ishikawa".

Створення економічних моделей на мікрорівні допомагає досягнути та практично дослідити спрощені макроекономічні явища. Якщо добровільне медичне страхування використати в якості самої такої мікромоделі, то це дасть можливість спроектувати деякі твердження класичної ринкової економіки на реалії нашого сьогодення – зокрема, починаючи з якості страхування в окремо взятій страховій компанії і, закінчуючи фінансуванням та розвитком медичної галузі в державі.

Серед вітчизняних науковців, які розглядали дану проблематику, можемо виділити таких, як Окунський А. Р., Солдатенко О.В., Капшук О.Г., Лаптев С.М., Ковтун І.О., Ткаченко Н.В. та ін.

Метою даної статті є застосування економічне твердження "попит формує пропозицію". В розрізі добровільного медичного страхування (ДМС) така теорія часто може мати характер зворотної дії – "якісна пропозиція формує попит". Останнє зауваження стає особливо актуальним на фоні поширеної в Україні "низької культури страхування" серед населення. Саме вміння вітчизняних страховиків звернути увагу громадян на переваги медичного страхування може в певній мірі

вплинути на подальше фінансове забезпечення медичної галузі в державі в цілому.

З плином часу українці дедалі більше рухають свою свідомість в протилежному від радянських стереотипів напрямі. Звична для суспільства система всеосяжного державного фінансування медичних потреб людини все частіше замінюється на послуги страхових компаній в розрізі добровільного медичного страхування. Численні дослідження підтверджують наростання попиту на ДМС в Україні. За останніми даним експертів ринку [2], на кінець 2010 року попит на цю послугу вже перевищує пропозицію. У першу чергу це пов'язано з погіршенням рівня медичного обслуговування державними лікарнями установами.

У практиці деяких країн ДМС є суттєвою складовою у фінансуванні медичної сфери, і несе функцію додаткового, але важливого джерела фінансування. Зокрема варто звернути увагу на США, в яких, не зважаючи на суттєве зменшення обсягів порівняно з 70-80-ми роками 20 століття, ДМС все ще займає близько 40% загальних витрат на медичне забезпечення населення. При цьому частка таких витрат є чи не найбільшою у світі – 14% обсягу ВВП (табл. 1).

Таблиця 1. Моделі фінансування охорони здоров'я у різних країнах світу [1]

Країна	Німеччина	Японія	Канада	Франція	Велика Британія	США
Тип моделі	Соціально- страхова			Державна		Ринкова
Частка витрат держави на охорону здоров'я у ВВП	8,10%	6,60%	8,70%	8,50%	6,00%	14%
Джерело фінансування	ОМС – 60% ДМС – 10% Державний бюджет – 15% Власні кошти громадян – 15%	ОМС – 60% Державний бюджет – 10% Суспільні фонди – 10% Власні кошти громадян – 20%	Федеральні фонди і фонди бюджетів провінцій – 90% Фонди приватних СК і добровільні пожертвування – 10%.	ОМС – 50% ДМС – 20% Державний бюджет – 10% Власні кошти громадян – 20%.	Державний бюджет	Приватне страхування – 40% Власні кошти громадян – 20% Програми для малозабезпечених та людей похилого віку – 40%

В Україні, незважаючи на збільшення попиту, частка ДМС в загальному обсязі бюджетного фінансування системи охорони здоров'я України складає 1,9%, у той час як в європейських країнах вона коливається від 5% до 20%. Одночасно ДМС – єдина фактично діюча форма медичного страхування в Україні, яка не є доповненням до обов'язкового медичного страхування (за умови відсутності останнього).

Не зважаючи на поступове нарощування обсягів, місце ДМС в житті країни значною мірою визначається впливом державних органів влади. А якщо висловлюватися точніше – їх байдужістю до ДМС як важливої складової системи медичного забезпечення населення. В останні роки розроблялося безліч сценаріїв розвитку медичного страхування в Україні. Один з них розроблений Лігою страхових організацій України. Саме тому, що в ньому в раціональних пропорціях розраховано розподіл частки фінансування медицини з різних джерел, включаючи обов'язкове медичне страхування (ОМС) і ДМС, зазначений вище проект отримав оцінку фахівців

як надто ринковий і випереджаючий ринковий розвиток економічної дійсності в Україні.

Найбільш привабливими для чиновників стали проекти системи медичного страхування, за яких страховальники в особі держави, роботодавців юридичних і фізичних осіб сплачуватимуть внески в обов'язковий соціальний фонд страхування або інше об'єднання. За прогнозами експертів за такої схеми страховальники не матимуть жодних гарантій ефективного використання цих коштів, оскільки далі грошові потоки знаходитимуться під контролем не реформованої системи медичного забезпечення МОЗ, обласних і міських відділів охорони здоров'я. Це призведе до того, що галузь знову поглине всі ресурси, не підвищивши якості обслуговування. Попередні розрахунки показують, що якщо держава залишить бюджетні кошти для фінансування медичної галузі на рівні 21 млрд. грн, і додатково вирішить ввести 5% податок з доходів фізичних осіб це не дасть можливості покрити необхідні затрати системи охорони здоров'я (рис. 1).

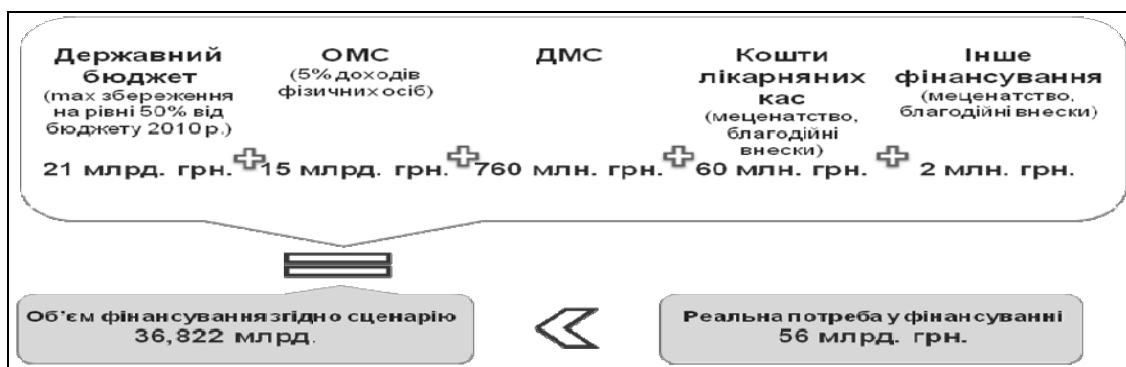


Рис. 1. Ймовірний сценарій фінансового забезпечення медичної галузі в разі впровадження ОМС

Ситуація загострюватиметься на тлі старіючої української нації. Збільшення чисельності людей пенсійного віку призведе до зменшення ефективності грошових потоків отриманих з доходів працюючої частини населення. Таким чином зберігається ризик повторення в Україні негативного досвіду Німеччини, пов'язаного з крахом системи Бісмарка. Тому державі також варто звернути увагу на розвиток додаткових джерел фінансування медичної галузі та застосування преференцій для структурних одиниць останніх.

Необхідні кроки влади для розвитку ДМС пов'язані зі специфікою оподаткування страхових компаній, учасників ринку ДМС. Податкове навантаження для страхових компаній, що займаються ДМС діє в загальних для страховиків підставах і не стимулює останніх займатися цим видом, зважаючи на значну його ресурсоємність та високий рівень виплат (високі витрати

пов'язані із соціальною значимістю виду та його функціональною специфікою).

Тому ми пропонуємо застосувати наступні кроки:

1. Введення особливих умов оподаткування страховиків за платежами з ДМС. Як приклад, застосування податкових пільг для підприємств, що використовують послуги страхування "life" своїх співробітників призвело до істотного нарощування обсягів "лайфового" сектора страхового ринку України 2008 року.

2. Віднесення коштів по ДМС працівників до валових витрат. Держава не стимулює громадян до захисту свого здоров'я за допомогою податкових преференцій. Оподаткування витрат (не віднесення їх до валових витрат) роботодавців на ДМС не стимулює їх до розвитку програм медичного страхування на підприємствах. Необхідність такого стимулювання засвідчують дослідження зображені на рисунку 2 [4].

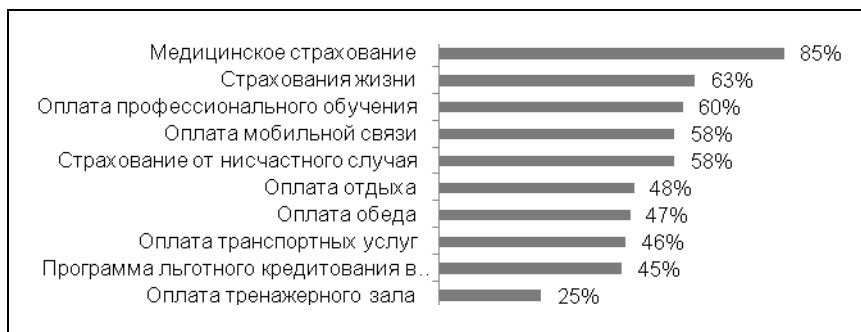


Рис. 2. Ідеальний соціальний пакет за версією українських шукачів у 2010 р.

3. Надання права податкового кредиту для громадян-страхувальників по ДМС.

Одним і, можливо, найефективнішим способом підвищення попиту населення на ДМС в Україні є покращення якості такої послуги. Для того, щоб визначити, що саме необхідно зробити для створення і задоволення попиту населення на ДМС необхідно зважати на той стан, в якому знаходиться дана галузь страхування і можливі шляхи її успішного розвитку. Сьогодні добровільним медичним страхуванням в Україні активно займається незначна кількість страховиків. Зокрема, перша рейтингова п'ятірка учасників ринку ДМС концентрує близько 40% загальних обсягів страхових платежів за цим видом страхування (рис. 3). [5]. В першу чергу саме такі страховики мають докласти максимум зусиль

для покращення рівня обслуговування населення з метою збільшення попиту громадян на ДМС. Проте тенденції ринку зовсім не мінімізують частку інших учасників галузі в процесі поліпшень ДМС.

Для вдосконалення мікроринку ДМС в кожній страховій компанії має бути сформована мета, досягнення якої дасть можливість на високому рівні задовольняти потреби клієнтів і отримувати доходи. Для формування мети важливо зважати на наступні детермінанти реформи медичної галузі, запропоновані американським дослідником М.Портером [3]:

- Удосконалення системи стимулів, які здатні посилити продуктивну конкуренцію;
- Універсальна система страхування, яка гарантує економічну ефективність;

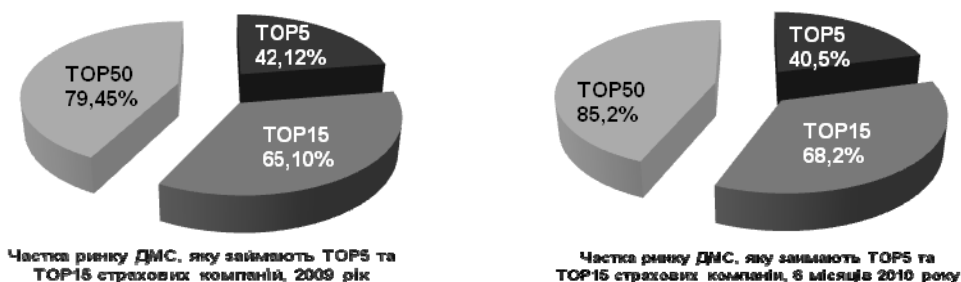


Рис. 3. Концентрація українського ринку ДМС в 2009-2010 рр.

➤ Доступність інформації, яка б забезпечила споживача можливістю оптимального вибору;

➤ Найбільш широке залучення інновацій, яке гарантує динамізм системи охорони здоров'я.

Досвід окремо взятої страхової компанії спроектований на методи сучасного менеджменту дозволяє покращити якість страхових послуг. Як базу наукового дослідження автором було обрано ВАТ "СТ "Іллічівське". Керівництвом компанії в процесі менеджменту застосовується "концепція Е. Демінга", яка спрямована на покращення якості послуг, шляхом удосконалення "вузких місць" в бізнес-процесах компанії. Едвардс Демінг – американський дослідник в галузі менеджменту персоналу. Свою концепцію "Менеджмент систем" впроваджував на виробництві японської корпорації "Тойота". Система управління спрямована на планомірне досягнення стратегічних цілей організації шляхом безперервного поліпшення роботи і полягає в постійному паралельному вдосконаленні трьох складових: якості продукції; якості організації процесів; рівня кваліфікації персоналу. Теорія Е. Демінга включає 14 основних принципів, особливої уваги заслуговує 1 принцип "Домагайтеся сталості мети". Мета: безперервне поліпшення якості продуктів і послуг для досягнення конкурентоспроможності, збереження бізнесу та створення робочих місць.

Досвід роботи ВАТ "СТ "Іллічівське" засвідчує, що необхідними кроками для розвитку системи ДМС є формування клієнтоорієнтованої політики врегулювання страхових випадків; створення власного медичного асистансу; введення процесного підходу: розробка та оптимізація бізнес-процесів з поетапним введенням

власного асистансу; розробка стандартів якості обслуговування клієнтів; запуск системи постійного вдосконалення ЦКП (бізнес-процесів і стандартів) відповідно до циклу "Демінга-Шухарта"; впровадження системи кризис-менеджменту.

За 5 років праці у сфері ДМС, компанія узагальнила основні принципи роботи для підвищення якості обслуговування клієнтів:

➤ При врегулюванні страхового випадку – всі сумніви тільки на користь клієнта.

➤ Скорочення кількості візитів клієнта при врегулюванні страхового випадку: 1-й візит – оформлення заяви і передача документів; 2-й візит – страхова виплата (при перерахуванні суми виплати на картковий рахунок лише один візит клієнта в компанію).

➤ Надійні партнери: функції, делеговані асистансу відносно роботи з клієнтами, виконуються так само важливо і коректно, якби вони виконувались співробітниками компанії.

➤ Відповідність страхових виплат рівню договорів страхування.

➤ Скарги, побажання та пропозиції клієнтів – наше керівництво до поліпшення роботи.

Крім того для поліпшення якості обслуговування клієнтів був створений власний асистанс, оскільки за підрахунками спеціалістів страхової компанії при співпраці з зовнішнім асистансом втрачається близько 20% часових ресурсів, а скарги на недосконалу роботу зовнішнього асистансу завдають шкоди іміджу страхової компанії (рис. 4).



Рис. 4. Взаємодія страхової компанії з зовнішнім асистансом

До переваг впровадження власного асистансу входять: більш висока якість обслуговування клієнтів у зв'язку зі спрощенням контролю над процесом; оптимізація збитків за рахунок чіткого контролю процесу врегулювання (супроводу клієнта); можливість укладення договорів з провайдером за бажанням клієнта; можливість надання додаткового спектру послуг (консультації про рівень медичних установ, організація медичних послуг не застрахованим членам сім'ї та ін); скорочення термінів оплати медичним установам, що призводить до більш плідної співпраці; мінімізація витрат на ведення справи.

Питання збереження якості послуг особливо гостро стоїть для страхових компаній в умовах погіршення загального економічного становища в країні, в тому числі в умовах кризових явищ. Для своєчасної реакції БАТ "СТ "Іллічівське" на зовнішні негативні явища в компанії сформовано систему кризи-менеджменту. Антикризисне управління побудовано на методиці побудови "діаграми Ісікави" ("риб'ячий скелет" або "риб'яча кістка"). Діаграма призначена для відокремлення причин кризових настроїв в економічному середовищі від наслідків і допомагає побачити проблему в цілому, тоб-

то виявлення факторів, впливає на результат. Діаграми компанії будуються в результаті проведення "мозкового штурму" спеціально створеною командою, використовуючи різні висновки та ідеї, отримані в результаті проведення первинних і вторинних досліджень. Ідеї групуються за категоріями, потім у розрізі цих категорій будується причинно-наслідкова діаграма, де в напрямку головної стрілки відображається розв'язувана проблема, а в напрямках бічних стрілок відображаються причини, згруповані за категоріями (рис. 5).

Особливістю застосування "Риби Ісікави" у БАТ "СТ "Іллічівське" є використання граничних показників. Зазначений параметр дуже важливий в системі страхування складних ризиків, що пов'язано з великою кількістю взаємопереплетених фінансово-економічних даних та бізнес-процесів всередині системи. Умовне дроблення бізнес-процесів на підпорядковані ланки і фіксація їх діяльності конкретними цифрами дозволяє своєчасно і ефективно застосовувати антикризові заходи в разі негативних відхилень від прийнятих максимальних і мінімальних границь окремо взятого показника.

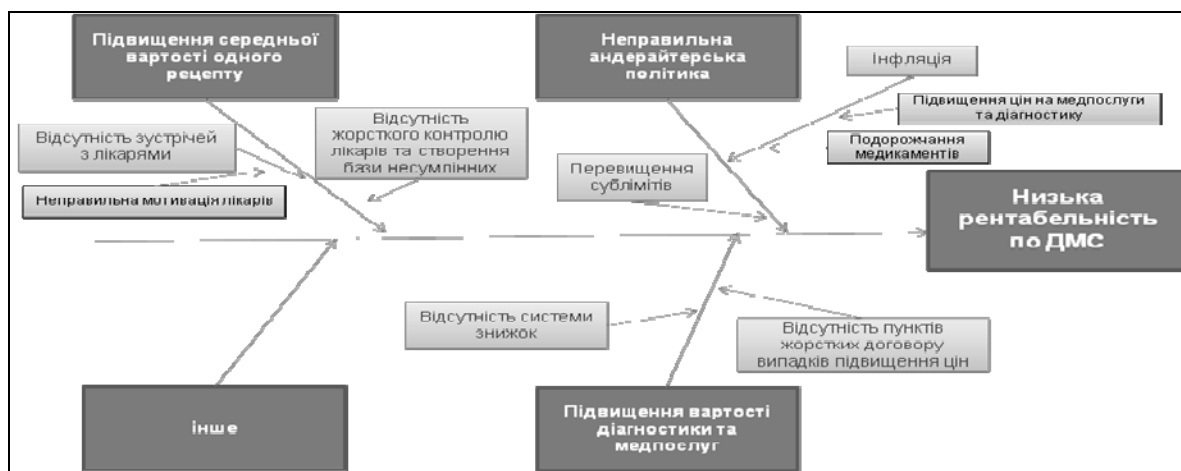


Рис. 5. "Риба Ісікави" на прикладі низької рентабельності ДМС

Отже, сьогодні ДМС посідає важливу позицію у фінансуванні вітчизняної системи охорони здоров'я. На жаль, потік грошових коштів з цього джерела у галузь на сьогоднішній день є недостатньо розвинутим. Це в значній мірі пов'язано з низькою обізнаністю громадян в перевагах добровільного медичного страхування. З метою залучення нових і збереження лояльних клієнтів страхові компанії мають приділяти багато уваги якості послуг, що вони надають. Глибокий аналіз складових

страхової послуги та бізнес-процесів у сфері ДМС дає можливість визначити детермінанти формування пропозиції страховими компаніями, що відповідно сформує попит у клієнтів. Покращення якості обслуговування користувачів ДМС – це складний процес, який постійно вдосконалюється з придбанням страховими компаніями досвіду роботи у цій галузі. Важливим аргументом на користь оферентів ДМС є застосування нових методик менеджменту персоналу. Постійне навчання співробіт-

ників страхової компанії, спрямоване на визначення дефектів у бізнес-процесах забезпечує покращення рівня обслуговування клієнтів. Саме використання вище зазначених методів покращення якості послуг ДМС призвело до позитивних змін загальних тенденцій на базі дослідження: приріст доходів від ДМС у 2010 р. році порівняно з 2009 роком склав близько 12%, і кількість клієнтів зросла на 103%. Для порівняння, співвідношення результатів 2009 і 2008 років сформувало аналогічні показники на рівні 7% і 97% відповідно. Тому розвиток медичного страхування в Україні має бути спільною справою всіх суб'єктів цього ринку, починаючи від клієнта та страхової компанії, і закінчуючи найвищими рівнями у 2009 році державної влади. Збалансо-

ване регулювання чиновниками медичного страхування (включаючи політику оподаткування учасників інфраструктури) дасть можливість ринковим механізмам внести свої корективи на терені медичної сфери.

1. Головинина Н. В. Экономические модели национальных систем здравоохранения // Муниципальная экономика. – № 3. – 2007. 2. Паненко І. Страховики відмовляються від медстрахування // Газета "Дело". – 26.11.2010. 3. Портер М., Тайсберг Е.О. переосмислення системи охорони здоров'я. Як створити конкуренцію, основу на цінності та орієнтовану на результат. – К.: видавництво О.Капусти (підрозділ "Агентства "Стандарт"), 2007. – 620 с. 4. Соцпакет по-українськи: Дослідження. – <http://ubr.ua> (Український бізнес-ресурс). 5. Insurance Top (журнал) – № 2(30)2010.

Надійшла до редколегії 12.02.11

УДК 330.101:368.02

Р.В. Пікус, канд. екон. наук, доц.

РОЗВИТОК СТРАХОВОГО РИНКУ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ

В статті досліджуються тенденції розвитку страхового ринку України в умовах глобалізації, виокремлено позитивні та негативні наслідки такого процесу. Визначено шляхи оптимізації інтеграційних процесів України в світовий страховий простір.

Ключові слова: страховий ринок, глобалізація, інтеграція.

В статье исследуются тенденции развития страхового рынка Украины в условиях глобализации, выделены позитивные и негативные последствия такого процесса. Определены пути оптимизации интеграционных процессов Украины в мировое страховое пространство.

Ключевые слова: страховой рынок, глобализация, интеграция.

Trends progresses of insurance market of Ukraine are investigated in the article in the conditions of globalization, the positive and negative consequences of such process are distinguished. The ways of optimization of integration processes of Ukraine are certain in outer insurance space.

Keywords: insurance market, globalization, integration.

Об'єктивною реальністю кінця XX – початку XXI століття стала глобалізація світової економіки, що не оминуло і систему страхових відносин. Суть, механізм та наслідки цього процесу до кінця не вивчені і викликають діаметрально протилежні погляди.

Серед наукових праць, в яких досліджуються теоретичні основи фінансової глобалізації і, зокрема, – глобалізації у сфері страхових послуг слід відзначити роботи таких зарубіжних вчених як Дж.Батлер, Дж. Більхотт, Д.Бланд, К.Бурроу, Л.Гератеволь, В.Гейльман, Дж.Діксон, Г.Леві, А.Манес, Р.Мер, Р.Меркін, А.Монті, Дж.Оріні, Х.Скіпер, Д.Фарні, Д.Хемптон, В.Шахов, Р.Юлдашев.

Ключові питання розвитку світового та вітчизняного ринку страхування досліджували українські вчені В.Базилевич, К.Базилевич, К.Воблий, Н.Внукова, Т.Говорушко, Д.Граве, В.Грушко, О.Залєтов, О.Заруба, М.Клапів, В.Малько, С.Осадець, А.Таркуцяк, Я.Шумелда.

Разом з тим, дослідження умов і особливостей формування ефективної національної політики у страховій сфері в глобальних умовах соціально-економічного розвитку потребують, з одного боку, більш акцентованого наукового інтересу, а з іншого, – прагматизму. Загалом, необхідність вирішення існуючих проблем світового ринку страхування, його рушійних сил і тенденцій є очевидною у теоретичному і практичному плані.

Сьогодні світ перетворився у глобальну економічну систему, в якій практично не залишилося можливостей для сповідування стихійних ринкових відносин між державами. Виник глобально функціонуючий світовий виробничо-господарський механізм, складовими якого стали окремі національні економіки. На очах одного покоління відбуваються ущільнення простору і часу в глобальних масштабах, взаємне зближення країн, народів, регіонів.

Глобалізація страхових відносин є процесом стирання законодавчих та економічних бар'єрів між національними страховими ринками, що відбувається під впливом змін у світовій економіці, і має на меті формування глобального страхового простору. Це явище красномовно виражається у таких процесах: концентрація страхового й перестрахового капіталу; зрощення банківського та страхового капіталу; концентрація на ринку страхових посередників; концентрація споживачів страхових послуг; зміна попиту на "масові" страхові послуги, активізація участі страховиків у пенсійному страхуванні; розширення сфери використання приватного комерційного страхування; зміни традиційних форм і видів страхових послуг, які ведуть до зрощення страхових й фінансових послуг; зміна ринкового середовища в умовах повної комп'ютеризації споживачів страхових послуг [6].

Архітектура світового страхового ринку нестійка і піддається значним потрясінням не лише для страхових ринків периферії, але й для центру, тому що світова страхова сфера перетворюється в єдину систему і обвал однієї з ланок тяжко відображається на інших.

До числа країн, страхові ринки яких розвиваються та входять до периферії світового страхового ринку, відносяться і Україна.

Становище такого розвитку зовсім не значить, що периферія наближається до центра, а навпаки, це ситуація, коли периферія повинна постійно наздоганяти центр, оскільки він задає технічні, соціально-економічні, організаційні й управлінські стандарти, на основі яких формується світовий страховий ринок, його порядок, умови та правила гри.

Світовий страховий ринок сформований на основі інтеграції страхових ринків високо розвинутих країн світу, підштовхує менш розвинуті національні страхові ринки до адаптації місцевих стандартів до міжнародних. Щоб освоїти такі стандарти, необхідно створити відповідні інститути та механізми, а це не просто, бо пряме запози-

чення чужого досвіду неможливе. Чуже середовище їх відштовхує, вимагаючи створювати інститути і механізми, які одночасно відповідають вимогам часу й враховують традиції національного страхового ринку [7].

В останні роки глобалізація страхових відносин проявляється більш чітко. Постає питання – зближуються чи віддаляються один від одного розвинуті страхові ринки й страхові ринки, що розвиваються.

Широкомасштабне й активне включення страхового ринку України у процес глобалізації страхових відносин проходить поступово й вибірково. Великі зусилля знадобляться для адаптації національних страхових продуктів до вимог світового ринку, підвищення їх параметрів до конкурентоспроможного рівня. Підвищення міжнародної конкурентоспроможності вітчизняних страхових продуктів – основа включення страхового ринку України в процес глобалізації страхових відносин.

Світовий ринок страхування охоплює усю сукупність міжнародних страхових операцій. В круговому потоці страхових операцій на світовому страховому ринку зустрічаються два головні типи страхових каналів – пряме страхування, при якому страхова послуга переміщується від страховика до страхувальника, і непряме страхування, при якому страхова послуга від страховика до страхувальника переміщується через систему страхових посередників.

Страховий ринок України виник з проголошенням незалежності країни і водночас відчув на собі всю жорсткість і безкомпромісність міжнародної страхової системи. Вхідження цього сектора національної економіки у світове господарство є актуальним і в той же час проблематичним, оскільки воно обумовлене великою кількістю об'єктивних і суб'єктивних факторів. Найбільшою проблемою стало його формування умові відірваності української страхової системи радянського періоду від світових страхових ринків [8].

Успішний розвиток інтеграційних процесів на національному страховому ринку залежить від:

- сталості фінансового середовища господарюючих суб'єктів та населення – потенційних страхувальників;
- формування фінансово стійких страхових організацій;
- активізації ролі держави і її органів в зміцненні та розвитку страхового ринку;
- формування державних пріоритетів у розвитку національного страхового ринку;
- розвитку законодавчої бази страхування;
- використання сучасних методів в управлінні страховими організаціями.

Оскільки обмеження глобалізації є нереальним, єдино правильним варіантом дій в цих умовах є вироблення нових підходів до регулювання процесів на національному страховому ринку і формування ефективних моделей управління страховими відносинами в Україні. З огляду на це, потрібно:

- визначити основні параметри й тенденції розвитку сучасного світового страхового простору та місце страхового ринку України в ньому;
- сформувати систему інструментів економічного регулювання, які б оперативно реагували на ймовірні суттєві зміни в умовах страхової діяльності;
- забезпечити поступове звуження сфери використання фіскальних механізмів регулювання страхових відносин за рахунок максимального зниження податкового навантаження на фінансові результати діяльності страховиків на основі запровадження принципів оподаткування в галузі страхування в країнах Європейського Союзу;
- адаптувати понятійний інструментарій національного страхового права до понятійного апарату міжна-

родних угод, що регулюють торгівлю страховими послугами в умовах глобалізації світового страхового ринку;

- адаптувати класифікацію видів страхової діяльності, правила формування страхових резервів та їх інвестування до вимог глобального страхового ринку;

- продовжити роботу з удосконалення системи й структури управління інститутами національного страхового ринку, вивчити причини, форми і досвід зрощення фінансового, банківського та страхового капіталу [6].

Підвищення міжнародної конкурентоспроможності вітчизняних страхових продуктів – основа введення страхового ринку України у процес глобалізації страхових відносин.

Сучасний світогосподарський розвиток характеризується розгортанням глобалізаційних процесів, які докорінно змінюють структуру міжнародних економічних відносин. Фінансовий капітал стає найбільш глобалізованим економічним ресурсом, коли темпи його руху значно перевищують динаміку світового виробництва і торгівлі. Безпрецедентна міжнародна мобільність фінансових інструментів, їх інноваційний характер за умов лібералізації, з одного боку, обумовлює глобалізацію фінансових ринків, що функціонують у все більш уніфікованому висококонкурентному середовищі. Це надає нові можливості ефективного використання фінансових ресурсів, сприяє загальному економічному прогресу. З іншого боку, посилюється вплив деструктивних чинників, пов'язаних із глобальними спекулятивними операціями, загрозливо збільшується розрив між фінансовим і реальним секторами світової економіки, регіональна фінансова нестабільність провокує економічні кризи глобального характеру.

Глобалізація ринку страхових послуг відбувається в умовах:

- загострення конкуренції між найкрупнішими транснаціональними страховиками;
- появи нових видів страхування і перестрахування;
- злиття страхового, банківського і фінансового капіталів;
- початку процесу формування всеохоплюючого і ефективного міжнародного страхового законодавства;
- адаптації національних ринків до нового режиму міжнародної торгівлі страховими послугами.

Трактування "глобальної страхової діяльності" полягає, насамперед, у домінуванні у всіх сегментах страхового ринку транснаціональних страхових корпорацій, їх груп, стратегічних альянсів, тандемів, конгломератів, мегаброкерів, пулів, що діють у міжнародно уніфікованому середовищі і внаслідок фінансової лібералізації проводять активну експансіоністську політику з використанням організаційних і страхових інновацій на новітній інформаційно-технологічній основі.

Наслідки впливу глобалізації світового ринку страхових послуг на національні страхові системи:

а) Позитивні:

- залучення іноземних інвестицій у розвиток страхової інфраструктури,
- підвищення капіталізації та ємності національної страхової галузі за рахунок коштів іноземних інвесторів,
- використання передових страхових технологій і "ноу-хау",
- розширення структури і підвищення якості страхових послуг.

б) Негативні:

- втрата національного контролю над страховими резервами та інвестиційними коштами при домінуючій іноземній участі на страховому ринку чи в його окремих сегментах,

➤ обмеження можливості держави з використання механізмів активної соціальної політики в галузі пенсійного та медичного страхування,

➤ супроводження експансії крупних іноземних страховиків, ціновим демпінгом та ін.

Підхід щодо впровадження у національну страхову систему України нових технологій, міжнародних стандартів і норм організації бухгалтерського обліку і фінансової звітності перед наглядовим органом враховує:

➤ об'єктивні тенденції інтернаціоналізації та глобалізації ринку страхових послуг і базується на принципах:

- інноваційної адекватності,
- соціально-економічної доцільності,
- послідовності;
- транспарентності у міжнародно уніфікованому регуляторному середовищі [6].

Для інтеграції страхового ринку України в глобалізаційний простір необхідно:

1. Дослідити та сформулювати новий режим міжнародної торгівлі страховими послугами з виділенням сутнісних характеристик принципово нового етапу розвитку регулятивної системи безпосередньо під егідою Світової організації торгівлі у межах Генеральної угоди з торгівлі послугами (ГАТС);

2. Створити дійовий механізм досягнення страховою системою України високого конкурентного статусу, в першу чергу, шляхом

➤ внесення змін до національних законодавчих і нормативних актів для розвитку обов'язкового і добровільного страхування,

➤ стимулювання капіталізації та інвестиційної спрямованості страхового ринку,

➤ активізації розвитку його інфраструктури,

➤ удосконалення оподаткування діяльності страховиків і перестраховиків, які працюють на ринку України [7].

На сучасному етапі для світового страхового ринку характерними є процеси глобалізації, інтеграції та консолідації. Участь кожної країни в таких процесах є результатом тривалого історичного розвитку національної економіки та світового господарства. Головними рушійними силами глобалізації ринку страхових послуг є США, Японія, Німеччина, Велика Британія. У процесі глобалізації руйнуються кордони між національними страховими ринками і відбувається: концентрація капіталу через злиття й поглинання страхових і перестраховувальних компаній, що призводить до формування транснаціональних страхових компаній. Результатом поглинання одних страхових компаній іншими є загострення конкурентної боротьби між ними і, як наслідок, зменшення їх кількості. За 20 років, починаючи з 1998 р., загальна кількість страхових компаній в Європейському Союзі зменшилась на 1283 компанії [4].

Зростання і концентрація страхового, банківського і позичкового капіталів, як наслідок – створюються транснаціональні фінансові групи.

Концентрація на ринку страхових посередників, що призводить до появи міжнародних страхових брокерів. Такі процеси почали відбуватися у 1998 р., коли американський страховий брокер "Marsh&McLennan" придбав двох англійських – "Sedjwick та Jonson&Higgins", інший американський страховий брокер "AON" в цьому ж році придбав європейських брокерів "Alexander&Alexander", "Bain Hogg", "Minet".

Відбувається зміна попиту на традиційні страхові послуги та об'єднання їх з фінансовими послугами. Також пропонуються нові страхові послуги, зокрема, страхування від політичних і військових ризиків, страхування кредитів та гарантій, страхування інформаційних ризиків.

Розширення доступу іноземних страховиків на засадах, передбачених регіональними інтеграційними угодами і вимогами. Варто зазначити, що розвинені країни допускають на свою територію філії компаній-нерезидентів з певними обмеженнями:

➤ У таких країнах, як Австрія, Канада, Японія, Швеція, Швейцарія, для функціонування філії страховик-нерезидент має внести депозит. У Данії, Італії, Іспанії, США, Японії вимоги до платоспроможності для страховиків та філій страховиків-нерезидентів ідентичні.

➤ Деякі країни (Аргентина, Австрія, Ісландія, Нідерланди) дозволяють діяльність філій, тільки якщо відповідні країни також дозволяють працювати на їхніх територіях філіям інших країн.

Поступове розмивання кордонів між різними національними моделями державного регулювання страхової діяльності. Такі процеси вимагають вироблення єдиних підходів до регулювання діяльності страхових компаній на міжнародному рівні. У 1994 р. було створено Міжнародну асоціацію страхового нагляду (IAIS), члени якої зобов'язалися регулярно обмінюватися інформацією про компанії, що працюють під їхньою юрисдикцією. Одне із головних завдань цієї асоціації полягає у створенні можливостей для обміну досвідом між наглядовими органами щодо питань регулювання страхової діяльності на території різних країн, створення прозорості у наданні інформації як про національні законодавства, так і про страхові компанії [4].

Таким чином, глобалізаційні процеси вимагають від країн, зокрема України:

➤ вдосконалювати державне регулювання страхової діяльності;

➤ поліпшувати якість обслуговування, використовуючи новітні технології;

➤ розширювати асортимент страхових послуг, що зумовлено новими видами ризиків (інформаційних ризиків, ризиків, пов'язаних з іноземними інвестиціями, з будівництвом об'єктів за кордоном тощо);

➤ збільшувати обсяги статутних фондів страхових компаній, що сприяє фінансовій стійкості, платоспроможності та конкурентоспроможності;

➤ підвищувати витрати на проведення експертизи, оцінки об'єкта страхування згідно з західними стандартами [1].

Головними *позитивними наслідками* для сектору страхових послуг від набуття Україною членства в Світовій організації торгівлі мають стати:

➤ збільшення іноземних інвестицій у страховий сектор;

➤ стимулювання нових технологій надання страхових послуг та впровадження міжнародних стандартів;

➤ конкуренція з боку іноземних страхових компаній слугуватиме основним стимулом розвитку вітчизняних постачальників послуг страхування, зокрема, це дозволить розширювати асортимент послуг, покращувати якість, знизити ціни, повніше враховувати потреби клієнтів [5].

Можливі *негативні наслідки* для сектору страхових послуг від набуття Україною членства у СОТ можуть бути:

➤ звуження внутрішнього ринку для національних постачальників послуг;

➤ поглинання більш потужними іноземними страховими установами вітчизняних страхових компаній.

Проблема залежності українського бізнесу від іноземних страховиків активно розглядається багатьма українськими аналітиками, які негативно ставляться до цього процесу. Але, беручи до уваги існуючу різницю між темпами росту українського страхового капіталу і страхових премій по добровільному страхуванню, стає очевидним, що наш страховий бізнес вже давно зале-

жить від міжнародного ринку перестрахування. Відмова іноземних перестраховиків приймати на перестрахування українські ризики призведе вітчизняний ринок до банкрутства [1].

Сучасний стан страхового ринку характеризується наявністю багатьох негативних тенденцій та суттєвих диспропорцій свого розвитку, які потребують підвищеної уваги з боку державних органів нагляду за страховою діяльністю і врахування в процесі управління розвитком кожного суб'єкта страхового підприємництва:

- фіктивність значної частки страхових операцій;
- низький рівень покриття ризиків;
- більша частина активів фінансується власними коштами, а не із залучених джерел;
- недосконалість захисту прав споживачів страхових послуг;
- низький рівень проникнення страхового ринку (страхові платежі за вирахуванням страхових платежів, переданих на перестрахування українським страховикам, по відношенню до ВВП) і вузька клієнтська база страховиків, а також зосередження страхового ринку переважно на майновому страхуванні юридичних осіб;
- нерозвиненість довгострокового страхування життя, недержавного пенсійного забезпечення та відсутність правового регулювання діяльності страховиків у сфері обов'язкового медичного страхування;
- недостатність надійних фінансових інструментів для інвестування;
- надмірна кількість страхових компаній і недостатній рівень капіталізації страховиків, а також слабкий розвиток національного перестрахового ринку;
- використання страхового ринку суб'єктами господарювання для оптимізації оподаткування та виведення капіталу за кордон;
- недостатній рівень кадрового та наукового забезпечення страхового ринку;
- низький рівень страхової культури населення;
- необхідність скасування деяких видів обов'язкового страхування внаслідок їх економічної недоцільності та невинуватності. Нині здійснюється обов'язкове державне страхування певних категорій працівників (міліції, посадових осіб спеціальних підрозділів спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань екології та природних ресурсів, працівників прокуратури, військовослужбовців та військовозобов'язаних, призваних на збори, суддів, народних депутатів та інших категорій);
- переведення оподаткування страхової діяльності податком на прибуток на загальних засадах. Відсутність податку на прибуток у страховому секторі призводить до податкового арбітражу – переведення доходів із секторів із вищим податковим тиском у сектор страхування, де він значно нижчий. Відповідно зменшується сума податкових надходжень до бюджету з реального сектора економіки, спотворюється структура страхування в Україні;
- недостатньо здійснюється реалізація норми статті 22 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" щодо співпраці та координації діяльності між органами, що здійснюють державне регулювання ринків фінансових послуг;
- необхідність урегулювання питань, пов'язаних із введенням обов'язкового рейтингування. Через обмежену кількість установ, які пройшли процедуру рейтингування в уповноваженому рейтинговому агентстві (одному в Україні) та отримали кредитний рейтинг інвестиційного рівня, утворюється монополізація ринку, що призводить до заниження ставок по банківських депозитах;

➤ необхідність надання Держфінпослуг додаткових повноважень у сфері регулювання бухгалтерського обліку та фінансової звітності підзвітних фінансових установ [7].

Можна констатувати, що за досить значних можливостей українського ринку страхових послуг потреби національної економіки і населення в якісних страхових послугах не задовільнено.

До шляхів оптимізації інтеграційних процесів України в світовий ринок страхових послуг можна віднести:

- залучення іноземних страховиків шляхом здійснення цілого комплексу заходів (перш за все спрямованих на підвищення платоспроможного попиту);
 - особливий механізм оподаткування;
 - спеціальний порядок розміщення страхових резервів;
 - внесення грошового депозиту в Центральний банк на весь період діяльності (як в Китаї);
 - дотримання відповідного співвідношення в апараті іноземного страховика іноземних і вітчизняних службовців (як в США, Італії);
 - розміщення грошових коштів статутного капіталу тільки в Україні у відповідних формах [1];
 - здійснити аналіз причин, форм, тенденцій глобалізації страхової світової системи, який допоможе оптимально сформувати напрями розвитку страхового ринку України. Великі зусилля знадобляться для адаптації національних страхових продуктів до вимог страхового ринку, підвищення їхніх параметрів до конкурентоспроможного рівня [9].
- Для України, як незалежної держави, яка сьогодні здійснює глибоку трансформацію національної економіки, важливим завданням є вирішення питання про те, яким чином міжнародна страхова система може допомогти їй вийти на шлях стабільного розвитку. У світі, де окремі держави все більше залежать у своєму економічному розвитку від стану всієї світової економіки, кожна країна відіграє певну роль у вирішенні глобальних проблем. Україна може і має зайняти належне, гідне місце у міжнародній страховій системі і світовій економіці в цілому, увійти в універсальну страхову систему, яка поєднує разом високорозвинені країни, країни, що розвиваються і країни з перехідною економікою на основі базових міжнародних правил і дисциплін.

1. Базилевич "Страхова справа (2002)". Зміст та структура страхового ринку – <http://library.if.ua/book/26/1789.html> 2. Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности: Учебное пособие. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2001. 274 с., 59с. 3. Закон України "Про страхування". 4.Розпорядження Кабінету міністрів "Про схвалення Концепції розвитку страхового ринку України до 2010 року" – http://ufin.com.ua/analit_mat/strah_rynok/099.htm 5. <http://readbookz.com/book/114/2903.html> 6. http://pidruchniki.com.ua/17540906/finans/ponyattya_strahovogo_rinku_yogo_struktura 7. Базилевич В.Д. Нова парадигма страхування в умовах глобалізації. – Збірник наукових праць. – Економіка – Вісник Київського національного університету ім. Т.Шевченка, Київ, 2006р. – с.186. 8. Примостка Л.О. Фінансові деривативи: аналітичні та облікові аспекти. – Монографія Видавництва:КНЕУ, Київ – 2001р. – с.262. 9. Гольцберг М.А. Хасанбек Л.М. "Мировой финансовый кризис и его влияние на отечественную экономику" // Журнал "Чистая прибыль" № 37 октябрь 2008г. – с.25-28. 10. Філонюк О.Ф. Залучення іноземних інвестицій на страховий ринок України. – Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Карабіна, 2007 р., №779. – с.96-100. 11. Журавин С.Г. Страховые компании в условиях глобализации. – Издательство: Анкил, Москва, – 2005г. – с.176. 12. Гаманкова О.О. Капіталізація страхового ринку України як прояв процесів глобалізації / О.О. Гаманкова // Економічний часопис – XXI, 2006. – № 5-6. – С. 32. 13.Журавка О.С. Вплив іноземного капіталу на розвиток страхового ринку України / О.С. Журавка // Наука й економіка. – 2008. – № 1. – С. 277-285. 14.Пластун В.С. Іноземний капітал на страховому ринку України / В.С. Пластун, В.С. Домбровський // Актуальні проблеми економіки. – 2007. – № 3. – С. 182-191.

УДК: 339.138:338.

В.І. Нечипоренко, канд. екон. наук

ОПЕРАЦІЙНО-ФІНАНСОВИЙ АНАЛІЗ В ДІЯЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА. УРОКИ КРИЗИ

Розглянуто вплив факторів фінансової кризи на фінансову надійність страхових компаній, витрат на ведення справи і запропонований метод операційно-вартісного аналізу.

Ключові слова: функціонально-вартісний аналіз, страхові виплати, фінансові потоки страхової компанії.

Рассмотрено влияние факторов финансового кризиса на финансовую надежность страховых компаний, расходов на ведение дела и предложенный метод операционно-стоимостного анализа.

Ключевые слова: функционально-стоимостный анализ, страховые выплаты, финансовые потоки страховой компании.

Influence of financial crisis on the insurance companies stability and costs for the case administration are contemplated, using integrated cost systems to drive profitability and performance is offered.

Keywords: unctionally-cost analysis, insurance payments, financial streams of insurance company.

Світова фінансова криза здійснила руйнівний вплив на фінансові установи та ринки України. Була підірвана їх платоспроможність та порушена ліквідність. В Україні вплив світової фінансової кризи зумовив обмеження доступу до ринків капіталу, зниження інтересу інвесторів до України. Так на страховому ринку спостерігалась несвоєчасність та неповнота виконання зобов'язань перед клієнтами з боку страхових компаній. Основними причинами цього стало ризикове розміщення страхових резервів (значна частка страхових резервів розміщена у нелістингових цінних паперах); здійснення страхових виплат більшістю страхових компаній за рахунок надходжень страхових платежів; здійснення діяльності на межі рентабельності. В наслідок цього постає проблема проведення операційно-фінансового аналізу страхових компаній під час кризи для розробки заходів щодо забезпечення їх фінансової надійності і конкурентоспроможності в подальшому.

Дослідженням операційно-фінансової діяльності страховиків серед українських вчених займаються наступні: С. С. Осадець, Н. В. Харченко, Н. В. Дерев'янка, О. Шевчук, Н. В. Шірінян, А. О. Бойко та ін.

Метою даної статті є визначення фінансових показників страховика, зміна яких може призвести до банкрутства чи до іншого виду припинення діяльності, та пошук можливих шляхів управління цими показниками.

Порівняльний аналіз фінансових показників окремих страхових компаній України за період активного впливу економічної кризи 2008-2009 р.р., а саме 9 міс. 2009-2010 р.р., виявив наступні співвідношення: по 79-ти страхових компаніях-лідерах ринку, з десяти компаній чільної групи відношення показника "Приріст чистих страхових платежів" до показника "Приріст рівня виплат" [1] становить відповідно "АХА": 7,40/34,46 (% тут і далі); "УНІКА": – 7,03/49,28; "Українська пожежно-страхова компанія": 12,35/15,43. А вибірково з групи компаній нижньої частини рейтингу – "Європейський страховий союз": 5,88/9,41; "ТЕКОМ": -6,20/10,35; "Статус": – 17,89/10,35.

Це співвідношення показує перевищення у вказаний період приросту рівня виплат над приростом чистих страхових платежів. Показник стосується значної частини компаній практично зі всього спектру груп, незалежно від їх фінансової потужності. І якщо це розглядати в розрізі окремо взятої компанії, то графічно тенденцію можна представити так (рис.1).

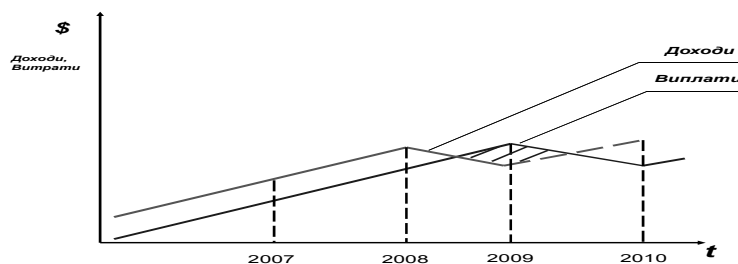


Рис.1. Співвідношення рівня доходів і рівня страхових виплат у умовах кризи

З рисунку видно, що різниця може сягати таких меж, коли у компанії в умовах падіння валових доходів при виконанні зобов'язань щодо страхових виплат по взятих раніше страхових зобов'язаннях з'являється дефіцит платіжного балансу (заштрихований чотирикутник).

При цьому, якщо компанія, для ситуативного збільшення надходжень, свідомо йде на зниження актуарно обґрунтованих тарифів, то картина змінюється (рис.2). Площа заштрихованого чотирикутника збільшується. Далі ж, враховуючи інфляційні прояви в період фінансової кризи, що проявляються, наприклад, в зростанні цін на відновлювальний ремонт по автотранспорту чи

при обов'язковому страхуванні цивільно-правової відповідальності автовласників (найбільш популярних видах страхування), – страхові резерви по прийнятій відповідальності фактично обезцінюються. При цьому дефіцит платіжного балансу ще більш зростає (рис.3). І це, при незадовільних розмірі та ліквідності наявних активів у страхової компанії, може призвести до банкрутства чи до іншого виду припинення діяльності страховика. Ці процеси (банкрутство, введення тимчасових адміністрацій державним регулятором ринку фінансових послуг, приписи) по окремих компаніях і відбувались в даний період на вітчизняному страховому ринку.

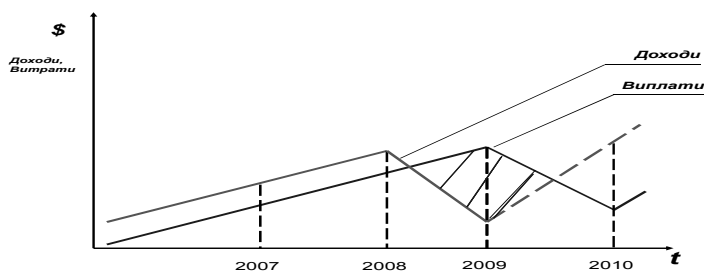


Рис.2. Співвідношення рівня доходів і рівня страхових виплат в умовах кризи при зниженні рівня страхових тарифів

Подальший, більш поглиблений аналіз по страхових продуктах КАСКО та ОСЦПВА показує, що рівень виплат по календарному періоду (9 місяців 2010 року) становить по КАСКО в середньому 54,86 % по 10-ти компаніях-лідерах і 63,10 % по компаніях 41-50 в рейтингу, а по ОСЦПВА відповідно 55,61 % та 48,31 %. По добровільному медичному страхуванню ці показники становлять відповідно 70,82 % та 58,30 %.

В цей же час неопераційні витрати, або витрати на ведення справи у вітчизняних страхових компаній за

даними різних джерел (офіційна звітність по ринку відсутня) становлять від 35 % до 60 % від отриманих доходів, перевищуючи рівень аналогічних витрат в страхових компаніях Західної та Центральної Європи, фактично в 2-3 рази [2]. Це показує, що сума рівня страхових виплат і витрат на ведення справи становить, а саме, по індикативних показниках: по КАСКО – від 94,58 % до 119,58 %; по ОСЦПВА – від 86,96 % до 111,96 %; по добровільному медичному страхуванню – від 89,56 % до 114,56 %.

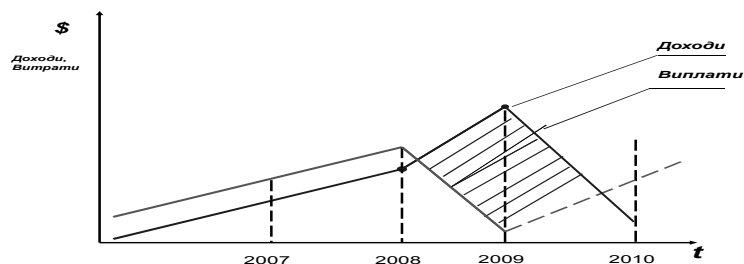


Рис.3. Співвідношення рівня доходів і рівня страхових виплат в умовах кризи при зниженні рівня страхових тарифів та інфляційних процесах

стає зрозумілим, що така діяльність є вкрай ризиковою. При цьому значна частина компаній, балансуючи на межі позитивної рентабельності в період кризових явищ (як в стрімкому їх прояві, так і в довготривалому спаді) – або знаходиться на грані банкрутства, або, фактично, проводить виплати "з нових надходжень". Стосовно останньої групи – призупинення певних видів страхування з причин впливу внутрішніх факторів, чи зовнішніх також може призвести до найгірших наслідків.

Стосовно впливу на збитковість (рівень виплат, або нетто-навантаження) за окремими видами страхування розроблена значна кількість актуарних, андерайтингових, профілактично-упереджувальних методик в страхуванні. Також добре висвітлені питання формування страхового портфелю страховика з огляду на максимально припустимий рівень взятості страховиком відповідальності по найбільш збитковим видам страхування. Проте, управління неопераційними витратами, або витратами на ведення справи в вітчизняному страхуванні досліджене недостатньо. Варто зауважити, що вітчизняний вчений-страховик М.С. Клапків в своїй роботі "Витоки національного страхового ринку України" [3] приділяє цьому питанню значну увагу, ведучи, наприклад, фінансово-економічний аналіз діяльності страхової компанії "Дністер" в кінці 19-го – на початку 20-го сторіччя. При цьому вказує на рівень адміністративно-господарських витрат страховика в межах 19-22-х відсотків протягом десяти років, в умовах активного розвитку компанії.

Пошук вирішення питання управління рівнем витрат на ведення справи уявляється доцільним провести в сфері функціонально-вартісного аналізу, суть якого

досить докладно висвітлена в роботі Р.Каплана і Р.Купера [4]. Адаптуючи вказану методику до страхування, вбачається доцільним впровадити термін "операційно-вартісний аналіз", який визначає наступні поняття. Операція – це надання страхових послуг по певному продукту страхування. Вартісний аналіз – це фінансовий аналіз конкретного виду страхування, що враховує надходження валових страхових платежів, витрати на врегулювання страхових подій, витрати на ведення справи, вхідні/вихідні фінансові потоки при перестраховуванні (аквізиційні, комісійна винагорода, належне страховикові покриття частини збитків та ін.) При цьому доцільним вбачається в страховій термінології на заміну термінам "центри продажів", "центри фінансової відповідальності" (широко вживаний, проте малоприйнятний із-за неконкретності) впровадити у вжиток термін "центри прибутку". А це можуть бути як окремі регіональні підрозділи страховика, чи підрозділи головного офісу, що задіяні в основній операційній діяльності ("ті, що приносять дохід", або проводять перестраховування чи врегулювання по конкретному виду), вертикалі по страхових продуктах (сформовані на принципах функціональної відповідальності по окремому страховому продукту чи групі), та, власне, й вся страхова компанія в цілому.

Таке подання (а в подальшому облік, контроль, управління) фінансових потоків в страховій компанії дозволяє більш докладно розглянути постаттєвий зміст витрат на ведення справи та організувати управління ними. Цю форму фінансового обліку і управління в графічному вираженні можна представити так (рис.4):

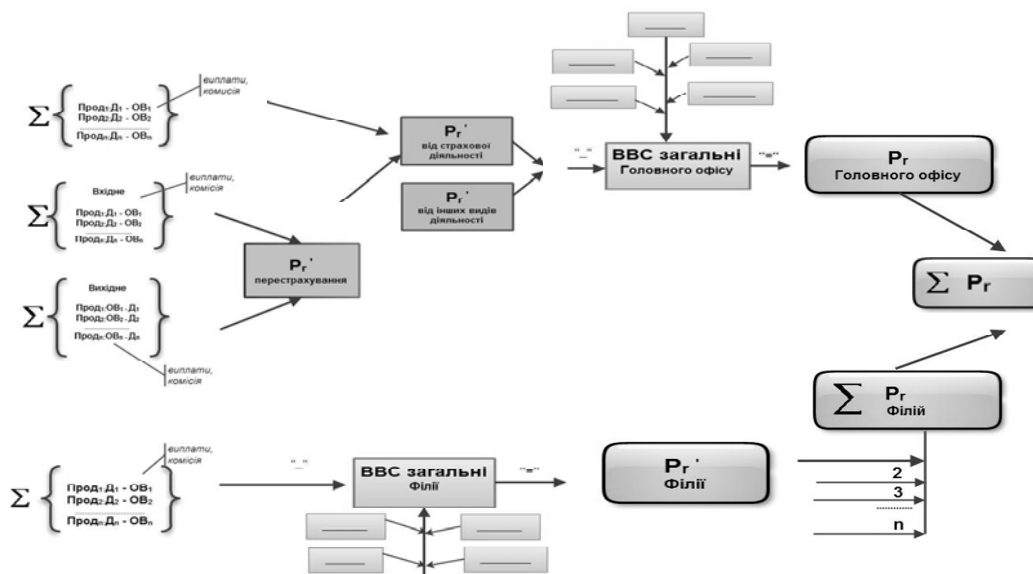


Рис.4. Схема фінансових потоків страхової компанії,

де – Прод1 Д1 – доходи по конкретному страховому продукту; ОВ1 – операційні витрати, або страхові відшкодування по конкретному страховому продукту; ВВС – витрати на ведення справи; P_r – прибуток по конкретній філії, виду перестраховування, загальний по компанії.

Таким чином, організація такої форми аналізу фінансових потоків дасть змогу: а) провести фінансово-економічний аналіз діяльності по окремих страхових продуктах, чи центрах прибутку; б) забезпечити аналітичну базу для прийняття адміністративних рішень стосовно формування страхового портфеля (забезпечення "балансу страхового портфеля"); в) визначити рівень беззбитковості діяльності по окремих страхових продуктах чи центрах прибутку; г) перевести пріоритет в управлінні витратами з функцій адміністративного управління компанією (зацікавленість в мінімізації витрат) на рівень виконавців, тобто підрозділів чи вертикалей прибутку. А це, в свою чергу, дасть змогу запровадити прогресивні форми мотивації більшої персоналу на базі кінцевого фінансового результату по продукту, регіональному чи іншому структурному підрозділу. Іншими словами, – перейти від "виконання плану всією компанією" (і директивного, нормативного управління витратами) до "виконання плану кожним окремим

підрозділом" (і свідомого, зацікавленого, мотивованого управління витратами кожним зі співробітників). Зрозуміло, що це в запропонованому варіанті більше стосується працівників операційних підрозділів, тобто тих, хто приймає безпосередню участь в процесі страхових операцій, а не працівників підрозділів забезпечення. Проте, такий підхід формує взаємовимогливі стосунки між двома групами підрозділів на базі розрахунку і управління не тільки дохідними статтями бюджету, але й витратними, роль яких в забезпеченні фінансової надійності і конкурентоспроможності викладена вище.

1. Показатели деятельности страховых компаний за 9 месяцев 2010 года. – Insurance Top, № 4 (32)2010, с.5. 2. <http://www.raexpert.ru/researches/insurance/seminar/st1/> Стенограмма серии семинаров Deloitte и "Эксперт РА" 3. Клапків М.С., Клапків Ю.М. Витоки національного страхового ринку України, Тернопіль, Вид. "Карт-бланш", 2003 р. 4. Роберт С.Каплан, Робин Купер Функционально-стоимостной анализ. Практическое пособие. Издательский дом "Вильямс", Москва-Санкт-Петербург-Киев, 2008.

Надійшла до редколегії 16.02.11

УДК 368.02

О. В. Машаро, Віце-президент СК "ПРОВІДНА"

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДА НАРАХУВАНЬ ПРИ ОБЛІКУ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

Досліджено категорію "дата виникнення доходу" страховика та питання, пов'язане з обліком страхових платежів за договорами, іншими, ніж страхування життя.

Ключові слова: страховий платіж, облік страхових платежів, дохід страховика.

Исследована категория "дата возникновения дохода" страховщика и вопрос, связанный с учетом страховых платежей по договорам, другими, чем страхование жизни.

Ключевые слова: страховой платеж, учет страховых платежей, доход страховика.

The author of article researches a category "date of origin profit" of insurer and question related to the account of insurance payments on agreements, other, than life-insurance.

Keywords: insurance payment, account of insurance payments, profit of insurer.

Фінансова криза дуже сутєво та негативно вплинула на страховий ринок України. Обсяги чистих страхових платежів з 2008 до 2010 року скоротились майже на 25% (порівнюючи результати за 9 місяців 2008 та за 2010 р.). Зараз є лише сподівання на покращення ситуації за рахунок активізації банківського кредитування. Ніякі інші фактори розвитку страхування в Україні, такі

як підвищення реальних доходів населення, залучення потенціалу страхового ринку до реформ в державі, на жаль, протягом найближчих років не будуть на нього реально впливати. Таким чином, український страховий ринок має виживати в існуючих дуже несприятливих умовах. Крім відсутності зацікавленості розвитку інституту страхування з боку держави, страховики не мають

повністю саморегульованих об'єднань, ринок характеризується недостатнім рівнем професіоналізму як серед осіб, які заключають договори страхування, так і серед тих, хто керує страховими компаніями та регулюють страховий ринок. Як наслідок, в страхуванні не існує стандартів страхових послуг та відповідних страхових тарифів, немає методології ведення обліку страхових операцій та порядку складання звітності.

Дану проблематику серед українських вчених розглядали такі автори, як В. Д. Базилевич, Т. О. Гарматій, О. В. Мурашко, Р. В. Пікус, О. Д. Заруба, В. Приходько, С. С. Осадець, В. О. Хижняк та інші.

Метою даної статті є з'ясування змісту категорії "дата виникнення доходу" страховика та питання обліку страхових платежів за договорами, іншими, ніж страхування життя.

Незважаючи на негативні фактори, рівень конкуренції на ринку дуже високий. Але професія страхового агента не стала такою, щоб до неї прагнули представники талановитої молоді або амбітні фахівці з інших галузей. Таким чином, серед страховиків йде серйозна боротьба за персонал, який безпосередньо працює з страховальниками та укладає договори страхування. Головним фактором такої боротьби є комісійна винагорода та преміальна складова, яка розраховується від обсягу продажів та мотивує працівників виконувати доведені до нього нормативи.

В умовах кризових проявів, в оплаті праці персоналу, який організовує продажі та укладає страхові угоди, більшість страховиків зменшують гарантовану частку оплати та збільшують ту частку оплати, яка залежить від результативності праці, насамперед, від суми залучених страхових платежів. Такий підхід виправданий тим, що більш успішні продавці отримують більш високу винагороду, а фінансовий результат стає більш прогнозованим. Як правило, винагороду страхуючим підрозділам сплачують щомісячно, але деякі страховики розраховуються з агентами щодавно і, навіть, щотижнево. Зрозуміло, що можливість прискорення розрахунків з страхуючим персоналом значно залежить від інформаційних систем та порядку обліку страхових операцій. Саме тому все більше компаній при централізованому веденні бухгалтерського обліку, залучають до обліку страхових операцій підрозділи, в яких безпосередньо укладаються договори страхування. Зрозуміло, що при цьому зростають вимоги до облікових систем, але це-тема окремого дослідження.

При організації оплати праці страхуючих підрозділів, зокрема, той частини такої оплати, яка виплачується від залучених страхових платежів, необхідно чітко визначити, що при цьому розуміється як страховий платіж? Це може бути підписаний платіж, оплачений платіж, платіж, який є облікованим як страховий платіж за певними договорами страхування (укладеними, такими, що почали свою дію, та ін.).

Згідно Закону України "Про страхування" [1], "страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику згідно з договором страхування". Згідно Закону "Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні" [2], одним з основних принципів бухгалтерського обліку та фінансової звітності є принцип, який визначений як "нарахування та відповідність доходів і витрат". При визначенні цього принципу вказано, що "... для визначення фінансового результату звітного періоду необхідно порівняти доходи звітного періоду з витратами, що були здійснені для отримання цих доходів. При цьому доходи і витрати відображаються в бухгалтерському обліку та фінансовій звітності в мо-

мент їх виникнення, незалежно від дати надходження або сплати грошових коштів".

В цьому ж Законі вказано, що "фінансова, податкова, статистична та інші види звітності, ... ґрунтуються на даних бухгалтерського обліку". Не пов'язуючи питання, що розглядається, з податковим регулюванням, дуже важливо всім однаково розуміти, **що таке "дата виникнення доходу" страховика**, якщо це не пов'язано з рухом грошових коштів. Це питання важливе, тому що нарахування комісійної винагороди та преміальних виплат агентам, як правило, синхронізується з отриманням доходу страховиком.

Розглянемо приклад (далі-приклад 1): договір страхування укладений 15 грудня, але починає діяти 01 січня наступного року, а страховий платіж має бути сплаченим до 15 квітня року початку дії договору страхування. Зрозуміло, що всі основні витрати з укладання цього договору понесені до моменту його укладання, тобто, до 15 грудня, але при підписанні договору страхового доходу не виникло, тому що в грудні навіть страховий захист не розпочав свою дію. Укладений договір лише зафіксував намір сторін про передачу страховику ризику, починаючи з 01 січня, але до цього часу сторони договору можуть без будь-яких фінансових наслідків скасувати страхову угоду, тому що вона не почала свою дію. Таким чином, в грудні ніяких доходів у страховика не виникає. Дохід страховика виникає в січні. Разом з тим, грошові кошти можуть не надійти навіть в квітні, тому що ще до моменту оплати страхового внеску договір може бути змінений таким чином, щоб змінився розмір страхового платежу або строк його сплати. Так коли і з якої суми в цьому прикладі та в аналогічних ситуаціях має нараховуватись комісійна винагорода та/або преміальна частина винагороди страховим агентам або іншим посередникам? Однозначної відповіді немає.

Аналогічні питання виникають також у випадках, коли страхова премія сплачується в розстрочку. Наприклад (далі-приклад 2), загальний страховий платіж в сумі 400 грн. сплачується щоквартально, чотирма рівними частинами, по 100 грн. Умовою договору страхування є припинення договору страхування на наступний день після останнього строку сплати чергового страхового платежу у випадку несплати страхового платежу в зазначеному розмірі та в зазначені строки. Перед початком дії договору страхування страхувальник сплатив 150 грн. Виникає питання про те, яку суму прийняти для визначення доходу страховика – 400 грн., 100 грн. або 150 грн.? А також з якої суми розраховувати комісійну винагороду та преміальні виплати за укладання такого договору? Звісно, можна робити по різному. Але ці питання також пов'язані з порядком розрахунку резерву незаробленої премії (РНП) і з порядком розрахунку податкових платежів. Однозначних відповідей з цього приводу також нема.

При розробці методологічних питань, пов'язаних з обліком страхових платежів за договорами, іншими, ніж страхування життя, доцільно розділити договори страхування на дві групи:

1) – договори, що діють незалежно від оплати,

2) – договори, що діють в залежності від оплати.

До першої групи договорів, безумовно, належать поліси внутрішнього та міжнародного обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, тому що саме в цих полісах зазначені дати їх початку та закінчення, в такі договори неможливо включити будь-які особливі умови їх дії, зокрема, щодо порядку дії договору в залежності від порядку оплати страхового платежу, їх практично неможливо вилучити у страхувальника у ви-

падку їх несплати, тому що умови страхування регламентуються законом. Таким чином, такий договір буде діяти протягом вказаного в полісі строку, незалежно від того, чи оплачена повна сума страхової премії, зазначеної в полісі, чи ні. Для цієї групи договорів страхування метод нарахування страхових платежів є повністю виправданим. В день початку дії таких договорів до доходу страховика від страхових платежів має бути нарахована повна сума страхового платежу, зазначена в страховому полісі (підписана страхова премія). З того ж дня, від повної суми страхового платежу (з коефіцієнтом до 0,8), мають розраховуватися обов'язкові для формування страхові резерви та податки. Але база та порядок нарахування комісійної винагороди страховим агентам в цьому випадку може відрізнятися від порядку нарахування доходу страховика. Доцільно оплачувати комісійну винагороду виключно за фактично отриманими страховими платежами. Такий порядок попередить можливі зловживання персоналу для ситуативного підвищення показників шляхом укладання фіктивних договорів, а також буде спонукати добросовісних працівників мінімізувати дебіторську заборгованість страховальників.

До другої групи договорів відноситься абсолютна більшість існуючих договорів страхування. Вони починають свою дію після внесення повної суми або першої частини страхового платежу та автоматично припиняються, якщо черговий страховий внесок не був сплачений страховальником в зазначений строк та в зазначеному розмірі. В такому випадку **облік страхових платежів має вестися з суми фактично отриманих внесків в розмірі, що відповідає умовам договору страхування**. Так, у вищевказаному прикладі 2, якщо перший внесок сплачений у розмірі 150 грн. замість 100 грн., передбаченого в договорі страхування, в день початку дії договору до страхових платежів, отриманих страховиком, мають бути зараховані 100 грн., а 50 грн. мають розглядатися як авансовий платіж та обліковуватися як кредиторська заборгованість страховика. Саме з суми в 100 грн. мають бути розраховані страхові резерви та комісійна винагорода. Якщо перший страховий платіж сплачений у розмірі 250 грн., тобто, перевищує суму, що відповідає навіть двом кварталам дії договору, до доходів страховика також має нараховуватися 100 грн., як сума, яка фактично очікується згідно договору страхування, а решта суми має розглядатися як авансовий платіж. Але в цьому випадку до обліку страхових платежів може бути прийнята сума внесків, що відповідає повним періодам дії договору (в наведеному прикладі це 200 грн. як внески за два квартали) і лише решта суми (в наведеному прикладі – 50 грн.) бути зарахованою як авансовий платіж. Однозначного стандарту з цього приводу також нема. Але якщо облік ведеться методом нарахування повної суми страхового платежу, не поділяючи договір на періоди, то до обліку страхових платежів буде зараховано 400 грн.

Зрозуміло, що різні облікові політики призводять до різних результатуючих показників, які даремно співставляє споживач. Крім цього, різний порядок обліку страхових платежів має різні наслідки й безпосередньо для страховальника, зокрема, у випадку дострокового припинення дії договору страхування за його ініціативою. Згідно Закону України "Про страхування" [1], "у разі до-

строкового припинення дії договору страхування ... за вимогою страховальника **страховик повертає йому страхові платежі** за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування...". Таким чином, навіть при відсутності страхових виплат, страховальнику повертається лише частка страхових платежів, пропорційна незавершеному строку страхування, зменшена на нормативний розмір витрат страховика. Для добросовісного страховика при цьому зрозуміло, що авансові платежі мають повертатися повністю. Але якщо договір страхування, зазначений в прикладі 2, достроково припинений за ініціативою страховальника в середині першого кварталу дії договору, а страховальник сплатив 250 грн., то сума, що повертається страховальнику, залежить від порядку обліку страхових платежів, і, при нормативі витрат на ведення справи в розмірі 20%, у добросовісного (підкреслюємо!) страховика може складати:

- 160 грн., якщо до обліку страхових платежів прийнята повна сума очікуваних за договором внесків (400 грн.);
- 170 грн., якщо до обліку страхових платежів було зараховано 200 грн. та 50 грн. як аванс;
- 190 грн., якщо до обліку страхових платежів було зараховано 100 грн. та 150 грн. як аванс.

В договорах страхування нюанси облікової політики страховика, як правило, не зазначаються. Таким чином, зараз, за відсутності єдиних стандартів обліку страхових операцій, страховальник просто не може прогнозувати фінансові наслідки розірвання договору страхування.

Отже, менеджменту компаній, в яких облік ведеться методом нарахування повної суми страхового платежу, а комісійна винагорода або преміальні виплати визначаються від повної суми підписаних страхових платежів, в системі оплати праці слід обов'язково передбачати норму про те, що страхові агенти мають повертати частку отриманих винагород у випадку дострокового припинення договорів страхування через несплату страхового платежу або його частини. Також необхідно дуже уважно стежити та аналізувати реальність договорів, за якими здійснюється таке нарахування. Зараз такі норми на страховому ринку не є розповсюдженими та популярними, а головне, часто не є реально можливими для виконання через плинність кадрів, затримку облікових операцій та ін. Саме тому, зазначена проблема належить до тих, яку легше попереджати, ніж розв'язувати.

Страховому регулятору теж треба розуміти, що страховик може використовувати метод нарахування повної суми страхового платежу для підняття рейтингових показників за певний період, додавши до звітності фіктивні угоди, які протягом наступних періодів будуть достроково припинені або скасовані. Питання обліку страхових платежів тісно пов'язане з питаннями розрахунку страхових резервів та з вимогами до активів, які враховуються при розрахунку платоспроможності страховика.

1. Закон України "Про страхування", №85/96-ВР від 07.03.1996 р., <http://zakon.rada.gov.ua> 2. Закон "Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні", №996-XIV-ВР від 16.07.1999 р., <http://zakon.rada.gov.ua>

УДК 336.71.

В.Ю. Шевченко, канд. екон. наук, доц.

МІЖСЕКТОРАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ СТРАХУВАННЯ З МІЖНАРОДНИМИ ФІНАНСОВИМИ РИНКАМИ

Досліджуються зміст та особливості міжсекторальної взаємодії страхування з міжнародними фінансовими ринками. Виявлено основні канали впливу міжнародної фінансової кризи на ринки страхових послуг. Проаналізовано новітні міжнародні страхові фінансові інструменти.

Ключові слова: міжнародні фінансові ринки, страхування, міжнародна фінансова інтеграція, глобальна фінансова криза, фінансові шоки, страхові фінансові інструменти, свопи кредитних дефолтів.

Исследуются сущность и особенности межсекторного взаимодействия страхования с международными финансовыми рынками. Обнаружены основные каналы влияния международной финансовой кризиса на рынки страховых услуг. Проанализированы новейшие международные страховые финансовые инструменты.

Ключевые слова: международные финансовые рынки, страхование, международная финансовая интеграция, глобальный финансовый кризис, финансовые шоки, страховые финансовые инструменты, свопы кредитных дефолтов.

The content and peculiarities of the intersectoral relations of insurance within international financial markets are studying. The major channels of the international financial crisis influence on the insurance markets are discovered. The newest international insurance-linked financial instruments are analyzing.

Keywords: international financial markets, insurances, international financial integration, global financial crisis, financial shocks, insurance financial instruments, swappiles of credit defaults.

Трансграничне поширення фінансової кризи та економічна рецесія 2008-2009 років відображають суттєві зміни в міжнародній фінансовій системі та економіці.

Глобальна фінансова інтеграція та міжнародний рух капіталу обумовила транскордонне та трансекторальне поширення кризових процесів від епіцентру їх зародження (криза субосновних іпотечних кредитів в США в 2007 р.) до розвинутих країн, від банківського сектору до інших сегментів фінансових ринків – валютних ринків, інвестиційних фондів, страхування, пенсійних фондів та інші. Криза супроводжувалася девальвацією національних валют в багатьох трансформаційних та зростаючих економіках, значними коливаннями цін на міжнародних ринках сировинних товарів.

Криза вплинула на стан страхового ринку та страхових компаній, їх взаємодію з іншими фінансовими інститутами. Вихід із глобальної кризи продовжує бути домінантою суперечливих процесів в міжнародній фінансовій системі та національних економіках.

Відновлення стабільності фінансових систем розвинутих та трансформаційних країн, що відбувалося переважно за рахунок державного кредитування та інвестування, спричинило суттєве зростання рівня державного боргу, скорочення обсягів кредитування економік, монетарну та валютну нестійкість.

В результаті надмірне боргове навантаження на державні фінанси багатьох країн Європи обумовило нестабільність фінансових ринків та спільної валюти євро.

Механізм поширення кризи продемонстрував високу ступінь взаємозалежності та взаємодії між основними сегментами фінансових ринків та країнами, що є результатом міжнародної фінансової інтеграції. Одним із її напрямків є міжсекторальна взаємодія різних сегментів фінансових ринків та інституцій, в тому числі посилення інтегративних зв'язків страхування з іншими сегментами фінансових ринків. Водночас в посткризових умовах мотиви, структура та результати міжнародного руху капіталу суттєво ускладнюються.

Метою статті є виявлення змісту та форм міжсекторальної взаємодії страхування в системі міжнародних фінансових ринків, механізму поширення фінансової кризи на страхування, ролі міжнародного руху капіталу та інтегративних фінансових технологій (інструментів) трансферу ризиків у взаємодії страхування та фінансових ринків у посткризовий період.

Методологія дослідження. Алгоритм дослідження спирається на використання системного та структурного аналізу взаємодії сегментів міжнародних фінансових ринків, виявлення структурної взаємодії фінансових і

страхових ринків та інститутів, реалізації такої взаємодії у процесі (механізми) поширення глобальної фінансової кризи на сектор страхування, комплексного змісту інтегративних фінансових технологій та інструментів і фінансово-страхових інновацій.

Результати дослідження. Взаємодія страхування з іншими сегментами фінансових ринків традиційно мала дві основні сторони: страхування надавало послуги зі страхування кредитних та інших фінансових ризиків, водночас страхові компанії інвестували власні активи та резерви у фінансові інструменти (облігації, акції, валютні активи та інше) для отримання додаткового прибутку.

Дослідження сучасних тенденцій страхування, фінансових ризиків та глобальної фінансової кризи здійснено у працях В.Д.Базилевича, В.М.Геєця, А.М. Гальчинського, А.Б.Камінського, Д.Г.Лук'яненка, В.І.Мищенко, С.В.Науменкової, В.М.Опаріна, Р.В. Пікус, І.О.Лютого, А.С.Філіпенка та інших. Сучасні проблеми розвитку страхування у системі фінансових посередників, інтеграційних процесів у фінансових системах досліджуються у працях зарубіжних вчених, зокрема С.Валдеса, Д. Мадурі, Ф.Мишкіна, П.Муліно, К.Пілбем, С.Фроста свідчать про ускладнення функцій страхування, диверсифікацію та збільшення масштабів фінансових операцій з трансферу ризиків. Сучасне страхування міжнародних будівельних, катастрофічних, ядерних, авіаційних, терористичних та інших ризиків вимагає акумуляції величезних за обсягом страхових фондів. Основним шляхом такої акумуляції стають операції на міжнародних фінансових ринках.

Страхові та перестраховальні компанії все більше виходять на фінансові ринки не тільки для інвестування, але й для залучення додаткового капіталу, фінансування злиттів та поглинань, управління процентними та валютними ризиками.

Використання банків як каналу надання страхових послуг та розвиток банкострахування поєднується з взаємним володінням акціями страховими компаніями, банками та іншими фінансовими інститутами. Глобальні страхові компанії диверсифікують власний бізнес та активно використовують сучасні технології управління фінансовими ризиками.

В результаті на початку 2000-х років диверсифікація та доступність технологій та інструментів трансферу ризиків на фінансові ринки призвела до пом'якшення стандартів кредитування та інвестування перш за все у розвинутих країнах. Це стало одним із факторів міжнародного кредитного буму, різко підвищило попит та ціну основних фінансових активів (нерухомість, акції, облігації та інші) по всьому світу – від США до Росії, України

та Китаю – та згенерувало глобальну фінансову кризу 2008-2009 років.

Суперечливий характер міжсекторальної взаємодії страхування та міжнародних фінансових ринків виявився в період кризи та у посткризових процесах. Це обумовлює необхідність осмислення міжсекторальної взаємодії у структурі міжнародних фінансових ринків, виявленні основних форм взаємодії страхування та фінансових ринків у сучасних посткризових умовах.

Теоретичні основи аналізу міжсекторальної взаємодії закладені у системних принципах дослідження динаміки та структури фінансових ринків та міжнародного руху капіталу. Традиційні підходи базувалися на класичних принципах визначальної ролі прибутку, концентрації дослідження на окремих формах капіталу та сегментах ринків.

В умовах сучасної глобальної фінансової інтеграції все більше уваги приділяється комплексному, міжсистемному дослідженню факторів та характеру руху капіталу та динаміки ринків. Наприклад, "трилемма" Обстфельда визначає суперечливий зв'язок між режимами валютних курсів, рухом капіталу та монетарною політикою [12, р.8-10; 13, р.6-14]. Це обумовлено тим, що експорт та імпорт капіталу також впливають на платіжний баланс країн, попит та пропозицію валюти на національних ринках, постачання грошей до економіки та монетарну стабільність. Очевидно, що значні обсяги імпорту капіталу можуть бути значним каналом зовнішнього впливу на монетарне та економічне становище країни.

Глобальна фінансова інтеграція означає посилення системної взаємозалежності та взаємодії в структурі фінансових ринків. Така взаємодія та взаємозалежність відбувається між країнами (національними фінансовими ринками) та між основними сегментами фінансових ринків.

В дослідженнях останніх років основна увага приділялася трансграничній взаємодії фінансових ринків та її основним аспектам та формам – фінансова лібералізація, основні форми міжнародного руху капіталу, прямі та портфельні іноземні інвестиції, міжнародні платіжні системи, глобальні фінансові центри та інше. Водночас сучасні фінансові технології та інструменти розширили масштаби та значення міжсекторальної взаємодії, переміщення фінансової ліквідності між сегментами фінансових ринків, застосування гібридних та структурованих фінансових інструментів, що використовуються або виконують функції різних фінансових активів чи послуг. Такі процеси мають різні форми прояву – наприклад, управління фінансовими ризиками не тільки шляхом страхування кредитів, але також їх хеджування на основі використання деривативів або трансферу ризику шляхом використання структурованих фінансових інструментів.

Таким чином, в сучасних умовах функція управління (трансферу та хеджування) фінансовими ризиками здійснюється на основі використання фінансових інструментів та технологій, а не тільки власне ризикового страхування. В зв'язку з цим змінюються також підходи до оцінки фінансових та інших ризиків, можливостей застосування фінансових інструментів для управління ризиком та одночасного отримання доходу, фінансових результатів управління ризиками.

Таким чином, на відміну від міжкраїнової (трансграничної) взаємодії, міжсекторальну взаємодію страхування в структурі міжнародних фінансових ринків необхідно розглядати як комплексні, інтегративні форми:

1) переміщення фінансових активів між різними сегментами фінансових ринків;

2) поширенні інтегрованих (гібридних, структурованих) фінансових інструментів для трансферу ризиків;

3) використання можливостей фінансових ринків для капіталізації фінансових інституцій, в тому числі страхових компаній;

4) диверсифікації глобальних комплексних фінансових груп, в тому числі шляхом включення страхових інституцій та сек'юритизації.

Міжсекторальний рух капіталу необхідно розглядати як переміщення глобальної ліквідності між сегментами фінансових ринків – валютного, кредиту, інструментів запозичень та власності, страхування –, а також між реальною економікою та фінансовими ринками на основі деривативів, структурованих фінансів.

В сучасних умовах різко розширилось застосування технологій трансформації (хеджування) фінансових та кредитних ризиків, активізувався міжсекторальний рух капіталу. В кінцевому підсумку це стимулювало створення надлишкового попиту та пропозиції грошей, інтенсивну міжкраїнову та міжсекторальну міграцію капіталу на міжнародних фінансових ринках.

Ключова роль сучасних технологій трансферу фінансових ризиків обумовила інтеграцію міжнародних ринків фінансових і страхових та перестраховувальних послуг, міжсекторальний рух капіталу між ними.

Суперечливий характер міжсекторальної взаємодії фінансових та страхових ринків виявився в період кризи та у посткризових процесах. В умовах глобальної кризи це обумовило поширення кризи з фінансових ринків на страхування. Аналіз такого впливу необхідно вести у різних аспектах:

➤ прямі втрати страхових компаній та ринків під впливом міжнародної фінансової кризи;

➤ міжсекторальне поширення (spillover) кризи банківського та фондового ринків у розвинутих країнах на міжнародні та національні страхові ринки;

➤ тенденції страхових ринків під впливом системних факторів: стагнації та ризиків кредитних ринків та інвестицій, рецесії у розвинутих країнах, зниження темпів національних і глобальної економік.

Характерною рисою сучасної фінансової кризи є генерування зовнішніх фінансових шоків в результаті падіння фондових індексів, значної втрати вартості міжнародних фінансових інструментів, дефолтів фінансових інструментів трансферу кредитних та фінансових ризиків. Серед них облігації, забезпечені іпотечними кредитами та іншими ризиковими активами, сек'юритизовані фінансові інструменти, структуровані та гібридні фінансові інструменти. Різде зниження ринкової вартості вказаних фінансових інструментів під час глобальної кризи обумовило падіння вартості активів та капіталу банків, страхових компаній та інших фінансових інституцій. В результаті цього відбулись великі списання збитків з балансів банків, фінансових та страхових компаній, втрата ліквідності та достатності капіталу глобальних комплексних фінансових інституцій.

Фінансові шоки є різновидом зовнішніх шоків, які відображають вплив зовнішніх (екзогенних) чинників – фінансових дисбалансів, падіння вартості фінансових активів, різкі зміни валютних курсів – на національній економіці та фінансові системи.

Зовнішні фінансові шоки відображають вплив зовнішніх (екзогенних) чинників, неочікуваних змін основних параметрів міжнародних фінансових ринків, які суттєво впливають на стан національних фінансових систем:

➤ падіння міжнародних фондових індексів як відображення різкого зростання системних ризиків;

➤ падіння вартості фінансових активів на міжнародних ринках, яке веде до де-капіталізації фінансових інституцій та зниження їх ліквідності;

➤ значне обмеження пропозиції та зростання вартості запозичень на міжнародних ринках;

➤ зростання вартості обслуговування зовнішніх зобов'язань;

➤ значна девальвація або ревальвація національної валюти;

➤ непрогнозоване різке скорочення притоку іноземного капіталу;

➤ значне збільшення відтоку фінансових активів з країни за кордон – дивестицій та відтік капіталу.

Фінансові шоки відіграють суттєву роль у міжнародній передачі коливань фінансових ринків, економічних та фінансових циклів, що приводить до формування бумів на національних та міжнародних фінансових ринках або навпаки – трансграничного поширення криз від міжнародних чи національних фінансових ринків певних країн до інших.

Основними наслідками фінансових шоків та міжсекторального поширення міжнародної фінансової кризи на ринки страхових послуг є наступні:

➤ зниження вартості інвестиційних активів страхових компаній розвинутих країн приблизно на 10 % у 2006 році порівняно з попереднім;

➤ списання вартості активів страхових компаній розвинутих країн – приблизно 3,5 % капіталу страхових компаній у 2008 році;

➤ де-капіталізація страхових компаній розвинутих країн внаслідок системного зниження міжнародних фондових індексів – наприклад, в середині 2008 в США вартість капіталу страхових компаній знизилась приблизно на 18 % порівняно з 2007 роком;

➤ падіння ринкової вартості акцій страхових компаній розвинутих країн в 2008 році в цілому становило 27 % порівняно з 2007 роком, в тому числі компаній страхування життя – приблизно на 40 %;

➤ найбільше падіння вартості капіталу відбулося у диверсифікованих фінансових інституцій, які поряд зі страхуванням вели активний інвестиційний та банківський бізнес – AIG, ING, Fortis, Aegon;

➤ зниження попиту на страхові послуги в силу економічної депресії;

➤ зростання витрат та скорочення прибутків страхових компаній;

➤ зниження рейтингів і зростання вартості залучення капіталу та емісії облігацій [10, р.46-87; 16, р.10-26].

Глобальна фінансова криза найбільше вплинула на спеціалізовані сегменти страхових послуг та лайфове

страхування, що є найбільш залежним від дохідності інвестиційного портфелю: страхування кредитів та кредитних ризиків, страхування фінансових ризиків облігацій, страхування іпотечних кредитів та гарантій, банкрутств, страхування ризиків міжнародної торгівлі, страхування будівництва, страхування життя, міжнародне перестраховування.

Реструктуризація фінансових ринків та інституцій для відновлення сбалансованого та стабільного розвитку фінансових систем має багатоплановий характер та враховує особливості різних типів фінансових інституцій. У сфері страхування основними напрямками реструктуризації є:

➤ рекапіталізація страхових та перестраховувальних компаній;

➤ фінансова реструктуризація – продаж непрофільних активів, страхових чи фінансових;

➤ дивестиції – продаж акцій страхових компаній у банках та інших фінансових інституціях для поповнення власної фінансової ліквідності;

➤ поділ страхових компаній, в основному шляхом продажу спеціалізованих чи регіональних підрозділів ті філій;

➤ поділ глобальних фінансових груп шляхом продажу страхових чи регіональних підрозділів та філій.

Реструктуризація спрямована на оптимальне поєднання спеціалізації та диверсифікації, скорочення малоприбуткового бізнесу, економію витрат та поновлення достатньої ліквідності.

Фінансові інновації значно розширили можливості трансферу ризиків та змінили структуру фінансових ринків на користь нових сегментів – ринків сек'юритизованих інструментів, ринку кредитних свопів, валютних та кредитних деривативів, хедж-фондів.

Фінансові інновації розширили можливості інвестиційної діяльності страхових компаній на міжнародних фінансових ринках. Величезні обсяги глобальних ризиків не могли бути покриті тільки за рахунок акумуляції страхових премій. Необхідні обсяги фінансової ліквідності ефективно можна було отримати шляхом операцій на міжнародних фінансових ринках. Тому останніми роками розширилась емісія страхових фінансових інструментів (insurance-linked securities – ILS) таких як катастрофічні бонди, будівельні бонди, терористичні бонди, структуровані фінансові продукти страхування життя та пенсійних заощаджень.

Таблиця 1. Основні типи структурованих страхових фінансових інструментів національних та міжнародних фінансових ринків*

Назва	Зміст	Використання в страхуванні	Використання на фінансових ринках	Фінансовий результат
Страхова облігація	Облігація для залучення фінансів	Поповнення резервів та капіталу	Ліквідні міжнародні	Додаткова ліквідність
Катастрофічна облігація	Облігація для фонду виплати по страховим випадкам	Поповнення резервів та капіталу	Ліквідні міжнародні	Додаткова ліквідність
Бонд лонгевіти	Облігація для покриття фін. ризиків при страхуванні життя	Поповнення резервів при ризиках недостачі премій	Обмежено ліквідні національні	Покриття фінансових ризиків
Бонд морталіти	Облігація для покриття фін. ризиків при страхуванні життя	Поповнення резервів при ризиках життя	Обмежено ліквідні національні	Покриття фінансових ризиків
Векселі забезпечені майбутніми прибутками	Вексель для підтримання ліквідності	Поповнення капіталу	Ліквідні міжнародні	Додатковий капітал

*Джерело: складено автором на основі даних міжнародних страхових компаній та інвестиційних банків.

Основне призначення страхових фінансових інструментів – це залучення додаткової ліквідності для по-

повнення капіталу та страхових резервів, а також покриття фінансових ризиків при страхуванні життя.

Суттєву роль у формуванні фінансової кризи відіграло різке зростання гібридних фінансових інструментів страхування кредитних ризиків – свопів кредитних дефолтів (credit default swap – CDS). Ці інструменти

мають риси страхових угод та деривативних контрактів, вони гарантують повернення основної частини кредиту у випадку дефолту позичальника.

Таблиця 2. Динаміка свопів кредитних дефолтів на міжнародних фінансових ринках, млрд. дол. США*

	06.2005	06.2006	06.2007	06.2008	06.2009	06.2010
Загальний обсяг свопів кредитних дефолтів	10211	20352	42580	57403	36046	30261

*Складено та розраховано автором за даними: BIS Quarterly Review. December 2007. – BIS, Basel 2007. A103; BIS Quarterly Review. December 2010. – BIS, Basel 2010. A121.

Динаміка поширення цих інструментів була надзвичайною. Обсяг наявних свопів кредитних дефолтів (credit default swaps) характеризувався такими даними (в мільярдах долларів США): червень 2005 року – 10211, червень 2006 р – 20352, червень 2008 р – 57403. Таким чином, обсяг таких інструментів за три роки зріс у 5,6 рази [3, A103].

Трансфер кредитних ризиків через вказані інструменти знизив вимоги банків до позичальників та стимулював кредитну експансію. Наповнення капіталу банків сек'юте-ризваними інструментами вилилося у втрату вартості капіталу та ліквідності. Це сприяло кредитній експансії за умов знижених вимог до ризику та штучному зростанню вартості активів, що різко впала в умовах кризи.

За два роки після кризи обсяг цих інструментів на міжнародних ринках впав удвічі, але спреди по ним вже відіграють роль одного з основних індикаторів ризикованості кредитування тієї чи іншої країни.

Трансмісія впливу посткризових умов міжнародних фінансових ринків на українську фінансову систему та економіку виходить з посилення вимог до оцінки та управління фінансовими ризиками. Скорочення зовнішнього кредитування банків та корпорацій, значне зменшення можливостей для реструктуризації нагромадженої зовнішньої кредитної заборгованості приватного сектору. Це знижує можливості підтримання стабільності банківської системи та обмежує можливості кредитування реального сектору.

Відток портфельних та короткострокових приватних інвестицій, зменшення приросту прямих іноземних інвес-

тицій не дає змогу збалансувати платіжний баланс та забезпечить довгострокову стабільність валютного курсу.

Необхідність забезпечення притоку внутрішніх та іноземних інвестицій вимагає розробки механізму страхування та трансферу великих та довгострокових фінансових ризиків. Вирішення цього завдання можливо шляхом виходу українських страхових компаній на міжнародні ринки страхових фінансових інструментів.

1. Мишкин Ф. Экономическая теория денег, банковского дела и финансовых рынков. 7-е издание. Пер. с англ. – Москва: И.Д. "Вильямс".
2. Пікус Р.В. Управління фінансовими ризиками. – Київ, "Знання", 2010.
3. Ноель М., Каптур З., Пригожина А., Рутледж С., Фурсова О. Розвиток небанківських фінансових установ в Україні. Стратегія реформування політики і план дій. – Світовий банк, Вашингтон – 2006.
4. Blanchard O. The Crisis: Basic Mechanisms, and appropriate Policy. – IMF Working Paper WP/09/80 – International Monetary Fund, Washington, 2009.
5. Borio C. The financial turmoil of 2007-?: a preliminary assessment and some policy considerations. – BIS Working Paper, No 251 – BIS, Basel 2008.
6. BIS Quarterly Review. December 2007. – BIS, Basel 2007.
7. BIS Quarterly Review. December 2010. – BIS, Basel 2010.
8. Dorrucchi E., Meyer-Girke A., Santabarbara D. Domestic Financial Development in Emerging Economies. Occasional Paper Series No 102 – European Central Bank, Frankfurt, 2009, p. 18-20.
9. Financial Integration in Europe. 2009. – European Central Bank, Frankfurt, 2009.
10. Global Financial Stability Report. October 2008. – International Monetary Fund, Washington, 2008.
11. Gjersen C. Financial Market Integration in the Euro Area. Economic Department Working Paper No.368. – OECD, Paris.
12. Obstfeld, M. The Global Capital Market: Benefactor or Menace? Journal of Economic Perspectives. – Volume 12, Number 4, pp.9-30 – Fall 1998.
13. Obstfeld, M., Shambaugh, J., Taylor, A. Financial Stability, the Trilemma and International Reserves. – NBER Working paper 14217. 2008.
14. Pilbeam K. Finance & Financial Markets. – Palgrave Macmillan, London, 2010.
15. Valdez S., Molyneux P. An Introduction to Global Financial Markets. – Palgrave Macmillan, London, 2010.
16. World Insurance in 2008. – Sigma, 3/2009.
17. World Insurance in 2009. – Sigma, 2/2010.

Надійшла до редколегії 10.02.11

УДК 368.032.

Н.В. Приказюк, канд. екон. наук, доц.

УПРАВЛІННЯ АГЕНТСЬКОЮ МЕРЕЖЕЮ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ

Досліджено теоретичні та практичні аспекти діяльності страхових агентів. Проаналізовано особливості управління агентською мережею страхових компаній та розроблено пропозиції щодо його удосконалення в Україні.

Ключові слова: страховий агент, генеральний агент, агентська мережа, канал реалізації страхових послуг.

Рассмотрено теоретические и практические аспекты деятельности страховых агентов. Проанализировано особенности управления агентской сетью страховых компаний и разработаны предложения по поводу его улучшения в Украине.

Ключевые слова: страховой агент, генеральный агент, агентская сеть, канал реализации страховых услуг.

Theoretical and practical aspects of activity of insurance agents are investigated. The features of management of insurance companies an agent network are analysed. The suggestions are developed in relation to his improvement in Ukraine are developed.

Keywords: insurance agent, general agent, agent network, channel of realization of insurance services.

Страхові компанії провідних країн світу при побудові системи продажу, при просуванні своїх послуг на ринок значну увагу приділяють агентським мережам. Практикою доведено, що агентські мережі є дієвим каналом продажу страхових послуг, особливо при роботі з фізичними особами. Залученням страхових агентів, їх навчанням та мотивацією займається значна кількість світових страховиків. Для успішного функціонування страхові компанії повинні значну увагу приділяти побудові ефективної мережі страхових агентів.

Більшість українських страхових компаній все ще характеризуються слабким розвитком агентських мереж. На сьогодні нарізла необхідність створення дієвих мереж страхових агентів та ефективного управління ними.

Ряд питань, що стосуються діяльності страхових агентів, досліджено в працях таких вітчизняних вчених як Базилевич В.Д., Пікус Р.В., Осадець С.С., Нечипоренко В.І., Гаманкова О.О. та ін. Однак, існує потреба у подальшому дослідженні теоретичних та практичних аспектів діяльності страхових агентів та розробки про-

позицій щодо підвищення її ефективності з точки зору страхових компаній.

Метою статті є дослідження особливостей управління агентської мережею страхових компаній та розробка пропозицій щодо його удосконалення в Україні.

Страховими агентами виступають фізичні або юридичні особи, що діють від імені і за дорученням страховика відповідно до наданих їм повноважень [1]. Можна сказати, що страхові агенти за дорученням страховика виконують частину його страхової діяльності. При цьому вони діють лише в межах повноважень, наданих їм страховою організацією, а права і обов'язки за договором страхування, укладеним страховим агентом, виникають безпосередньо у страховика.

Загалом, страхові агенти мають право укладати договори страхування, одержувати страхові платежі та виконувати роботи, пов'язані зі здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань, рекламувати, консультувати та пропонувати страхувальникам страхові продукти конкретного страховика. Діяльність страхових посередників спрямована на виконання двох основних функцій – просування страхових послуг від страховика до споживача і консультаційний супровід споживача. Для страхового агента основним є виконання саме першої функції, хоча при просуванні страхових послуг зі страхування життя страховий агент разом з посередницькими функціями виконує і консультаційні.

Страхові агенти діють в інтересах страховика (виступають як представник конкретного страховика) на підставі спеціального акту (наприклад, доручення, агентської угоди тощо), який визначає права та обов'язки сторін щодо порядку укладання, обслуговування та виконання договорів страхування.

Слід зазначити, що страхові агенти можуть працювати, як на одну, так і на кілька страхових компаній. При цьому у відносинах зі страхувальниками агенти представляють інтереси тих страхових компаній, представниками яких вони є.

У залежності від того інтереси скількох страховиків представляють страхові агенти останні поділяються на два види. Ті страхові агенти, що представляють тільки одного страховика (одну страхову групу), називаються корпоративними агентами (або залежними агентами), оскільки вони, як правило, дотримуються корпоративного стилю страхової компанії (фірмові бланки документів, візитні картки, канцелярія тощо). Ті страхові агенти, що працюють одночасно на декілька страхових компаній називаються ринковими (або незалежними агентами). Ринкові агенти за багатьма ознаками схожі на корпоративних.

Перший вид агентів є характерним для країн Європейського Союзу, а другий притаманний американській практиці просування страхових послуг через страхових агентів.

Страхові компанії при побудові агентської мережі можуть співпрацювати з агентами різних видів, надаючи при цьому перевагу деяким з них.

У відповідності з законодавством страховими агентами можуть бути фізичні і юридичні особи. Страхові агенти не проходять державної реєстрації, а, отже, відсутній і реєстр страхових агентів.

Фізичні особи – страхові агенти можуть входити до штату страхової компанії або займатися продажем страхових продуктів паралельно з їх основною роботою. На відміну від страхових брокерів для страхових агентів посередницька діяльність у сфері страхування не обов'язково повинна бути єдиною (виключною) діяльністю. Відповідно до законодавства України, стра-

хові агенти поряд з посередницькою діяльністю можуть здійснювати і іншу діяльність.

Страховий агент, у якого страхування є основною роботою характеризується більшою професійністю, ніж той, що займається цією діяльністю за сумісництвом. На Заході для 40% агентів робота страховим агентом є основним джерелом доходів. При цьому професія страхового агента регулярно потрапляє в п'ятірку найбільш престижних і високодоходних. В Україні на сьогодні ситуація дещо інша.

На сучасному етапі активно розширюється сфера діяльності системних страхових агентів, особливістю їх діяльності є наявність у них налагоджених постійних каналів збуту та постійної клієнтської бази. Такими агентами є торговельні та фінансові установи, товари й послуги яких можуть реалізовуватися разом із страховими продуктами. Страховий агент такого типу забезпечує страховику поповнення клієнтської бази. Клієнтові, що купує товар чи послугу, може пропонуватися ціна, що вже включає вартість страхування, а в інших випадках страховий продукт пропонується окремо [2].

Для системних страхових агентів посередницька діяльність на страховому ринку не є виключним видом діяльності. Вони займаються нею паралельно з основною діяльністю. Найбільш поширеними системними страховими агентами виступають банки, автосалони, туристичні компанії, консалтингові та юридичні фірми. Вони є найбільш поширеним видом страхових агентів – юридичних осіб.

Інший вид страхових агентів – юридичних осіб – це компанії (юридичні особи), створені саме для цілей надання страховикам страхових посередницьких послуг агентства. Для таких суб'єктів підприємницької діяльності посередницька діяльність на страховому ринку являється виключним видом діяльності. На практиці такі страхові агенти зустрічаються значно рідше ніж системні. Як показала фінансова криза, банківський канал продажів був одним з основних для більшості страховиків у Україні. Цей факт негативно вплинув на їх діяльність в умовах зменшення банківського кредитування під впливом кризових явищ. Зазначене свідчить про ризиковість орієнтації страховиків на один канал продажу і необхідність диверсифікації каналів реалізації страхових послуг.

На практиці існує дві основні форми взаємозв'язку страхових компаній зі страховими агентами: безпосередній зв'язок та зв'язок через генеральних агентів (система генеральних страхових агентів). Безпосередній зв'язок полягає у співпраці страховика зі страховими агентами за основи контракту чи агентської угоди. Це найпростіша форма взаємозв'язку страхових компаній зі страховими агентами.

Більш складною формою взаємозв'язку страхових компаній зі страховими агентами є система генеральних страхових агентів. За цією системою генеральний страховий агент, що діє безпосередньо від імені та за дорученням страховика, приймає на роботу страхових агентів, проводить їх інструктаж і визначає зону обслуговування.

Зазначені форми взаємозв'язку лежать в основі моделей побудови агентських мереж. У зарубіжній і вітчизняній практиці поширено три основні моделі побудови агентських мереж, які використовуються страховими компаніями окремо та в певних комбінаціях. До таких моделей належить проста (горизонтальна) модель, пірамідальна модель та багаторівнева модель.

Проста модель агентської мережі ґрунтується на безпосередньому взаємозв'язку страхових компаній зі страховими агентами. При простій моделі страхова компанія контролює діяльність кожного агента та організовує для агентів навчання і постійне консультування си-

лами своїх штатних співробітників. При цьому агент, як правило, укладає агентську угоду зі страховиком, працює самостійно під контролем штатних працівників компанії і за кожен укладений договір страхування отримує комісійну винагороду.

Пірамідальна модель агентської мережі ґрунтується на системі генеральних страхових агентів. При пірамідальній моделі страхова компанія укладає договори з генеральними агентами, а ті, у свою чергу, мають право формувати один-два і більше рівнів субагентів (субагентів можуть набирати собі субсубагентів і т.д.). Середня європейська страхова компанія має 4 – 6 рівнів таких субагентів. При цьому агент, який безпосередньо уклад договір страхування має найбільшу винагороду. Далі комісійна винагорода розподіляється рівномірно за принципом: чим вищий рівень, тим менша комісійна винагорода. Генеральний агент отримує винагороду за рахунок підпорядкованої йому мережі страхових агентів.

Велика кількість страхових компаній застосовують пірамідальну структуру агентської мережі. Така агентська мережа має, як ряд переваг, так і ряд недоліків. Зокрема, перевагою системи генеральних страхових агентств є їх мобільність та гнучкість, а також відсутність необхідності для страховика утримувати великий штат працівників. Разом з тим суттєвим недоліком такої системи продажу для страхової компанії є те, що така структура на чолі з генеральним агентом (чи субагентом) у будь-який момент може перейти до іншого страховика.

При багаторівневій моделі, що базується на концепції багаторівневого (мережевого) маркетингу (Multi Level Marketing, MLM), страховальник, купуючи страхову послугу, сам наділяється правом продавати страхові продукти іншим потенційним споживачам. Отже, у цій моделі агентами є безпосередньо страховальники – фізичні особи. Здебільшого така модель є поширеною при страхуванні життя.

У зарубіжній практиці вже протягом значного часу багаторівневий маркетинг є досить дієвим засобом при реалізації страхових послуг та управлінні агентською мережею. Загалом, історія розвитку концепції багаторівневого маркетингу бере свій початок з Каліфорнійської Вітамінної Корпорації (California Vitamin Corporation), що була заснована у 1934 р. Її засновник Карл Рейнборг запропонував ідею, за якою кожен, хто переконувався на своєму досвіді у результативності харчових добавок, що виготовлялися корпорацією, передавав цей досвід своїм друзям, таким чином просуваючи дану продукцію на ринок. В Україні багаторівневий маркетинг почав з'являтися у 90-х роках.

Значна частина спеціалістів у сфері страхування вважають багаторівневий маркетинг досить перспективним напрямом розвитку страхових продажів. За результатами проведених у Росії досліджень з'ясувалося, що MLM-система дуже вдало потрапляє в так званий споживчий простір середньостатистичного російського страховальника. Так, Агентство масових страхових комунікацій "АМСЬКОМ" і Всеросійський центр вивчення громадської думки "ВЦИОМ", проаналізувавши чинники прийняття рішення про страхування і вибору страхової компанії росіянами, дійшли висновку, що при прийнятті рішення про страхування страховальники, в першу чергу, піддаються впливу агента (25,9%), а потім прикладу або поради знайомого (в сукупності також 25,9%).

Аналогічна картина спостерігається і при виборі страхової компанії. У більшості випадків на вибір клієнта впливає візит страхового агента (26,8%), дещо менше, але вагоме значення займає фактор "рекомендації знайомих, у тому числі працюючих в компанії" (20,4%) [3].

На підставі цих даних були сформовані три споживчі моделі поведінки страховальників: рекомендаційна, агентська і результативна. До рекомендаційної моделі

відносяться 41% страховальників з добровільних видів страхування, вони здійснюють свій вибір на підставі рекомендації знайомих. В агентській моделі нараховується 34% страховальників і рушійним фактором виступає агент. І приблизно 25% страховальників відносяться до результативної моделі і роблять вибір на підставі власного досвіду та інформації про страховика [3].

Враховуючи зазначене, можна стверджувати, що успіх багаторівневої агентської моделі, яка базується на концепції багаторівневого маркетингу, в страхуванні полягає в тому, що вона успішно поєднує якості рекомендаційної та агентської моделей поведінки. За таких умов консультант сам споживає страхову послугу і рекомендує її іншому споживачу, але водночас він виступає в якості агента, оскільки зацікавлений в отриманні комісійних.

Практикою доведено, що найбільш успішними у сфері страхування є співробітники, які користуються послугами чи продуктами страхової компанії, в якій працюють. В деяких страхових компаніях, що працюють на ринку України, вимагають від своїх співробітників мати один або декілька страхових продуктів.

В Україні існує проблема, яка полягає у тому, що багато страхових агентів приходять в страхування "за залишковим принципом". Це означає, що вони вибирають роботу страхового консультанта лише тоді, коли всі інші можливості вже вичерпані. Тому страховим компаніям варто відбирати осіб, які прагнуть працювати у сфері страхування, яких цікавить даний напрямок роботи, а не тих, хто змушений працювати страховим агентом через скрутне матеріальне становище чи інші причини.

В американській практиці розроблені критерії, за якими здійснюється відбір страхових агентів. До них належать наступні параметри [2]:

- комунікабельність – уміння спілкуватися з людьми різної професії, віку, соціального стану;
- швидкість реакції – вміння швидко, з урахуванням конкретної ситуації, відповісти на будь-яке запитання;
- фінансове становище – відсутність претензій з боку податкових органів щодо правильності декларування доходів і їх джерел;
- загальний рівень культури;
- зовнішня привабливість і відсутність шкідливих звичок.

Отже, страхові компанії при підборі персоналу мають перш за все орієнтуватися на претендентів з переліченими особистими та професійними якостями. Окрім перелічених якостей дуже важливим фактором успіху агента є цілеспрямованість, енергійність, вміння переконувати.

Аналізуючи інформацію, розміщену на офіційних сайтах українських страховиків, можна дійти висновку, що основними вимогами до страхових агентів на сьогодні є наполегливість, комунікабельність, швидке сприйняття нової інформації та орієнтованість на результат.

Як бачимо, відсутні жодні вимоги до професійної освіти кандидата у страхові агенти. Досить важливо, щоб страхові компанії усвідомлювали те, що страховий агент повинен бути фахівцем з професійною освітою. Всебічне формування фахівця як страхового посередника має починатись з ґрунтового навчання та тренування особи у страховому посередництві. Доречним було б створення спеціальних профільних кафедр при класичних університетах, які б займалися підготовкою спеціалістів із страхової справи.

Навчання є одним з ключових факторів у формулі успішного страхового агента. Отже, страховики повинні приділяти значну увагу професійному навчанню своїх агентів. Окрім страхових компаній України серед пріоритетних напрямків стратегії вже виокремлюють формування власної мережі страхових агентів та їх навчання за спеціальними програмами.

Так, страхова компанія "ТАС" запровадила, так звану, школу страхових агентів. Програма школи страхових агентів включає базовий курс, який складається з трьох рівнів:

- вступу до страхування,
- продукт-менеджменту,
- технології продажів страхових продуктів [4].

В цілому управління агентською мережею страхової компанії "ТАС" є досить ефективним. Проект з розвитку власної агентської мережі компанія розпочала у липні 2007 року за участю компанії LIMRA (Life Insurance Marketing and Research Association) – найбільш авторитетної всесвітньої консалтингової організації у сфері страхування життя, що надає дослідницькі, навчальні, проектні та інформаційні послуги. На фінальній стадії реалізації проекту агентська мережа страхової компанії "ТАС" повинна налічувати понад 40 агенцій в різних регіонах України і більше 2 500 фінансових консультантів.

Заслуговує на увагу програма розвитку страхових агентів, розроблена страховою компанією "Провідна". Дана програма включає 3 складові: програму рекрутингу, адаптацію страхових агентів і систему управління активністю агентських продажів, що була розроблена на основі російського досвіду. Основною метою програми є підвищення професіоналізму агентів, прискорення темпів росту набору страхових агентів, удосконалення процедур адаптації нових агентів у мережі і розширення мережі. Одним із пріоритетних завдань, що ставить перед собою компанія, є забезпечення приросту кваліфікованих кадрів за допомогою побудови чіткого, керованого, технологічного і безперервного процесу рекрутингу агентів. Цей процес включає планування, організацію пошуку та залучення кандидатів, прийом їх на роботу та навчання [5].

Дещо подібною є програма розвитку агентської мережі страхової компанії "Альфа Страхування". При цьому стратегія розвитку агентської мережі компанії, в першу чергу, пов'язана з підвищенням професійного рівня самих агентів, збільшенням продуктивності роботи агентів за рахунок зростання перехресних продажів страхових продуктів та розширення продуктового ряду для клієнтів. Особлива увага в компанії приділяється оптимізації процесів навчання, організації роботи контролю за виконанням планових показників [6]. Позитивним моментом в діяльності компанії є здійснення планування та контролю у сфері персоналу.

При плануванні своєї роботи страховим компаніям корисно також використовувати відомий принцип DOME [7]:

1. *Diagnosis* – діагностика й аналіз поточної ситуації у компанії з питань набору, навчання, мотивації агентів, організації агентських продажів і розвитку агентської мережі.

2. *Objectives* – визначення мети і завдань, що сприяють досягненню поставленої мети.

3. *Methods* – визначення способів досягнення мети і завдань, тобто конкретних кроків (заходів), які необхідно зробити для досягнення мети.

4. *Evaluation* – оцінка результатів роботи компанії і ефективності спланованих і проведених нею заходів.

Активне зростання агентської мережі демонструє Група АХА. Власна агентська мережа Групи АХА до кінця 2010 року зросла вдвічі. На сьогоднішній день агентська мережа нараховує близько 1 тис. агентів по Україні, на яких припадає до 10% у загальному обсязі зібраних премій. До кінця цього року група має намір наростити агентський потенціал до 2 тис. осіб, а до кінця наступного року – до 3 тис. агентів. Для цього Групою АХА значні кошти плануються направити на розвиток власної мережі та збільшення ефективності збутової політики, а також на навчання й підвищення кваліфікації агентів [8].

Особливу увагу страховикам слід приділяти питанням мотивації діяльності страхових агентів. Цікавим у цьому плані є досвід страхової компанії "УСГ-Життя", яка пропонує програму стимулювання агентів через надання їм житла на пільгових засадах.

Отже, українські страхові компанії проводять політику залучення страхових агентів, їх навчання, територіальне розширення агентської мережі. Проте, на нашу думку, варто було б більше уваги приділити відбору та мотивації страхових агентів. Адже агент не зможе продуктивно працювати, якщо не зацікавлений в даній сфері, не достатньо вмотивований. Агент повинен мати достатню кваліфікацію, бути компетентним, цікавим співрозмовником, щоб зацікавити потенційного клієнта. Тобто, при підборі агентів необхідно обов'язково враховувати особисті якості людини. Для агента важливо вміти правильно подати інформацію, а завдання управління – підібрати агента, в якому закладений потенціал і допомоги цьому агенту професійно зростати.

1. Закон України "Про страхування" № 85/96 від 7.03.1996 року зі змінами і доповненнями // rada.gov.ua. 2. Яворська Т.В. Страхові послуги: Навч. посіб. – К.: Знання, 2008. – 350 с. 3. Брызгалов Д.В. Секрет вечности MLM-технологии в страховании // Организация продаж страховых продуктов / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.insmarketing.ru/public/public_4.php 4. Офіційний сайт Ліги страхових організацій України / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: uainsur.com/our-news/6972/ 5. Офіційний сайт СК "Провідна" / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.providna.ua 6. Офіційний сайт СК "Альфа Страхування" / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.direct.alfaic.ua 7. Офіційний інформаційно-аналітичний портал Українського агентства фінансового розвитку / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ufin.com.ua/ 8. Офіційний сайт Групи АХА. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: axa-ukraine.com

Надійшла до редколегії 08.02.11

УДК 369.03

І.Є. Януль, канд.екоп.наук, доц.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

В статті розглядається медичне страхування та його види, аналізується досвід впровадження медичного страхування в розвинених країнах світу. Визначаються проблеми та перспективи впровадження в Україні обов'язкового та добровільного медичного страхування.

Ключові слова: медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування

В статье рассматривается медицинское страхование и его виды, анализируется опыт внедрения медицинского страхования в развитых странах мира. Определяются проблемы и перспективы внедрения в Украине обязательного и добровольного медицинского страхования.

Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование

Current state medical insurance and its types and experience of implementation of medical insurance at developed states of world. Perspectives of obligatory medical insurance introduction in Ukraine are observed.

Keywords: medical insurance, obligatory insurance, insurance medicine of voluntary.

Першочерговим завданням держави є розвиток соціальної сфери, включаючи охорону здоров'я. Видатки на

охорону здоров'я мають продуктивний характер – позитивно впливають економічний розвиток держави, крім

того за допомогою фінансування цих видатків виконується найважливіша функція держави – соціальний захист та соціальне забезпечення у сфері охорони здоров'я. Важливою проблемою в Україні залишається досягнення ефективності фінансування системи охорони здоров'я.

Впровадження ефективних механізмів фінансування медичної галузі – це важлива складова процесу реорганізації системи охорони здоров'я в Україні. Відомо, що медичне страхування – один із дієвих механізмів фінансування видатків на охорону здоров'я та забезпечення досить високого рівня надання медичних послуг у розвинених країнах світу [5, 6, 7].

Основні положення щодо дослідження медичного страхування були висвітлені в багатьох роботах як українських, так і зарубіжних авторів. Значні теоретичні та практичні дослідження у цій сфері здійснили В. Базидевич, Н. Внукова, В. Рудень, О. Губар, Н. Машина, Т. Стецюк та інші.

Потребують подальшого розвитку питання щодо запровадження обов'язкового медичного страхування та розвитку добровільного медичного страхування, як важливих джерел фінансування системи охорони здоров'я в Україні.

Метою статті є вивчення проблем медичного страхування в Україні та визначення перспектив його удосконалення.

Відомо, що в економіці охорони здоров'я страхування відіграє основну роль у переважній частині розвинених країн світу. Медичне страхування поряд з пенсійним є важливою складовою соціальної інфраструктури.

Значення медичного страхування полягає у відокремленні фінансування галузі охорони здоров'я від бюджетного процесу, що особливо актуально в умовах дефіциту бюджетних коштів.

Соціальне медичне страхування базується на суспільних принципах фінансування, згідно з якими кошти системи страхування формуються за рахунок обов'язкових внесків, які залежать від рівня доходів і не входять до складу бюджету. Страхові платежі мають цільовий характер, що забезпечує гарантоване спрямування зібраних коштів на фінансування охорони здоров'я [2, с.26].

Приватне страхування – це приватний контракт в обмін на набір послуг через оплату спеціальної премії. Воно реалізується через страхові компанії та вільний вибір споживачів купувати страховий пакет, який найбільше відповідає їх перевагам. Проте, на приватному ринку страхові внески не залежать від доходу, і таким чином, приватне страхування є недоступним мало-забезпеченому населенню.

Альтернативою може бути придбання на ринку приватного страхування страхового полісу на груповій основі. Групове страхування забезпечує медичному страхуванню моменти, характерні розподілу ризиків – платить кожний учасник групи, і лише деякі з них отримують послуги.

В Україні понад 80% клієнтів страхових компаній, що користуються медичною страховкою – представники іноземних компаній, СП. Більшість програм розраховані на корпоративних клієнтів.

Майже всі системи охорони здоров'я використовують плату споживачів – прямі платежі пацієнтів надавачам медичних послуг. Якщо громадяни не мають ніякого страхового захисту на випадок хвороби, то у такий спосіб сплачується необхідне медичне забезпечення. В цьому разі втрачається функція страхування з розподілу ризиків і більшість населення за винятком його частини з найвищими доходами, несе значний ризик фінансової неспроможності у разі виникнення проблем із здоров'ям.

Як відмічалось вище, попит на послуги по добровільному медичному страхуванню зростає за рахунок приватного страхування корпоративних клієнтів. Зокрема, валові виплати по медичному страхуванню в Україні зросли, починаючи із 2004 року від 172,7 млн. грн. до 590,8 млн. грн. у 2009 році [7]. Крім того, 2010 році найбільша питома вага страхових виплат була здійснена по безперервному медичному страхуванню і склала 73,88%, тоді як виплати по страхуванню здоров'я на випадок хвороби склали 19,76%, а страхування медичних витрат відповідно 6,36%. Аналіз цієї структури ще раз свідчить, що поліси по безперервному медичному страхуванню є доступними переважно для корпоративних клієнтів. Лише невелика частка населення здатна сьогодні самостійно придбати поліс даного виду страхування. Взагалі, виплати по добровільному медичному страхуванню у структурі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні складають 1,49%.

Найбільш актуальною для України залишається проблема впровадження обов'язкового медичного страхування.

Як відмічалось вище, вартість багатьох видів медичної допомоги ускладнює доступ до неї більшості населення, тому виключно приватна система добровільного страхування залишається недоступною для переважної більшості українців.

Обов'язкове державне медичне страхування є соціальним, оскільки здійснюється в інтересах усього суспільства, а його страхові фонди формуються за рахунок коштів суспільства, на відміну від добровільного страхування, фонди якого формуються групою страхувальників конкретної страхової компанії. Обов'язкове страхування передбачає зобов'язання держави надавати право на гарантований обсяг медичних послуг незалежно від обсягів страхових внесків. Ця галузь медичного страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю; крім того може охоплювати практично все населення і задовольняти основні, першочергові потреби у наданні медичних послуг.

Відмінностями обов'язкового медичного страхування від добровільного є:

- широке коло застрахованих осіб (загальне страхування);
- законодавче регулювання (регулюється законом про медичне страхування);
- джерелами фінансування є встановлені державою відрахування підприємств і організацій, а також працюючих по найму;
- тарифи встановлюються державою;
- страховиками є спеціалізовані державні страхові організації або страхові компанії, які працюють під контролем держави;
- страхувальники – роботодавці, держава;
- правила страхування встановлюються державою;
- доходи від страхування можуть бути використані відповідно до державного законодавства і тільки в галузі медичного страхування [5, с. 194].

Необхідно відмітити, що переважна кількість країн, економічна система яких може бути визначена як соціально орієнтована, використовують обов'язкове медичне страхування для вирішення проблем охорони здоров'я. Сімка провідних країн за основними показниками здоров'я виглядає наступним чином: Японія; Німеччина; США; Великобританія; Франція; Канада; Нідерланди.

Відомо, що принцип обов'язкового медичного страхування діє у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах, що свідчить про досить високий ефект цього механізму фінансування охорони здоров'я.

Обов'язкове медичне страхування досить діє у Росії (1993 рік), Болгарії (1998 рік), Польщі (1999 рік), Угорщині (1990 рік).

Однією з найефективніших систем щодо медичного страхування у світі є система Німеччини. У Німеччині діє 1152 спеціалізованих фондів (ФСБ) страхування через хворобу. Діяльність цих фондів регулюється державою; понад 90% населення охоплено цими фондами. Вибір фондів, що мають різну спеціалізацію для кожного громадянина є добровільним.

Усі ФСБ на 97% фінансуються за рахунок внесків застрахованих і роботодавців, причому внесок тієї й іншої сторін рівний, у сумі він складає 12,9% від фонду заробітної плати. Страхування через ФСБ є обов'язковим для усіх осіб, які працюють по найму з місячним доходом до 4750 марок. Страховий внесок залежить від доходу. Особи з більш високими доходами мають право вийти із системи обов'язкового страхування і купити поліс у приватного страховика. У приватному страхуванні тариф диференціюється за віком і кількістю утриманців, але не за рівнем доходу. Обов'язкове страхування через хворобу поширюється також на безробітних, пенсіонерів, інвалідів і незможних. Їх страхують відповідні фонди соціального страхування. Спеціалізовані фонди страхування забезпечують страхове відшкодування за усіма видами медичної допомоги, пацієнт вільний у виборі лікаря і лікарні.

ФСБ покривають не більше половини всіх витрат на охорону здоров'я, решту – приватні страхові фонди соціального страхування і ресурси державного бюджету (вони забезпечують лікарням фінансування капітальних вкладень).

У Німеччині здійснюється контроль за зростанням витрат на охорону здоров'я завдяки унікальній організації – постійно діючій національній конференції під назвою "Погоджена дія". Підставою для її роботи є стаття Закону "Про соціальне страхування", відповідно до якої витрати на медичну допомогу не повинні зростати швидше, ніж заробітна плата у країні. Результатом роботи конференції є сесії, де сторони домовляються про тарифи і заходи, необхідні для обмеження зростання витрат та випуск тарифікатора медичних послуг, за допомогою якого не допускається неконтрольоване зростання витрат на медичне обслуговування [5, с.390-391].

Більшість країн східної Європи застосовують механізми медичного страхування, що поєднують обов'язкове медичне страхування працюючих громадян, оплату страхових внесків роботодавцем і працівниками, добровільне медичне страхування.

Отже, для України досить актуальним залишається впровадження обов'язкового медичного страхування та удосконалення функціонування добровільного медичного страхування, забезпечення ефективного їх поєднання.

Проте, існує ряд проблем, що зумовлюють гальмування розвитку медичного страхування в Україні. Першочергова – відпрацювання та впровадження нормативно-правової бази, необхідної для функціонування системи обов'язкового та добровільного медичного страхування, зокрема:

- удосконалення договірної бази обов'язкового медичного страхування та надання медичної допомоги;
- розробка стандартів якості медичної допомоги;
- здійснення ефективного контролю обсягів та якості надання медичних послуг.

Наступною проблемою є визначення ціни на медичні послуги, забезпечення ефективної тарифної політики. Крім того система обов'язкового страхування має забезпечити персоніфікований облік вартості медичної допомоги, яка надана застрахованим особам. Відповідна система повинна використовуватися із застосуванням сучасного програмного забезпечення.

Важливими питаннями є також:

- достатність фінансового потенціалу вітчизняних страховиків;
- відсутність стимулів податкового характеру;
- висока вартість страхових полісів;
- низька страхова культура населення;
- відсутність достатньої мережі комерційних лікувальних установ.

Важливою умовою успішного застосування добровільного медичного страхування є також низький рівень доходів громадян та відповідно недостатня платоспроможність страхувальників.

Актуальним залишається питання запровадження нових податків чи зборів на обов'язкове соціальне страхування в умовах здійснення політики зменшення податкового тиску.

Успішне вирішення визначених проблем потребує досить тривалого періоду, проте залишається один із основних завдань державної політики у соціальній сфері та передбачає вирішення наступних завдань:

- удосконалення законодавства у сфері медичного страхування, зокрема рекомендація здійснення медичного страхування як у обов'язковій, так і у добровільній формі на єдиних організаційно правових засадах;
- запровадження поетапного впровадження обов'язкового медичного страхування із врахуванням підвищення якості медичної допомоги, створення інституту прав пацієнта, удосконалення ціноутворення на медичні послуги, визначення критеріїв вибору способів оплати медичної допомоги;
- підвищення життєвого рівня населення та довіри громадян до системи добровільного медичного страхування;
- поліпшення механізму фінансування процесів медичного страхування та забезпечення ефективного контролю за використанням коштів медичного страхування та бюджетного фінансування.

Таким чином, не викликає заперечень необхідність нагального реформування системи фінансового забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні. Основним елементом фінансування є медичний страховий сектор. Розвиток цього сегменту потребує вирішення питань обов'язкового медичного страхування, забезпечення оптимального співвідношення між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням з урахуванням особливостей фінансово-економічного становища країни та урахування світового досвіду.

1. Базидевич В. Д., Базидевич К. С. Страхова справа. 2-е вид. перероб. і доп. К., Т-во "Знання" 2009 р. 2. Годяченко А. В. Економіка української системи охорони здоров'я. // Медицина, №3, 2007 р. с. 25-29.
3. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу. // Фінанси України, №7, 2003 р., с. 130-132.
4. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. / За ред. В. Г. Черненка та В. М. Рудого. К. Академ-прес, 2005 р. 5. Машина Н. І. Міжнародне страхування. К. "Центр навчальної літератури", 2006 р. 502 с.
6. Мнік В. М. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні. // Держава і економіка. №11, 2006 р. с. 39-41.
7. Надюк З. О. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України. // Державне управління. №7, 2008 р. с. 100-103.

Надійшла до редколегії 16.02.11

УДК 368.024(447)

І.С. Каракулова, канд. екон. наук, асист.

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ ФОНДІВ ГАРАНТУВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

В статті досліджується досвід окремих європейських країн, в сфері гарантування виплат за різними видами страхування. Розглядаються питання необхідності застосування відповідних заходів у сфері захисту прав споживачів страхових послуг в Україні.

Ключові слова: Фонд гарантування страхових виплат, страхування, гарантійні системи, види страхування.

В статье анализируется опыт отдельных европейских стран, в сфере гарантирования выплат по разным видам страхования. Рассматриваются вопросы необходимости применения соответствующих мер в сфере защиты прав потребителей страховых услуг в Украине.

Ключевые слова: Фонд гарантирования страховых выплат, страхование, гарантийные системы, виды страхования.

Experience of the separate European countries is investigated in the article, in the sphere of guaranteeing of payments after the different types of insurance. The questions of necessity of application of corresponding measures are examined in the field of defence of rights for the consumers of insurance services in Ukraine.

Keywords: Fund of guaranteeing of insurance payments, insurance, warranty systems, types of insurance.

Розвиток фінансової системи будь-якої країни тісно пов'язаний із необхідністю забезпечення прозорості та ефективності функціонування всіх її суб'єктів. Вплив зовнішніх факторів, таких як фінансова криза, виявив низку проблем у функціонуванні фінансових посередників, зокрема і страхових компаній. Серед них можна виділити:

- недостатній рівень диверсифікації та якості активів страхових компаній;
- низький рівень захисту інтересів споживачів страхових послуг;
- наявність дисбалансів між очікуваною доходністю і спроможністю компенсувати прийняті ризики;
- недостатній рівень прозорості функціонування окремих страхових компаній, що пов'язано із зловживаннями у сфері оптимізації оподаткування;
- низький рівень капіталізації більшості учасників страхового ринку [1].

Серед зазначених проблем, особливого значення набуває необхідність зменшення наслідків банкрутства страхових компаній, для споживачів даних видів послуг. Така необхідність пов'язана з тим, що протягом тривалого періоду саме недовіра споживачів страхових послуг, гальмувала розвиток даного сегмента фінансового ринку. І лише з поступовим зміцненням довіри до інституту страхування, почався його розвиток. Тому, в умовах банкрутства окремих страховиків, необхідною умовою є збереження довіри до страхового ринку в цілому.

Міжнародний досвід засвідчує, що одним із варіантів зміцнення довіри до інституту страхування, може бути створення системи гарантування вкладів, розміщених у страхових компаніях в Україні. Так при значному зростанні обсягів активів страхових компаній, такий фонд дасть можливість посилити регулювання і забезпечить додаткові гарантії вкладників. Крім того, такий фонд створить підґрунтя для стабільності, а з часом і подальшого зростання страхового ринку. Тому, дослідження зарубіжного досвіду створення і функціонування фондів гарантування страхо-

вих виплат є досить актуальним для України, особливо в умовах фінансової нестабільності.

Проблематика забезпечення стабільності страхового ринку висвітлюється у роботах багатьох вітчизняних науковців, зокрема: В. Базилевича, О. Вовчак, Н. Внукової, Ю. Гавриленка, В. Гончаренка, А. Переседи, Р. Пікус, М. Савлука, В.Ходаківської та інших. Проте, сучасні реалії посилення кризових явищ, на страховому ринку, вимагають пошуку нових підходів до посилення стабільності даного сектору ринку фінансових послуг.

Метою даної статті є дослідження сучасного досвіду європейських країн, у сфері формування системи гарантування виплат страхових компаній різних видів.

Основним пріоритетом розвитку України і надалі залишається вступ до Європейського співтовариства, тому аналіз досвіду саме європейських країн може бути орієнтиром для формування аналогічного виду гарантії в нашій державі.

Розглянемо більш детально особливості здійснення відрахувань та особливості здійснення покриття страхових збитків у різних європейських країнах. Наведені у табл. 1 дані по різних європейських країнах, свідчать про високий ступінь надійності забезпечення інтересів вкладників страхових компаній різних видів, що є однією з основних передумов створення високорозвинутого страхового ринку у даних країнах.

На сьогодні у більшості європейських країн існують фонди гарантування страхових виплат. Так у Великобританії фонд покриває страхування життя та загальне страхування інвестицій та депозитів, за виключенням перестрахування кредитів, морського, авіаційного транспорту і полісів Ллойдс. Фонд покриває незароблені премії, а відповідальним органом є Система Компенсації Фінансових Послуг (Financial Services Compensation Scheme (FSCS)), правовий статус якої визначений як – приватна компанія, з обмеженою відповідальністю.

Таблиця 1. Типи гарантійних схем на прикладі окремих Європейських країн*

	Наявність фондів захисту власників полісів страхування життя та інших видів страхування	Наявність фондів захисту власників полісів страхування життя	Наявність фондів захисту власників полісів інших видів страхування	Спеціальні схеми гарантування
Бельгія				+
Данія			+	
Фінляндія				+
Франція		+	+	
Німеччина		+		+
Ірландія			+	
Італія				+
Латвія	+			
Мальта	+			
Польща		+		+
Румунія	+			
Іспанія	+			+
Великобританія	+			

* Складено на даними [2, с.15]

Функції FSCS обмежені захистом приватних споживачів і малого бізнесу. Дана система може втручатись в процеси ліквідації у випадках фінансової неспроможності страхової компанії або навіть у випадках дефолту. Тобто, механізм захисту власників страхових полісів починає діяти якщо страхова компанія не може самостійно відповідати за своїми зобов'язаннями.

FSCS може визначити дефолт страхової компанії за умови якщо: страхова компанія добровільно йде на ліквідацію; органом, що здійснює регулювання визначено, що дана страхова компанія не може відповідати за свої зобов'язання; призначений ліквідатор, адміністратор або тимчасовий адміністратор чи тимчасовий керівник; є розпорядження суду про ліквідацію компанії або адміністрацію компанії. За таких умов системою застосовуються різноманітні підходи до захисту власників полісів, зокрема можуть бути вжиті заходи щодо переведення полісів в інші компанії або, якщо це можливо, може відбуватись компенсаційна виплата.

Щодо виплат по зобов'язанням (які страхуються в обов'язковому порядку) то FSCS компенсує 100% вимог, без встановлення максимального ліміту. У інших випадках рівень покриття 90% без встановлення максимального ліміту [3].

Для фінансування FSCS стягуються дві форми внесків: внески на витрати управління і внески на компенсаційні витрати. У Великобританії, як тільки страхова компанія оголошена банкрутом, адміністратор або ліквідатор зазвичай повідомляє про існування системи захисту власників полісів страхування. Також обов'язком FSCS є забезпечення того, щоб захищені власники полісів були проінформовані про те, як виставляти вимоги страховій компанії, яка підпадає під процедуру ліквідації.

У Франції існує система гарантування фінансової неспроможності за ризиками пов'язаними із страхуванням життя, хворобами і нещасними випадками страховальників (The Fonds de garantie des assurances de personnes). Дана структура, аналогічно до британської, є приватною правовою одиницею. Щодо участі держави у забезпеченні стабільності, то у випадку виникнення фінансових проблем, що впливають на страховальників, за загальними видами страхування, рішення узгоджується з керуючими страховим ринком і лише у випадку ліквідації страховика, рішення приймає контролюючий орган. Щодо банкрутства страхових компаній, то державою непередбачено ніяких специфічних дій у даному випадку. Діяльність системи захисту у Франції забезпечує Французький наглядовий орган [5].

Механізм системи захисту може бути підключений лише тоді, коли наглядовий орган вичерпає всі інші засоби захисту. Якщо страхова компанія більше не може виконувати свої зобов'язання, наглядовий орган намагається спочатку перевести портфель компанії. Якщо це не вдається, звертається до системи захисту для прямих виплат страховальникам, при цьому система має право на заміну одного кредитора іншим. Система має здійснити всі виплати кредиторам протягом 5 місяців (2 місяці плюс 3 місяці надані наглядовим органом).

Виплати за вимогами мають обмеження по кожному класу: 70000 євро кожному страховальнику по страхуванню життя, і 90000 євро за хвороби, нещасні випадки, непрацездатність або смерть. Захист системи обмежується всіма класами страхування, пов'язаними з індивідом, включаючи незароблені премії. Компанії-страховальники не захищені, оскільки передбачається, що їм спеціальний захист не потрібен.

Серед європейських країн однією з найбільш розвинутих систем захисту страховальників є Іспанська, представлена Comision Liquidadora de Entidades Aseguradoras

(CLEA). Дана система покриває всі класи страхування, включаючи, незароблені премії, а відповідний захист можуть отримати всі власники страхових полісів. CLEA втручається в наступних випадках: коли страхова компанія знаходиться в процесі ліквідації і це підтверджується уповноваженим органом; якщо страхова компанія ще не має ліквідатора або коли призначення ліквідатора є тимчасовим; коли ліквідатор не може захистити страховиків, а також коли ліквідація добровільна [4].

Для прискорення задоволення за вимогами, система пропонує кожному страховальнику, за окрему плату, приписати борг за CLEA, що дає йому можливість отримати пропорційну частину цього боргу. Тобто продаж боргів пропонується без очікування ліквідації страхової компанії, а отже, закладена плата заздалегідь вища для блага страховальників, вигодабувачів або третіх сторін. Крім того, в CLEA відсоток за який пропонується реалізація боргів, зазвичай вище за відсоток, який страховальники могли б отримати від компанії при ліквідації.

CLEA покриває всі страхові компанії, що здійснюють діяльність усередині країни і за кордоном, при цьому всі власники страхових полісів знаходяться під захистом CLEA. Фінансується CLEA за допомогою внесків від загальних страхових премій, за винятком страхування життя і страхування експортних кредитів, які гарантуються державою.

В іншій європейській країні – Італії існують чотири Фонди: два Гарантійних Фонди і два Солідарних Фонди. Гарантійний Фонд для жертв дорожньо-транспортних пригод діє для здійснення компенсації за uszkodження, викликані в результаті дій дорожнього транспорту або морського транспорту, обов'язкові для страхування у випадках, коли: випадок був викликаний транспортом, що є непізнаваним; виявлено, що транспорт не застрахований; транспорт застрахований страховою компанією, що функціонує в Італії, яка на момент випадку була в стані примусової ліквідації.

Гарантійний фонд для жертв полювання призначений для забезпечення компенсації за uszkodження третім особам, викликані в результаті полювання у випадках, в яких індивід, що займався полюванням, відповідальний за збиток і а) якого не можна ідентифікувати б) є не застрахований. Існує Солідарний Фонд для жертв здривства і Солідарний Фонд для жертв злочинів, пов'язаних з Мафією [5].

У Норвегії система гарантування страхових виплат підпорядкована державному органу влади – Раді. Рада складається з 5 членів з особистими заступниками, які призначаються особисто Королем. Рада приймає рішення про залучення вкладів від учасників, і вирішує, яким чином мають бути диверсифіковані вклади для запобігання або зниження втрат для страховальників. Умови можуть бути встановлені для надання допомоги окремій компанії. Рішення ради можуть бути опротестовані або скасовані Королем. Крім того, Король може встановити інструкції відносно гарантійної системи для компаній зі страхування життя і кредитів.

Всі компанії, з ліцензіями на здійсненню загального страхування, за винятком страхування кредитів, мають бути учасником системи гарантування. Учасники зобов'язані вносити до системи гарантування пропорційно їх прямим доходам премії в Норвегії протягом останніх трьох фінансових років. Протягом трьох років учасник може не вносити вкладів більше 1,5 % прямих доходів премії в Норвегії.

Витрати, пов'язані з системою гарантування, пропорційні відповідно до правил, які застосовуються з пропорційним розподілом витрат на страховий нагляд.

Незважаючи на те, що не у всіх європейських країнах створено спеціальні фонди гарантування страхових виплат, питання захисту інтересів споживачів страхових послуг актуальне і регламентується у переважній більшості. Так серед країн, яка не має загальної системи гарантування страхових виплат – Нідерланди. Проте для страхування життя існує механізм, за яким загальні страхові зобов'язання (не індивідуальні поліси) страховика, який має фінансові проблеми, можуть переводитися до страховика "спеціального призначення" [5].

Не існує єдиної системи гарантування страхових виплат і у Фінляндії. Натомість коли страхова компанія стає банкрутом, питання захисту інтересів власників страхових полісів вирішується судовими розглядами.

Досить цікавим є досвід функціонування фондів страхування у Прибалтійських країнах. Так у Литві та Естонії створенні спеціальні фонди пов'язані з автострахуванням. Зокрема, у Литві існує Бюро зі страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами, яке є асоціацією, що діє відповідно до закону про страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами Республіки Литва.

Учасниками Бюро є страхові компанії, уповноважені здійснювати обов'язкове страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами. Окрім загальних координуючих функцій, на Бюро покладено також здійснення страхових виплат у випадках, передбачених законом про страхування відповідальності власників і користувачів автотранспорту перед третіми особами.

В Естонії існує державний фонд дорожнього страхування, який є суспільно-правовою юридичною особою. Кожен страховик, що має право діяти, як страховик дорожнього страхування в Естонії, при подачі клопотання приймається в члени Фонду. У Естонії договори про дорожнє страхування можуть укладатись лише страховими компаніями, які є членами Фонду. Окрім загально-організаційних функцій Фонд може також діяти у якості перестраховальника дорожнього страхування своїх членів.

Латвійська система гарантування страхових виплат регулюється Комісією з регулювання фінансів та ринків капіталів (Financial and Capital Market Commission). Саме фінансовий підрозділ FCMC відповідальний за

управління системою гарантування страхових виплат. Системою покриваються всі види страхування, а тому можна констатувати високий рівень страхового захисту, як для власників полісів страхування життя, так і для інших видів страхування.

Серед розглянутих європейських країн, на нашу думку, саме латвійський досвід створення і функціонування системи гарантування вкладників страхових компаній може бути придатним для України. Такий висновок ґрунтується на тому, що дана країна мала подібні до України вихідні умови розвитку страхового ринку (монополія Держстраху). Активи Фонду формуються з відрахувань страховими компаніями сум, що становлять 1% від загальних страхових премій по специфічним класам страхування, встановленим законодавством. Компенсаційні виплати можуть бути отримані лише фізичними особами: 1) по страхуванню життя – 100% страхового відшкодування, але не більш ніж 2000 латів на одного власника страхового поліса; 2) по інших класах страхування, гарантованим законом, – 50% страхового відшкодування, але не більше ніж 2000 латів на одного власника страхового поліса. Саме розроблена система обмежень страхових виплат може бути прийнятною для України, в умовах поступового накопичення коштів у відповідному гарантійному фонді [6].

Отже, проведене дослідження європейського досвіду гарантування страхових виплат засвідчило необхідність застосування адаптованих до вітчизняних реалій підходів, особливо у сфері особистого страхування. Тому, визначене у Концепції розвитку страхового ринку України до 2010 року положення, щодо створення фонду гарантування страхових виплат за договорами страхування життя, має бути реалізоване вже у найближчій перспективі.

1. www.dfp.gov.ua – Офіційний сайт Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг в Україні. 2. Саякова Ж. Международный опыт системы гарантирования // Рынок страхования. – 2005. – № 1(3). – С. 15. 3. <http://www.fscs.org.uk> – офіційний сайт Системи Компенсації Фінансових Послуг (Financial Services Compensation Scheme). 4. <http://consorseguros.es> – Іспанський фонд гарантування страхових виплат (Comision Liquidadora de Entidades Aseguradoras). 5. http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/docs/guarantee_schemes_en.pdf – Insurance guarantee schemes in the EU. 6. <http://zakoni.ves.lv> – Архів законодавчих актів Латвії.

Надійшла до редколегії 12.02.11

УДК 369.06.

Г.Ю. Тлуста, канд.економ.наук, асист.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В США: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ

У статті досліджено механізм функціонування ринку медичного страхування в США та форми здійснення медичного страхування. Виявлено проблеми функціонування ринку медичного страхування та його можливості реформування.

Ключові слова: медичне страхування, страхування від хвороб, Медікейд, Медікер.

В статье исследован механизм функционирования рынка медицинского страхования в США и формы осуществления медицинского страхования. Обнаружены проблемы функционирования рынка медицинского страхования и его возможности реформирования.

Ключевые слова: медицинское страхование, страхование от болезней, Медикайд, Медикер.

In the article researches the working mechanism of the medical market insurance of the USA and forms of realization medical insurance. Found out the problems of functioning of market of medical insurance and its possibility of reformation.

Keywords: medical ensuring, insurance against illnesses, Medicaid, Medicare.

Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та страхування здоров'я. Але не завжди такі моделі ефективно функціонують. Проблема медичного страхування – одна з найгостріших у США. Витрати на медицину становлять приблизно 14% ВВП країни, при цьому багато жителів США не мають коштів на оплату візиту до лікаря та покупки ліків.

Безпосередньо дослідженням моделей медичного страхування присвячено багато праць вітчизняних та зарубіжних вчених, а саме праці: В. Базилевича, Н. Внукової, Дж. Гендерсона, А. Лаура та ін.

Метою статті є дослідження ринку медичного страхування США та окреслення основних проблем його функціонування.

Структура ринку медичного страхування в США не тільки відображає складності й проблеми системи охо-

рони здоров'я США, але і його походження в 1930 році та його еволюції в наступні десятиліття. Споконвічно, приватні страхові компанії пропонували послуги страхування від нещасних випадків, організацію похорону (в другій половині 19 сторіччя), і деякі підприємства залізничної, гірськохімічної та лісоперероблювальної галузей почали пропонувати своїм працівникам застрахуватися на випадок хвороби або нещасного випадку [1].

Сучасна система страхування здоров'я в Сполучених Штатах Америки виникла в наслідок впливу Великої

Депресії. В 1929, Лікарня Університету Бейлора в Даласі створила план на предоплатну госпіталізацію для вчителів шкіл, тому що лікарняні бухгалтери виявили, що неоплачені рахунки, накопичені місцевими педагогами, є великим тягарем для лікарняного бюджету, так і для вчителів безпосередньо [2].

На сьогодні у США медичне страхування є добровільним й майже повністю здійснюється за рахунок роботодавців (рис.1.).

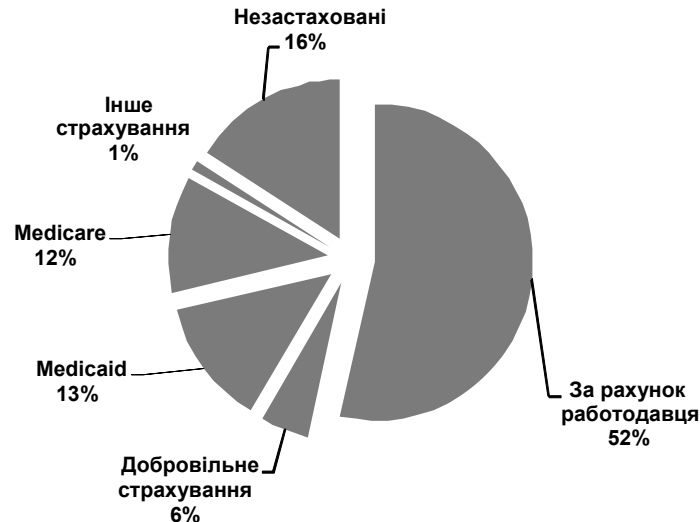


Рис.1. Розподіл медичного страхування в США*

*Джерело: U.S. Census Bureau, 2008 American Community Survey

Страхування від хвороб – найпоширеніший вид страхування за місцем роботи, однак наймачі зовсім не зобов'язані його надавати. Не всі американські службовці одержують таку страховку. Все-таки в найбільш великих компаніях медичне страхування є майже невід'ємною умовою. Також в США присутні певні федеральні (соціальні) програми для певних верств населення (рис.2.).

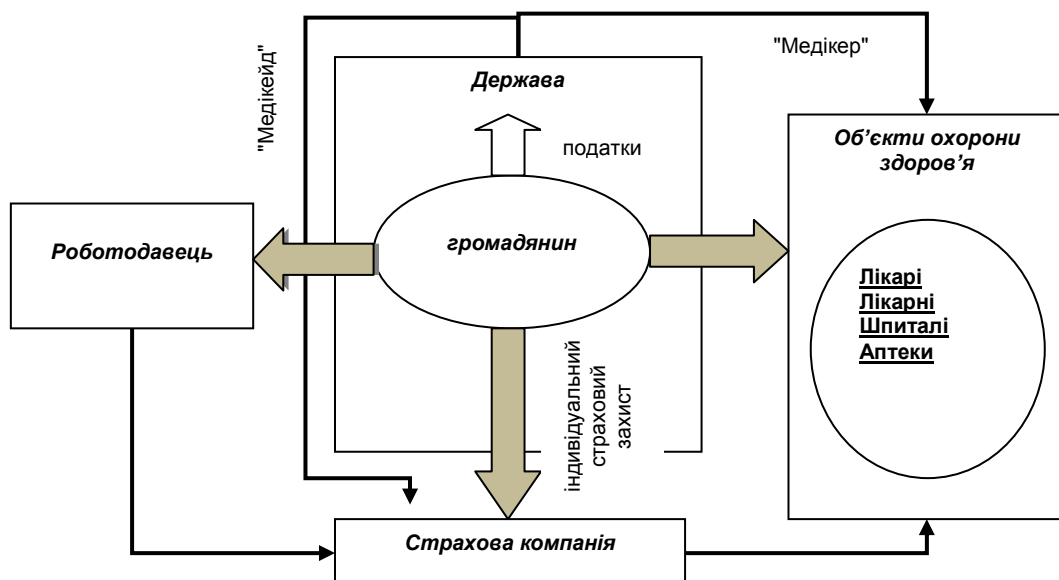


Рис.2. Структура медичного страхування в США

Зараз у США існує дві форми здійснення медичного страхування: компенсаційне та "керованих послуг".

Найпоширенішим є так зване **компенсаційне страхування**, або **страхування "плати за послуги"**. При цій формі страхування роботодавець виплачує страховій компанії страхову премію за кожного працівника, забезпе-

ченого відповідним полісом. Потім страхова компанія оплачує чеки, представлені лікарнею або іншою медичною установою або лікарем. У такий спосіб оплачуються послуги, що входять у страховий план. Звичайно страхова компанія покриває 80% видатків на лікування, за інше повинен платити сам застрахований (рис.3).



Рис. 3. Механізм медичного компенсаційного страхування

Існує альтернатива – страхування так званих **"керуваних послуг"** (рис.4.). Число американців, охоплених цим видом страхування, швидко збільшується. У цьому випадку страхова компанія укладає контракти з лікарями, іншими медичними працівниками, а також з установами, включаючи лікарні, на надання всіх послуг, передбачених цим видом страхування. Звичайно медичні установи одержують фіксовану суму, що виплачується заздалегідь за кожного застрахованого.

У цей час уряд США також сплачує більше 40% видатків на охорону здоров'я в рамках основних програм – "Медікейд" (Medicaid) і "Медікер" (Medicare).

"Медікер" – це національна програма медичного страхування для осіб від 65 років і більше. Програма допомагає оплачувати медичне обслуговування, але вона не покриває всі медичні витрати або вартість більшості видів тривалого догляду за хворими [3].

Програма "Медікер" поділяється на чотири частини:

- страхування лікарняних витрат ("частина А")
- страхування медичних витрат ("частина В")
- всі послуги в одному закладі ("частина С")
- страхування оплати ліків ("частина D").

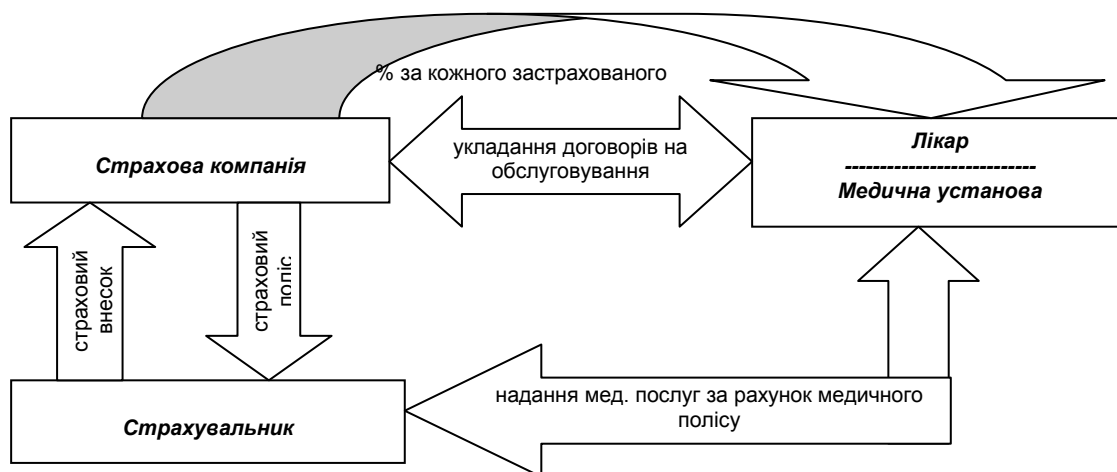


Рис. 4. Механізм медичного страхування за принципом "керуваних послуг"

Страхування на випадок госпіталізації (відома як "частина А"), допомагає оплачувати перебування та лікування в лікарні, у будинку старих і інвалідів із кваліфікованим медсестринським доглядом (після виписки з лікарні), а також деякі види медичного догляду вдома та "хосписного" обслуговування (табл.1.).

Медичне страхування в "частині В" оплачує лікарські послуги й багато інших медичних послуг, а також предмети медичного ужитку, які не покриваються страхуванням на випадок госпіталізації (табл.2).

"Медікер Едвентадж" або "частина С", раніше відома за назвою "Медікер" + Плани на вибір, пропонується в багатьох місцях. Люди, що мають частини А і В програми "Медікер", можуть обрати для себе одержання всіх видів медичного обслуговування й лікування через одну з наявних медичних організацій за допомогою Частини С.

Страхування оплати ліків за рецептом – "частини D" – допомагає з оплатою медикаментів, прописаних лікарем для лікування.

Таблиця 1. Характеристика послуг, що покриваються "Медікер" в "частині А" і розподіл видатків на 2009 рік [4]

Послуга	Оплачується "Медікер"	Оплачується страхувальником
Частина А: лікарняна страховка		
Стационарні пацієнти		
1-60 днів	Все, після франшизи	\$1,068 франшиза
61-90 днів	Все, після внеску пацієнта (co-pay)	\$267 у день – внесок пацієнта
60 резервних днів ¹	Все, після внеску пацієнта (co-pay)	\$534 у день – внесок пацієнта
Більше 150 днів	Нічого	Вся вартість за кожний день після 150 днів

Закінчення табл. 1

Послуга	Оплачується "Медікер"	Оплачується страховальником
Установа із кваліфікованим медичним доглядом (SNF) (якщо щоденний кваліфікований медичний догляд необхідний після 3-денного перебування в лікарні)		
1-20 днів	Все	Нічого
21-100 днів	Все, після внеску пацієнта (co-pay)	\$133,50 у день – внесок пацієнта
Після 100 днів	Нічого	Все
Медичний догляд вдома	Все, крім 20% медичного обладнання, що покривається	20% затвердженої "Медікер" суми за медичне обладнання
"Хоспис" (догляд за смертельно хворими)	Все, крім \$5 за кожні прописані ліки й 95% визначеної "Медікер" суми за штучну підтримку життя в день	Внесок пацієнта в розмірі \$5 за кожні ліки й за підтримку життя, 5% від схваленої "Медікер" суми по підтримці життя в день, сума не може перевищувати \$1,068
Кров (отриману під час перебування в лікарні або SNF)	Після 3 пінт крові (1 пінта = 0,47 літра)	За перші 3 пінти крові щороку

Таблиця 2. Характеристика послуг, що покриваються "Медікер" в "частині В" і розподіл видатків на 2009 рік [4]

Послуга	Оплачується "Медікер"	Оплачується страховальником
Частина В: медична страховка		
Щомісячний внесок		
Це сума місячних внесків за страховку "Медікер" частина В для тих осіб, чий річний дохід становить $\leq \$85,000$ на людину або $\leq \$170,000$ на сімейну пару	\$96.40	
Особи з річним доходом $> \$85,000$ і $\leq \$107,000$ і пари з доходом $> \$170,000$ і $\leq \$214,000$ сплачують	\$134.90	
Особи з річним доходом $> \$107,000$ і $\leq \$160,000$ або пари з доходом $> \$214,000$ і $\leq \$320,000$ сплачують	\$192.70	
Особи з річним доходом $> \$160,000$ і $\leq \$213,000$ або пари з доходом $> \$320,000$ і $\leq \$426,000$ сплачують	\$250.50	
Особи з щорічним доходом $> \$213,000$ і пари з річним доходом $> \$426,000$ сплачують	\$308.30	
Річна франшиза	\$135 у рік	
Оплата лікаря	80% затвердженої суми	20% затвердженої суми
Амбулаторне лікарняне лікування	80% затвердженої суми	Максимально \$1,068
Послуги клінічних лабораторій	Затверджену суму	Нічого

Звичай особи у віці старше 65 років, що одержують допомогу Соціального забезпечення (SSI), автоматично одержують право й на участь у програмі "Медікер". Це також стосується осіб, що одержують допомогу з непрацездатності протягом двох років. Іншим особам для участі в програмі "Медікер" необхідно подати заяву. "Частина А" фінансується з податків на Соціальне страхування, які сплачуються особами, які продовжують працювати. Такі кошти витрачаються на часткову оплату медичних послуг у випадку госпіталізації хворого. "Частина В" фінансується із щомісячних внесків, які здійснюють особи включені в програму "Медікер", а також з інших надходжень. Дані кошти витрачаються на часткову оплату лікарських послуг, диспансерне медичне обслуговування й інші медичні послуги, тощо.

На відміну від обов'язкового лікарняного страхування, додаткове страхування проводиться на добровільній основі. В 2002 році 34.6 млн. старих громадян і 6 млн. інвалідів одержали допомогу за "частиною А" програми. Послугами "частини В" скористалися відповідно 32.9 млн. і 5.2 млн. У тому ж році середня сума відшкодованих коштів на обслуговування одного пацієнта за програмою лікарняного страхування склала \$3 689, а за програмою додаткового страхування – \$2 915. Медичне обслуговування в США одне з найдорожчих у світі, тому програма Medicare не здатна покрити 100% вартості медичних послуг. Зокрема, не повністю оплачується тривале перебування в лікарні, не оплачуються стоматологічні послуги, перевірка зору, виготовлення окулярів.

Інша федеральна програма – **"Медікейд"** – розрахована на надання медичної допомоги незаможним громадянам, що мають дохід нижче рівня бідності. В 2000 році ця програма обслуговувала 44.3 млн. чоловік. Але не кожний американець, чий дохід нижче рівня бідності може бути включений у цю програму. Medicaid поширюється на членів родин з дітьми, вагітних жінок,

людей похилого віку, сліпих, інвалідів, а також людей страждаючими деякими захворюваннями (туберкульоз, деякі форми рака). Так само як і у випадку з Medicare, програма не оплачує 100% витрат на лікування. Крім цих двох федеральних програм існує також ринок приватного страхування та різноманітні місцеві, муніципальні й окружні програми. Програма "Медікейд" фінансується як федеральним урядом, так і органами управління штатів. Федеральний уряд сплачує приблизно половину всіх витрат за програмою "Медікейд" з надходжень від загального податку. Інше сплачує представництва кожного штату.

Велика частина витрат на медичні послуги в США покривається за рахунок добровільного медичного страхування, що оплачується роботодавцями, а також урядом. Проте на частку громадян доводиться значна частина видатків за надані медичні послуги. Ці платежі прийнято вважати механізмом регулювання видатків (якщо працівник сплачує частину видатків самостійно, він рідше звертається до лікаря).

У США існує чітка система взаємин клієнт – страхова компанія – лікар. Особливу увагу страхові компанії приділяють переліку лікарських засобів і схемам лікування. У країні з ефективним законодавством кожний крок лікаря знаходиться під контролем. Американські лікарі не призначають препарати, які не включені в офіційно прийнятий на рівні міністерства охорони здоров'я або страхової компанії перелік лікарських засобів. У випадку пред'явлення позову лікареві за професійну помилку проводиться перевірка всіх його приписань. Якщо в аркуші призначень фігурує "нелегальний" лікарський препарат, наслідком такої перевірки може виявитися позбавлення лікаря ліцензії. Відпрацьовані й чіткі схеми лікування, регулярне оновлення списку препаратів рятують страхові компанії від страхових відшкоду-

вань, клієнта – від наслідків лікарської помилки, а лікаря – від судових позовів.

Договір медичного страхування включає такі основні пункти:

- відносини клієнт – страхова компанія;
- відносини клієнт – лікар;
- відносини страхова компанія – лікар.

Перший пункт скріплюється договором медичного страхування з гарантією покриття страховою компанією витрат за надану клієнтові медичну допомогу.

У другому пункті обумовлюються умови, на яких безпосередньо надається медична допомога в момент настання страхового випадку. Як правило, поняття страхового випадку включає гостре захворювання, загострення хронічного й нещасний випадок.

Третій пункт – виплати за надану медичну допомогу, контроль наданої медичної допомоги, відповідність призначень лікаря стандартним протоколам діагностики й лікування, прийнятим і погодженим медичними експертами (андерайтерами) страхової компанії. Як обов'язкова умова останній пункт також включає адекватність професійного рівня лікаря вимогам страхової компанії.

Згідно статистичних даних Всесвітньої Організації Охорони здоров'я за 2008 рік населення США становить 302841000 чоловік. Валовий національний доход на душу населення при цьому становить 44070 доларів. Тривалість життя у чоловіків становить 75 років, у жінок – 80 років. За даними 2003 року здорове життя у чоловіків становить 67 років, у жінок – 71 рік. Можливість смерті нижче 5-літнього віку на 1000 чоловік становить 8. А ймовірність смерті від 15 до 60 років на 1000 чоловік у чоловіків становить 137 чоловік, а у жінок – 80. За даними 2006 року всього видатків на душу населення за графою здоров'я складає 6714 доларів. Усього видатків на охорону здоров'я в процентному співвідношенні до валового доходу становить 15,3%. Тут необхідно відзначити, що кількість людей, що досягли 65 – літнього віку й вище, у цей час у США становлять більше 40 мільйонів чоловік. Ці люди одержують федеральну медичну страховку "Медікер", які заробили її, сплачуючи податки на соціальне забезпечення. Близько 6,3 мільйонів літніх і незаможних жителів Америки мають як "Медікер", так і "Медікейд" – програму медичного страхування для незаможних людей.

Однак поза сферою уваги всіх цих видів медичного страхування опиняється більша частина населення країни. Приблизно 44 млн. американців не має медичної страховки, а 77 млн. мають так звану "перервану страховку", тобто в певні періоди не мають ніякої (наприклад, у випадку втрати роботи).

В 2006 перепис населення в США показав, що 44,8 мільйонів американців не мають полісів страхування здоров'я [5]. Щорічно більше 18 тис. американців гинуть тільки через те, що в них немає медичної страховки, і вони не в змозі оплатити медичну допомогу [6]. Відповідно до дослідження, проведеному Institute of Medicine (недержавної організації, що проводить незалежні експертизи в медичній сфері для Конгресу США), незастраховані люди, у яких виявлений рак грудей, мають на 50% більше шансів умерти, чим застраховані. Також значно більше шансів розстатися з життям у жертв нещасних випадків, діабетиків і гіпертоніків. Згідно зі Звітом про Розвиток Людства ООН, "незастраховані особи в США, мають нерегулярну медичну допомогу, так як вони, у більшості випадків, госпіталізуються лише при гострій необхідності в лікуванні. Алі в лікарні, вони отримують менші послуги й, частіше помирають, ніж – застраховані пацієнти. Понад 40% незастрахованих не мають регулярного місця, куди звернутися в разі

захворювання й понад третини незастрахованих вважають, що вони або хто-небудь у їх сім'ї залишаться без потрібної медичної допомоги, у тому числі без рецептів на медикаменти, із-за їх вартості [7].

Таким чином, система медичного страхування в США повинна реформуватися, так палата представників конгресу США схвалила план президента Барака Обами по реформуванню системи охорони здоров'я. 10-літня реформа забезпечить медичною страховкою 36 мільйонів американців [8].

Реформування системи охорони здоров'я США передбачає, що страхове покриття повинне поширюватися на всіх американців. Протягом наступних десяти років, система охопить ще 32 млн. поки ще не застрахованих американців. Правда, до 2019 року однаково залишаться 23 млн. незастрахованих, третина з яких – нелегальні мігранти. Але навіть так страхове покриття пошириться на 95% населення країни (проти 84% сьогодні). Нова система допоможе тим, у кого раніше не було можливості придбати страховку – чи те через її дорожнечу, чи те тому, що страхові компанії відмовлялися в ній, наприклад, через хворобу клієнта [9].

Забезпечувати дотепер незахищені верстви населення страховкою нова система буде різними способами, у різний час і поступово. По-перше, починаючи з 2014 року компанії зі штатом більше 50 чоловік будуть зобов'язані (а не по власному розсуду) страхувати здоров'я співробітників. Інакше ним загрожують штрафи. По-друге, через шість місяців після набрання законом чинності будуть заборонені страхові плани, що обмежують дію медичного покриття тривалістю життя. Ціль цієї заборони полягає в тому, щоб і діти застрахованих осіб могли одержувати медичні послуги за тією ж страховкою. Більш того, віковий поріг дітей, які зможуть лікуватися за батьківськими полісами, підніметься з нинішніх 18-19 років до 26 років. По-третє, страхові компанії надалі не зможуть відмовляти в страховці вже хворим людям [9].

У той же час покриття нової медичної страхової системи США розшириться на ще більшу частину населення. По-перше, завдяки програмі Medicaid, що буде займатися людьми з дуже низькими доходами (менш \$29 327 на родину із чотирьох чоловік) у віці до 65 років. По-друге, за допомогою так званих державних страхових бірж – ще одного нововведення реформи. Ці біржі, або торговельні площадки, повинні стати більш конкурентними, орієнтованими на споживачів мережі "Інтернет", де люди, які не одержали страховку через роботодавця, самі зможуть неї придбати. При цьому ті, чиї доходи потрапляють у межі \$29 327 – 88 200 (також на родину із чотирьох), зможуть одержати субсидії на сплату страхових внесків. Самі ж страхові внески будуть обмежені рівнем в 3-9,5% від доходів клієнта.

1. Laura A. Scofea. The Development and Growth of Employer-Provided Health Insurance // Monthly Labor Review -vol. 117 – №3 (March 1994) – С. 3-10.
2. Robert D. Eilers. Regulation of Blue Cross and Blue Shield Plans. Homewood – 1963. – 456с.
3. Звіт соціальної служби США / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ssa.gov/multilanguage/Russian/10043-RU.pdf>.
4. California Health Advocates / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.cahealthadvocates.org/_pdf/facts/_Russian/A-003-CHAFactSheet-Russian.pdf.
5. Перепис населення США – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.census.gov/prod/2006pubs/p60-231.pdf>.
6. Insuring America's Health: Principles and Recommendations, Institute of Medicine, January 2004 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.iom.edu/?id=19175>.
7. The Impact of Health Insurance Coverage on Health Disparities in the United States, Human Development Report, UNDP, 2005.
8. Медицинское страхование в США сделают более доступным / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://news.ligazakon.ua/news/2009/11/9/18358.htm>.
9. Что несет США реформа здравоохранения / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.investgazeta.net>.

РОЗВИТОК БЮДЖЕТНОЇ ТА СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ

В статті досліджено виникнення та еволюція бюджетної та страхової медицини розвинутих країн та досвід їх ефективного впровадження в Україні.

Ключові слова: страхова медицина, медично-соціальне страхування, бюджетно-страхова медицина.

В статье рассматривается возникновение и эволюция бюджетной и страховой медицины развитых стран, а также опыт их эффективного использования в Украине.

Ключевые слова: страховая медицина, медико-социальное страхование, бюджетно-страховая медицина.

The article explores origin and evolution of the budget and health insurance experience of developed countries and their effective introduction in Ukraine.

Keywords: medical insurance, medical-social insurance, medical-budget insurance.

Формування системи бюджетної та страхової медицини – неодмінний атрибут соціальної політики будь-якої цивілізованої держави. Її організація має на меті гарантувати забезпечення певних стандартів рівня і якості життя населення на основі принципів: справедливості доступу та фінансування, захисту від соціального ризику [3, 12]. В умовах соціально-орієнтованої ринкової економіки соціальні ризики виявляються як у втраті заробітку з причини непрацездатності, так і у втраті гарантованих суспільством мінімальних життєвих стандартів якості життя. Форми прояву соціальних ризиків досить різноманітні і включають хвороба, травму, вагітність і пологи, догляд за дитиною, інвалідність, старість та інше.

В даний час Україна знаходиться в процесі реформування системи бюджетно-страхової медицини, що має велике значення для побудови громадянського суспільства. На цьому шляху можна уникнути багатьох серйозних прорахунків і помилок, якщо використовувати накопичений світовий досвід організації та фінансування системи охорони здоров'я. Як показує практика економічно розвинених країн, чий системи бюджетної та страхової медицини створювалися в умовах важких економічних криз, соціальні реформи найбільш ефективні саме в той час, коли вони супроводжують важливі економічні перетворення [4].

Найбільша увага зарубіжних вчених і політиків в даний час зосереджена на пошуку шляхів удосконалення організаційних форм і методів фінансування охорони здоров'я, пов'язаних з побудовою ефективної системи керованої медичної допомоги, раціонального використання ресурсів, а також забезпечення доступності та підвищення її якості. При цьому велике значення має досягнення балансу між економічною і соціальною складовими національних систем охорони здоров'я, який дозволив би уникнути серйозного конфлікту між ними і забезпечити еволюційний інтегративний розвиток різних організаційно-правових форм і методів управління ними [5]. Тому розгляд бюджетної та страхової медицини в розвинутих країнах та їх функціонування є питанням надзвичайно актуальним.

Дану проблему досліджували вітчизняні та зарубіжні вчені, серед яких можемо виділити наступні: Базилевич В.Д., Антропов В.В., Брюханова Н., Лиснер Л., Весс Й., Швейцар В.Я.

Метою статті є розгляд та детальне вивчення еволюції бюджетної та страхової медицини в розвинутих країнах та запровадження ефективної системи в Україні.

Бюджетно-страхова медицина – складний в інвестиційному відношенні сектор економіки [1]. За рівнем і методом організації і фінансування охорони здоров'я можна виділити дві системи: державна (бюджетна) і страхова (ринкова) медицина.

У системі бюджетної медицини організаційно-фінансові відносини характеризуються встановленням

монопольного, централізованого характеру фінансування та управління медичним обслуговуванням. Держава регламентує види, характер і обсяги медично-соціальної допомоги населенню. Пряме фінансування допомоги здійснюється з бюджету, який формується шляхом збору податків.

Перехід до страхової медицини обумовлений специфікою ринкових відносин в охороні здоров'я [2]. Страхування дозволяє людині зіставити необхідні витрати на охорону здоров'я зі станом власного здоров'я. Співставити потреби медично-соціальної допомоги і можливість її отримання необхідно незалежно від того, ким виробляються витрати: громадянами, підприємством або суспільством в цілому.

Страхова медицина в широкому розумінні – нова форма товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я, де в якості товару використовується оплачувана конкретна медична послуга, а "покупцеві" (пацієнтові) гарантується, необхідна кількість і якість медичної допомоги [11].

Формування фондів фінансування охорони здоров'я за страховим принципом має свої переваги в порівнянні з традиційним бюджетним фінансуванням. Перш за все, це цільове фінансування: внески йдуть не в загальний бюджет, а безпосередньо на потреби медицини, забезпечуючи учасникам страхових програм тверду гарантію повернення цих коштів. Втрачається властива загальним податковим надходженням безадресність і анонімність. Охорона здоров'я в меншій мірі конкурує з іншими статтями державного бюджету, тому знижується ймовірність того, що медично-соціальні програми стануть жертвою зміни бюджетних пріоритетів. Основні положення страхової (ринкової) медицини включають [10]:

- забезпечення фінансування в основному за рахунок внесків роботодавців (що включаються до собівартості продукції) і за рахунок працівників (утримуються з їхньої зарплати);

- формування цільового податку на основі страхових внесків та здійснення страхових виплат у відповідності як з ризиком, так і з індивідуальним доходом;

- встановлення прямої залежності розміру і якості страхових послуг від розмірів страхових внесків.

Системи з бюджетним фінансуванням за рахунок податків тягнуть менші витрати по управлінню на макрорівні і, як правило, забезпечують більш рівний доступ. З іншого боку, їх фінансування залежить від показників діяльності економіки в цілому, що може призвести до серйозного недофінансування у період тривалої нестабільності [8].

Якщо проаналізувати існуючий світовий досвід побудови національних систем охорони здоров'я, то проглядається макет більш-менш універсальної системи, яку називають "бюджетно-страхова медицина" [7]. У ній знаходять своє місце принципи і методи державного фінансування

та регулювання системи охорони здоров'я з одночасним збереженням переваг страхової медицини.

Оплата медичної допомоги здійснюється з бюджету і страхових фондів, що формуються з податків та страхових внесків підприємств і громадян. При цьому акумульовані фонди перебувають під контролем держави і є частиною державних фінансів. Уряди здійснюють загальне управління галуззю, керуючись громадськими цілями і пріоритетами.

Розглядаючи бюджетно-страхову медицину як основний елемент соціального захисту населення, логічно визначати в якості її основних ланок рівні і методи управління соціальними ризиками, характер перерозподілу національного доходу з метою компенсації або запобігання соціально-економічного збитку [8].

При цьому до основних механізмів управління страховим ризиком належать:

- Поглинання ризику – пряма фінансова компенсація наслідків соціальних ризиків залежно від їх тяжкості встановлюваних розмірів соціальних гарантій;

- Розподіл ризику – страхування, що забезпечує компенсацію ризику пропорційно участі кожної людини в формуванні коштів соціального захисту;

- Попередження ризику – зниження або усунення дії ризику за рахунок збереження та підтримки досягнутого рівня здоров'я, трудового потенціалу, як основного джерела рівня і якості життя.

Історія виникнення і розвитку різних форм та інструментів соціального захисту в зарубіжних країнах досить складна і мало вивчена. До другої половини XX ст. паралельно і ізольовано один від одного розвивалися окремі види соціальної та медичної допомоги, що представлени державним соціальним піклуванням, церковною благодійністю та організованою взаємодопомогою.

Періодизація етапів еволюції систем соціального захисту населенню як атрибуту соціального захисту наведена в табл.1.

Таблиця 1. Періодизація етапів еволюції систем соціального захисту

Етап	Характеристика	Модель
I етап (18-19 ст.)	Нерозвиненість державних механізмів	Державна соціальна опіка, благодійність, організована взаємодопомога
II етап (кінець 19 ст.)	Початок індустріалізації, укріплення державних інститутів	Введення обов'язкових форм взаємного страхування з фінансовою участю приватного сектору і держави
III етап (1-а половина 20 ст.)	Становлення громадянського суспільства, інтенсивний розвиток економіки, фінансово-кредитних відносин	Державне страхування на принципах соціальної солідарності
IV етап (2-а половина 20 ст.)	Ускладнення структури ринкової економіки	Відродження добровільного страхування

Як видно з таблиці 1, соціальний захист громадян та доступ до медично-соціальної допомоги спочатку були функцією держави і фінансувалися за рахунок створення системи державного соціального та медичного забезпечення.

Держава з метою досягнення соціальної стабільності за рахунок коштів бюджету прагне гарантувати всім своїм членам: виплату допомоги на утримання дітей, на випадок хвороби, забезпечення непрацездатних громадян пенсіями, допомогою, медичним обслуговуванням.

Під системою страхової медицини мається на увазі система заходів, що забезпечують мінімально необхідний дохід замість фінансового збитку у зв'язку з настанням певних обмежених подій.

Пік розвитку страхової медицини припав на 1960-і рр., коли багато держав прийняли самі високі зобов'язання щодо забезпечення комплексного соціального захисту громадян. Зростання витрат на страхову медицину випереджали в кілька разів зростання основних макроекономічних показників.

Наступні економічні кризи змінили ситуацію, що означило дві сучасні тенденції у забезпеченні страхування населення.

По-перше, в 1980-90-ті роки відбулася зміна акцентів у соціальній політиці з державного бюджетного фінансування на користь систем страхової медицини, заснованої на еквівалентності внесків і виплат. Зниження в останнє десятиліття частки державних витрат, скорочення обсягу та переліку соціальних гарантій по відношенню до ВВП свідчить про наближення системи до певного граничного значення, що відбиває сучасний рівень економічних можливостей суспільства у вирішенні соціальних питань. В кінці XX ст. цей показник орієнтовно склав близько 30% ВВП (середній показник по розвинених країнах) [9].

По-друге, наприкінці 1990-х рр. під впливом економічної стагнації відбулася переоцінка соціальної ролі

держави: відмову від всеосяжної державної організації медично-соціальної допомоги населенню на користь колективно-договірних форм страхування. Прямий обов'язковий перерозподіл доходів за рахунок податків і обов'язкових страхових внесків багатьох країн доповнюють непрямим регулюванням через превентивні та мотиваційні механізми.

Основу еволюції страхової медицини становить взаємне страхування, яке в різних соціально-економічних умовах приймає відповідні організаційні та фінансові форми.

Рішення, яке держава приймає при визначенні інституційної моделі соціального захисту і системи охорони здоров'я, полягає у виборі використовуваних організаційно-правових форм, визначенні співвідношення "державне-приватне" в організації видів забезпечення, розподілом функціональних ролей державного і приватного секторів. Звідси випливає інституційна різноманітність форм страхового захисту та національних систем охорони здоров'я [14].

Медично-соціальне страхування (МСС) – організаційні та фінансові заходи для забезпечення переходу до роботи системи охорони здоров'я в умовах страхової медицини [11]. Основними формами медично-соціального страхування є: соціальне страхування, соціальна допомога, приватна страхова ініціатива, соціальні послуги роботодавця. Таким чином, МСС як форма страхування являє собою систему з чотирьох компонентів.

До основних аспектів впровадження ринкової системи МСС належать:

- Визначення джерел фінансування як способу накопичення коштів, достатніх для забезпечення гарантій соціального захисту.

- Розподіл фінансового тягаря між основними суб'єктами страхування.

- Способи використання (розподілу і перерозподілу) страхових коштів.

В основу МСС закладено 5 основних системоутворюючих принципів, які визначають його специфіку та високу значимість в національних системах охорони здоров'я розвинених країн [13]:

- МСС є обов'язковим для всіх працюючих громадян і регулюється державою;
- Внески на МСС відповідають тій ступені захисту, яка необхідна людині відповідно до встановлених соціальних стандартів рівня і якості життя;
- Страхові виплати визначаються розмірами, термінами та іншими умовами сплати страхових внесків;
- Право на отримання страхових виплат визначається тільки виконанням обов'язків по сплаті внесків та фактом настання страхової події без додаткової перевірки потреби в доході;
- Обов'язок по сплаті внесків на МСС несуть спільно працівники і роботодавці з залученням при необхідності фінансової участі держави.

МСС у розвинених країнах складається з трьох сфер: системи обов'язкового (соціального) та приватного (добровільного) страхування, соціального забезпечення та страхового ринку.

Між системою МСС і страховим ринком існує тісний взаємозв'язок, при цьому сполучною ланкою є соціальні ризики.

До основних компонентів соціального захисту в розвинених країнах відносяться: бюджетні асигнування, МСС та соціальне забезпечення.

На цілі соціального захисту в розвинених країнах витрачається близько 30% ВВП. При цьому МСС (24,5% ВВП) є центральною ланкою у цій системі. Поєднання принципів обов'язкових та додаткових форм соціального захисту є основою ефективної моделі МСС [14].

У розвинених країнах в цілому домінують обов'язкові форми соціального захисту, основу яких становить обов'язкове (соціальне) страхування. Додаткові види страхування, орієнтовані на розвиток колективних та індивідуальних форм, в даний час покликані не замінити, а доповнити її обов'язкові елементи. Реальність така, що обов'язкове (соціальне) залишається найбільш поширеним і вагомим елементом системи соціального захисту більшості держав. Обсяг коштів, які щорічно проходять через МСС у розвинених країнах, в 2 рази перевищує асигнування державного бюджету і в 4 рази – щорічні надходження на додатковий соціальний захист – добровільне (приватне) страхування.

В даний час в розвинених країнах отримує розвиток приватне страхування. Приватне медичне страхування буває замінюючим, додатковим або доповнюючим. Замінює страхування слугує альтернативою державному страхуванню. Доповнює приватне медичне страхування повністю або частково покриває вартість

соціальних послуг, які не оплачуються або не повністю оплачуються державною системою. Додаткове приватне страхування дозволяє розширити вибір, прискорити доступ до послуг або підвищити їх якість. Більшість національних систем соціального захисту в тій чи іншій мірі черпають кошти з усіх вищезазначених джерел.

МСС є обов'язковим в силу закону і некомерційним, тому що не має на меті отримання прибутку. Економічну основу МСС становлять страхові відносини, умови яких є загальними і встановлюються державою. Обов'язковий характер МСС є необхідною умовою його організації.

Фінансовий механізм МСС функціонує на основі поєднання страхових принципів з елементами державного соціального регулювання. Як компонент системи фінансів, МСС являє собою сукупність відносин, за допомогою яких здійснюється перерозподіл національного доходу в залежності від дії соціальних ризиків. Зміст МСС полягає у створенні цільових грошових фондів та їх використання для страхового захисту населення [1].

Фінансовий механізм МСС представляє собою порядок і умови формування (мобілізації коштів, об'єднання фінансових ресурсів і ризиків) та використання коштів страхування (розподіл коштів і ресурсів) на встановлені державою цілі страхового захисту населення. Його основними елементами є: сплата страхових внесків, створення фондів МСС, здійснення соціальних виплат.

Фонди МСС є, з одного боку, відокремленими ланками системи фінансів, а з іншого – специфічними страховими фондами. В даний час фонди МСС розглядаються у трьох аспектах: 1) у широкому сенсі – всі кошти МСС, 2) у вузькому сенсі – конкретні фінансово-кредитні установи, 3) з точки зору їх відносин з бюджетом – відокремлені позабюджетні фонди соціального призначення.

Основними джерелами надходження коштів до фондів МСС є страхові внески, які є періодичними платежами, виробленими в обов'язковому порядку законодавчо встановленими групами населення, господарюючими суб'єктами та при необхідності – державою, що акумулюються в спеціальних фондах на цілі страхового захисту.

В табл.2 наведені розміри внесків та основні джерела фінансування системи МСС у розвинених країнах.

Як бачимо, розміри страхових внесків громадян коливаються від 2% в Бельгії і Швеції до 30,8% у США, а розміри страхових внесків роботодавців – варіюються від 1,2% у США до 72,5% у Німеччині.

Функціональна (галузева) організація МСС представляє собою структуру видів матеріальної компенсації соціального збитку, змістом якої виступає цільовий розподіл страхових коштів відповідно до суспільно визнаної необхідності і мірою покриття дії різних груп соціальних ризиків.

Таблиця 2. Розміри внесків і джерела фінансування системи медично-соціального страхування

Країна	Джерела фінансування систем МСС			
	Субсидії держави (%)	Внески роботодавців (%)	Страхові внески громадян (%)	Прямі доплати громадян (%)
Бельгія	27	50	2	21
Німеччина	14,2	72,5	6,4	6,9
Франція	1,8	73	3,7	21,5
Великобританія	78	10	3,8	8,2
Італія	36,2	45,5	3,3	15
Швеція	71	18,4	2	8,6
Швейцарія	34,7	28,7	16,6	20
США	41,8	1,2	30,8	26,2

Функціональна організація МСС змінюється в часі і по країнах. Ще п'ять років тому система налічувала лише чотири галузі: медичне, пенсійне страхування, страхування від нещасних випадків і від безробіття [9]. Новий вид страхування по довгостроковому догляду

зараз існує як окрема галузь лише в Німеччині та Франції. Його поява зумовлена соціалізацією ризику втрати людиною фізіологічної здатності самостійного забезпечення.

Функціональна структура МСС оцінюється через: 1) структуру страхових виплат і 2) структуру страхових внесків.

Структура страхових виплат характеризує реальний рівень відшкодування ризиків як за рахунок страхування, так і за рахунок державного бюджетного участі у компенсації соціального збитку. Структура страхових внесків більш наближена до первісного рівня соціальних ризиків, оскільки позбавлена впливу інших, ніж страхові, фінансових джерел, що характеризує власні досягнення системи.

Підсумовуючи все вище зазначене, доцільно зробити висновки. Соціальний ризик являє собою ймовірність настання випадкових, незалежних від волі людини подій, що загрожують його нормальному функціонуванню, фізіологічній та соціально-економічній життєдіяльності.

Соціальний захист відіграє надзвичайну роль в системі медичного страхування, оскільки дає можливість реалізувати право громадян на матеріальне забезпечення старості, у випадку хвороби, повної або часткової втрати працездатності або відсутності такої від народження, безробіття.

В загальному, медично-соціальне страхування можна визначити як організаційні та фінансові заходи для забезпечення переходу до роботи системи охорони здоров'я в умовах страхової медицини.

Аналіз функціональної структури МСС у розрізі розвинених країн дозволив виявити три основні тенденції:

- структура виплат досить виражена і однаково регламентована;
- країни можуть дозволити собі більш високий рівень витрат на виплати, які не є предметом "першої необхідності", наприклад, допомоги по безробіттю;
- вплив соціальних ризиків на функціональну організацію страхового захисту опосередковано законодавчо встановлюються рівнем відповідних соціальних гарантій.

Розвиток окремих галузей системи МСС визначається трьома основними факторами:

- 1) рівнем соціального ризику в суспільстві, що виражається в частці населення, що втратив дохід з цієї причини;

2) ступенем втрати доходу, повної або часткової, постійної або тимчасової;

3) мірою покриття ризику, що встановлюється державою виходячи з сучасних цілей соціальної політики.

Кожна із страхових галузей має особливості застосування страхових принципів для покриття тих чи інших соціальних ризиків і специфіку кваліфікаційних умов страхування для різних соціально-демографічних груп населення.

1. Антропов В.В. Социальная защита в странах Европейского союза. История, организация, финансирование, проблемы. Серия: Мировая экономика. Зарубежные страны и Россия. М, 2006; 271 с. 2. Брюханова Н., Габуева Л., Щепин В. Экономическая и правовая основы государственного и частного здравоохранения. Здравоохранение № 4. – 2005. – с.41-46. 3. Брыскина Н.В. Факторное воздействие страховых рисков при медицинских услугах. Автореф. дисс. к.э.н. Екатеринбург, 2006; 23 с. 4. Бурков В.Н., Заложнев А.Ю., Кулик О.С., Новиков Д.А. Механизмы страхования в социально-экономических системах. М.: ИПУ РАН, 2001. – 109 с. 5. Лиснер Л., Весс И.: Перестройка вместо сокращения. Социальные государства в сравнении. Германия, Австрия, Швеция. Франкфурт-на-Майне, 1999 ("Федеральное издательство" и "Издательство ОАП"). 6. Медико-социальное страхование. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. ВОЗ. 58 сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения. А 58/20 от 7 апреля 2005 г. Доклад секретариата. Пункт 13.16 предварительной повестки дня. – 6 с. 7. Международное бюро труда. Комитет по занятости и социальной политике. Социальная защита как производственный фактор. Женева, ноябрь 2005; 19 с. 8. Нойбург К. Адресное обеспечение дохода малоимущих и функционирование европейских систем социальной защиты (Маастрихт, 2005); 57 с. 9. Общая информация о Европейском Союзе <http://www.bma.bund.de> Сайт Федерального министерства труда и социальных дел Германии. 10. Петер В. Дж., Губи Т. Европейская социальная политика. Согласование систем социального обеспечения. "Максимилиан Пресс", Лондон, 1996. 11. Социальное страхование здоровья. Доклад Секретариата. ВОЗ. Исполнительный комитет EB114/16. Сто четырнадцатая сессия 29 апреля 2004 г. Пункт 4.10 предварительной повестки дня. – 5 с. 12. Характеристика социального положения в Европе 2000 г. Европейская Комиссия, Генеральный директорат по вопросам занятости и социальной защиты / Евростат, Люксембург 2000. <http://europa.eu.int> 13. Хольцман Р., Йоргенсен С. Социальное управление риском: новая концептуальная база для социальной защиты и дальнейших действий. Сборник материалов по вопросам социального обеспечения. Всемирный банк, 2000. – 37 с. 14. Швейцер В. Я. Контуры социальной Европы // Современная Европа, 2000; 2: С. 125-127.

Надійшла до редколегії 12.02.11

УДК 336.77

А.О. Ігнатюк, асп.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ФІНАНСОВОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ

Проаналізовано основні тенденції та особливості розвитку фінансової системи України. Досліджено основні недоліки та досягнення фінансових установ за період незалежності країни.

Ключові слова: фінансові ринки, фінансові посередники, банківсько-орієнтована фінансова система.

Проанализировано основные тенденции развития финансовой системы Украины. Исследованы основные недостатки и достижения финансовых институтов за период независимости страны.

Ключевые слова: финансовые рынки, финансовые посредники, банковско-ориентированная финансовая система.

Overview of the recent trends in the Ukrainian financial systems development is providing. The main drawbacks and achievement of financial intermediaries are studied.

Keywords: financial markets, financial intermediaries, bank-based financial system.

Не дивлячись на те, що за порівняно короткий період в Україні на сьогоднішній день створено активний банківський сектор, роль якого в економіці постійно зростає, більшість банків та небанківських установ в Україні мають незначний обсяг капіталу, є малоефективними та високо витратними. Найважливішим є те, що значна кількість банків та небанківських установ фінансово є надто слабкими, щоб громадяни довіряли їм свої гроші. Разом усі фінансові посередники можуть мобілізувати невеликі обсяги заощаджень і надати в позику ще менші суми для підтримки виробництва порівняно зі своїми іноземними конкурентами.

Серед сучасних вчених, що займаються проблемою вивчення розвитку фінансового посередництва в Україні слід відзначити наступних вчених: Чухно А. [1], Базилевич В. [2], Корнєєв В. [3], Опарін В. [4], Лютий І., Барановський О. та інші. Однак зберігається потреба у вивченні особливостей сучасного стану фінансового ринку України для виявлення можливих шляхів удосконалення функціонуючої системи.

У даній статті буде розглянуто більш детально депозитні та недепозитні фінансові установи в Україні, проаналізовано їх стан та проблеми на шляху розвитку, а також шляхи підвищення ефективності функціонування.

Найбільшою довірою серед усіх фінансових інституцій у населення України користуються комерційні банки, а кредитні спілки, страхові компанії та ринок цінних паперів залишаються не привабливим для українських громадян, у силу того, що і страховий ринок і фондовий ринок в Україні ще на стадії розвитку. Сучасне інституційне забезпечення заощаджень домогосподарств в Україні складається з комерційних банків, страхових компаній (СК), інвестиційних фондів (ІСІ), кредитних спілок (КС) та недержавних пенсійних фондів (НПФ).

До 2008 року банківська система демонструвала високі темпи приросту показників своєї діяльності, темпи приросту основних показників діяльності банків України мали тенденцію до збільшення починаючи з 2004 року (див. рис.1.). Однак ситуація змінилася у 2009 році з початком світової фінансової кризи.

Так, у 2009 році активи банків зменшилися на 45,8 млрд. грн. або на 4,9 % і становили на кінець року 880,3 млрд. грн.; кредити, надані банками зменшилися на 44,9 млрд. грн. або на 5,7% (див.рис.1.), з них: кредитів, що надані суб'єктам господарювання – зросли лише на 2,4 млрд. грн. або на 0,5%; кредити, що надані фізичним особам, – зменшилися на 46,3 млрд. грн. або на 17,2% [5].

За 2009 рік власний капітал банків зменшився на 3,4% або на 4,1 млрд. грн. та склав на кінець року 115,2 млрд. грн. Регулятивний капітал навпаки зріс у 2009 році на 10,3% або на 12,7 млрд. грн. і склав у

2009 році 135,8 млрд.грн. (див.рис.1.). Тобто за рахунок збитків понесених банками у 2009 році статутний капітал банків перевищував власний капітал банків.

Зобов'язання банків України за 2009 рік зменшилися на 41,7 млрд. грн. або на 5,2% і на кінець 2009 року становили 765,1 млрд. грн. Зменшення відбулося в основному за рахунок відтоку коштів з рахунків строкових коштів суб'єктів господарювання та фізичних осіб – 28,7 млрд. грн. та 19,9 млрд. грн. Частково стрімке номінальне зростання активів, кредитів та зобов'язань банків може бути пояснене девальвацією гривні по відношенню до долара. Так, у грудні 2008 року порівняно з червнем 2008 року курс долара до гривні збільшився на 56,3%, з 4.85 грн. за 1 доллар до 7.48 грн [5].

Важливими показниками розвитку банківської системи у світовій практиці прийнято вважати відношення основних показників банківської діяльності до ВВП. З 2002 по 2008 рік спостерігається стабільне зростання відношення активів, наданих кредитів, зобов'язань та капіталу до ВВП, особливо починаючи з 2004 року. Так, у 2006 році відношення активів до ВВП збільшилося з 48% (станом на 01.01.2006) до 97,7% (станом на 01.01.2009), а у 2009 – до 96,2% (станом на 01.01.2010) [5]. За цим показником Україна все ще відстає від країн з розвинутою економікою в декілька разів. Однак з іншого боку, така невелика глибина фінансового ринку у періоди криз має не такий глибокий негативний вплив на економіку країни в цілому.

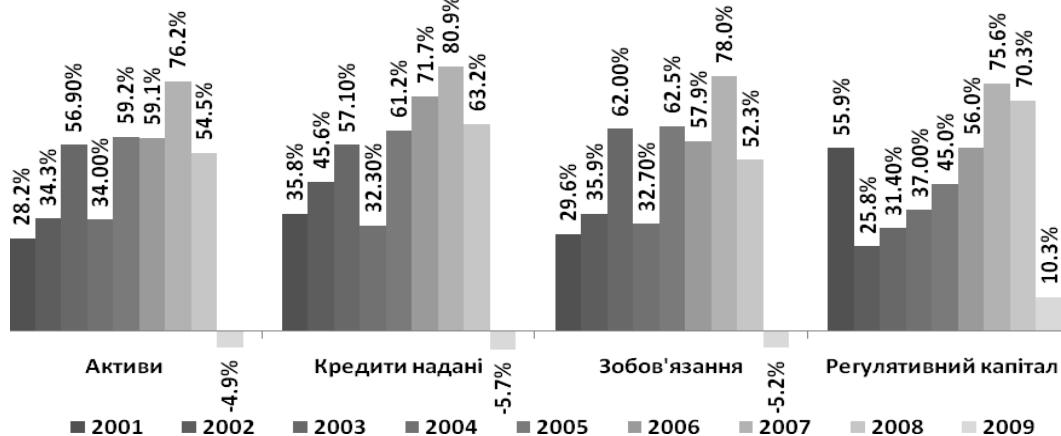


Рис.1. Темпи приросту основних показників діяльності банків України*

*Розраховано автором на основі даних НБУ

Найчастіше використовують показник відношення розміру кредитів приватному сектору до ВВП. Приватний кредит відображає суму заощаджень, які спрямовуються приватним компаніям через фінансових посередників. Цей показник в Україні, який становив 83,6% у 2009 році, а в 2009 – зменшився до 81,7% (див.рис.2) [5].

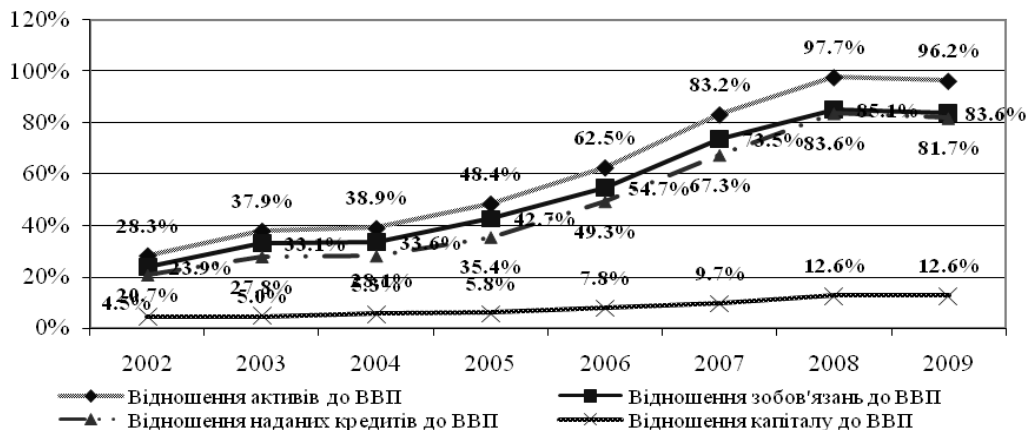


Рис.2. Відношення активів, наданих кредитів, зобов'язань та капіталу до ВВП*

*Розраховано автором на основі даних НБУ

Підтвердженням відновлення довіри до банківської системи, як з боку суб'єктів господарювання, так і з боку населення у поточному році, були незначні темпи приросту депозитів. При цьому впродовж 11 місяців 2010 року зобов'язання банків за строковими вкладками фізичних осіб зростали вищими темпами (27.6% до початку року), ніж за коштами суб'єктів господарювання (23.1% до початку року) [5].

Так, за 9 місяців 2010 року депозити, залучені кредитними корпораціями склали 398 млрд.грн., з них 226 млрд. грн. у національній валюті та 117 млрд. грн. в іноземній валюті, що становить 43.1% від усіх депозитів, що на 10% більше ніж у 2002 році [5]. Зберігання заощаджень в іноземній валюті є характерним явищем для України, що зумовлено насамперед реакцією населення на економічну нестабільність, недовіру до національної валюти, високий рівень інфляції, зростанням числа закордонних подорожей, активізацією зовнішньо-економічних відносин, що потребує коштів, а також бажанням домашніх господарств диверсифікувати портфель активів.

З усього обсягу депозитів за 9 місяців 2010 року 37.1 % становили депозити до запитання, 34.3% – до 1 року, 23% – від 1 до 2 років, більше 2 років – 5.7% [5]. У 2007 році депозити до запитання становили 32.9%, до 1 року – 21.4%, від 1 до 2 років – 37.4%, більше 2 років

– 8.3% [5]. Тобто помітно, що вкладники значно скоротили свої вклади, які за терміном є довші ніж 1 рік. Це є негативним фактом як для банківської системи, так і для економіки країни в цілому, оскільки свідчить про недовіру вкладників до банківської системи та скорочує наявність довгострокових інвестиційних ресурсів для забезпечення довгострокового економічного зростання.

Для вимірювання ефективності банківської системи використовують такі показники як показник чистої процентної маржі (відношення чистого процентного прибутку до процентних активів), рентабельність активів та капіталу, прибуток/збиток. Як видно з таблиці 1 у 2009 році банки України зазнали збитків у розмірі 38 млрд.грн., що відповідно також вплинуло негативно на рентабельність активів та капіталу банківської системи (-4.4% та - 32.5% відповідно). Щодо показника чистої процентної маржі, то зі зростанням доходу країни величина цього показника, як правило, знижується, оскільки з розвитком ефективність банків зростає. За цим показником Україна значно випереджає інші країни, зокрема країни Європейського союзу: у 2008 році цей показник становив у Німеччині – 2.5%, США – 3.8%, Швеція – 2.4%, Канада – 1.8%, Фінляндія – 1.1%, Бельгія – 1.1%, Італія – 2.5%, Латвія – 2.9%, Польща – 3.1, Португалія – 2.9%.

Таблиця 1. Показники ефективності діяльності банківської системи в Україні, 2004-2009*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Результат діяльності, млн.грн.	1263	2170	4144	6620	7304	-38450
Рентабельність активів, %	1.07	1.31	1.61	1.5	1.03	-4.38
Рентабельність капіталу, %	8.43	10.39	13.52	12.67	8.51	-32.52
Чиста процентна маржа, %	4.9	4.9	5.3	5.03	5.3	6.21
Чистий спред, %	5.72	5.78	5.76	5.31	5.18	5.29

*Джерело: НБУ, www.bank.gov.ua.

Висока чиста процентна маржа негативно впливає на обсяги кредитів приватному сектору, тобто стримує розвиток економіки країни.

У сучасних умовах одним з основних завдань для банків України є забезпечення прибутковості діяльності – необхідної умови фінансової стійкості та якісного розвитку банків для підвищення їх конкурентоспроможності на фінансових ринках.

Загалом слід відзначити наступні проблеми в банківському секторі України:

- низька рентабельність активів через їх загальну низьку якість. Висока питома вага неприбуткових активів у загальних активах банків та невинуватно висока вартість ведення бізнесу;
 - недостатній рівень капіталізації комерційних банків;
 - низький рівень банківського менеджменту, корпоративного управління та конкурентоспроможності на світових ринках;
 - відсутність у комерційних банків ефективних механізмів та інструментів управління ризиками, планування та стратегії розвитку;
 - недостатня ефективність банківського нагляду, зокрема щодо нагляду оцінки ризиків банківської діяльності та захищеності прав кредиторів;
 - відсутність довіри клієнтів до банківського сектору (згідно результатів проведеного опитування населення щодо визначення ступеня довіри громадян до фінансових інститутів у 2005 році лише 7,8% опитаних довіряє недержавним банкам) [6];
 - непрозорість при реєстрації власників компаній;
 - недостатня якість та асортимент банківських послуг, майже повна відсутність послуг Інтернет-банкінгу.
- Однак існують і певні досягнення за роки розвитку банківського сектору в Україні. Насамперед, це ство-

рення однієї з найкращих серед світових аналогів системи міжбанківських електронних платежів. Також було організовано і налагоджено власне виробництво високоякісних грошових знаків, здійснено перехід до міжнародних стандартів бухгалтерського обліку та звітності, створено Фонд гарантування вкладів фізичних осіб.

Однак, на сьогоднішній день на фінансовому ринку не тільки комерційні банки займаються залученням коштів населення, у них постійно з'являються нові конкуренти. Так, на кінець 2009 року було зареєстровано 816 кредитних установ, з них 755 кредитних спілок, 32 інші кредитні установи та 29 юридичних осіб публічного права [7].

Серед депозитних фінансових установ, що залучають кошти населення на вклади, заслугують на увагу також кредитні спілки, які розпочали свою діяльність ще у ранні 90-ті роки. Відповідно до офіційної статистики, наданої Держкомфінпослуг, станом на кінець другого кварталу 2010 року в Україні було зареєстровано 700 кредитних спілок, що на 129 менше ніж у 2008 році [7]. Під час кризи 2008-2009 років велику кількість кредитних спілок було виключено з державного реєстру у зв'язку з істотним погіршенням платоспроможності кредитних установ, і у результаті чого посилювався контроль з боку Держфінпослуг, зокрема, вжиття заходів до кредитних установ, які систематично не виконували заходів впливу, що раніше застосовувалися до них Держфінпослуг.

Разом із зменшенням кількості кредитних спілок у 2009-2010 роках порівняно з попередніми періодами відбувається також уповільнення рівня ділової активності та значне зниження темпів приросту показників діяльності кредитних установ. Обсяг активів, капіталу, депозитів та кредитів зменшився у 2009 році порівняно з 2008 роком на 30.5%, 55%, 30% та 25.1% відповідно [7]. Однак, сума активів кредитних спілок є невеликою порі-

вняно з європейським рівнем як і у інших кредитних спілок у Східній Європі. Так, сума активів до ВВП становила лише 0.5% у 2009 році.

Хоча кредитні спілки виконують подвійну функцію: зберігання заощаджень і надання кредитів головним мотивом вступу до кредитних спілок все ж є, у першу чергу, можливість отримати кредит (44%), ще для 36% обидві функції однаково важливі, а самі по собі заощадження через кредитні спілки є головним чинником для значно меншої кількості членів кредитних спілок – 15%. 40% опитаних, окрім кредитних спілок, користуються й іншими фінансовими установами. Головна причина обрання саме кредитних спілок для більшості полягає у тому, що у кредитних спілках кращі умови зберігання грошей (37%), кредитні спілки надають фінансові послуги на кращих умовах (29%), у кредитних спілках перебувають родичі і знайомі (26%). Загалом "родинність" досить притаманна кредитним спілкам – у 36% у кредитній спілці разом з ним і перебувають і члени їхніх сімей [7].

Більшість кредитних спілок мають малу кількість членів, однак частка таких кредитних спілок у загальному обсягу має тенденцію до зниження. У кінці 2006 року у 66.5% кредитних спілок кількість учасників була менша ніж 1000, а у 2009 році вона становила вже 60.2%; одна третя усіх кредитних спілок мала від 1 до 10 тисяч учасників в 2006–2009 роках, 29 у 2006 році та 33 у 2009 році кредитних спілок мали від 10000 до 100000 учасників та 3 у 2006 і 2 у 2009 роках спілки мали більше ніж 100 000 учасників [7].

Панічні настрої серед вкладників кредитних спілок на початку фінансової кризи спричинили масовий відтік депозитів: за період 2008–2009 рр. кількість вкладників зменшилась на 52,3% з 245,3 до 117 тис. осіб, а кількість позичальників зменшилась на 24,6% з 561,5 до 423,6 тис. осіб., що спричинило дисбаланс кредитного та депозитного портфелів [7]. Однак не тільки обсяг кредитів наданих кредитними спілками зменшився у 2009 році, але і середня сума кредиту також зменшилась з 9,6 тис. грн. у 2008 році до 8,1 тис.грн. у першому кварталі 2010 р. Середній обсяг депозитів також зменшився з 24.1 тис.грн. у 2008. до 23.5 тис.грн. у 2010р. [7].

Кредитні спілки, враховуючи низьку платоспроможність позичальників, значно зменшили обсяги кредитування, ввели більш жорсткі умови для надання кредитів та санкції в разі неповернення їх позичальниками.

Загалом можна зробити висновок, що хоча кредитним спілкам в Україні ще дуже далеко до банків за обсягами активів та клієнтів, однак позитивні зрушення у цьому напрямку вже почала відбуватися відбуватися до настання кризи у 2008 році. Так, за 2004–2008рр. помітна позитивна тенденція до зростання ключових фінансових показників, рівня капіталізації та фінансової стабільності кредитних спілок, а також зростає кількість філій кредитних спілок по всій Україні, що підвищує доступність їхніх послуг для населення.

Інвесторів, які хочуть більший прибуток ніж пропонують банки, сьогодні в Україні приваблюють інститути спільного інвестування (ICI). Вони з'явилися в 2001 році, коли був прийнятий Закон України "Про інститути спільного інвестування (пайові і корпоративні інвестиційні фонди)" [8]. Ці інститути займаються залученням грошових засобів населення і компаній через механізм випуску цінних паперів (інвестиційних сертифікатів чи акцій) і інвестуванням їх у внутрішню економіку. Досвід розвинених країн свідчить, що вкладення коштів в акції дозволяє не лише зберегти капітал, але і збільшити його.

Економіка будь-якої країни працює за рахунок залучення ресурсів населення. В США дві третини вкладників в інвестиційні фонди – домогосподарства [9]. Чим

більше розвинена країна, тим більше її громадян інвестує свої тимчасово вільні кошти в інвестиційні фонди, страхові компанії та інші парабанківські фінансово-кредитні установи.

За даними Української асоціації інвестиційного бізнесу (УАІБ), на початок жовтня 2005 року інститути спільного інвестування випустили цінних паперів на 23,9 млрд. грн. А сукупний обсяг зареєстрованої емісії відкритих фондів у 2008 році зріс на 27,7% і досяг понад 2,9 млрд. грн. при цьому сума емісії за 2008-й рік була приблизно удвічі меншою, ніж за 2007-й [10].

Однією з переваг інститутів спільного інвестування в Україні є пільгове оподаткування. Це дозволило ICI стати конкурентами офшорам і уповільнити процес вимивання капіталів з України. Крім того, інститути спільного інвестування позиціонуються як безподаткові структури: податки стягуються лише з доходів інвесторів при виході з фонду чи отриманні дивідендів. Фізична особа при продажі сертифіката інвестиційного фонду платить 5% податку з інвестиційного доходу, а при продажі його третій особі – 15% з інвестиційного доходу.

Необхідною умовою для розвитку ICI в Україні є розвиток фондового ринку в Україні, який протягом останніх років активно розвивається, однак є ще дуже невеликим за обсягом по відношенню до міжнародних стандартів. Наприклад, за класифікацією міжнародного рейтингового агентства "Стандард енд Пурс" Україну віднесено до групи граничного ринку (Frontier) ринок, що є невеликим порівняно з ринками, що розвиваються [10].

Інтерес домашніх господарств до ринку акцій, масовість їх участі в інвестиційних процесах значною мірою залежить від того, наскільки цей ринок здатний відповідати намірам цих суб'єктів, задовольняти їхні цілі. В Україні ці установи поки що не в змозі забезпечити повне збереження та сталі доходи на вкладені кошти. Фінансово-економічна криза, що розгорнулася у 2008 році суттєво вплинула на діяльність відкритих інститутів спільного інвестування в Україні. Переоцінений у 2007 році український фондовий ринок у 2008 впав нижче справедливого рівня цін, на думку деяких експертів (так вартість деяких цінних паперів зменшилася у 5–10 разів, індекс ПФТС впав на 76%). Таким чином, сформувався значний потенціал для майбутнього росту як ринку в цілому, так і галузі відкритих ICI. Поліпшити ситуацію покликаний прийнятий наприкінці 2008 року Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про інститути спільного інвестування (пайові та корпоративні інвестиційні фонди)", який, зокрема, дозволить управляючим відкритими фондами формувати більш гнучку структуру їхніх активів та розширити можливості для уникнення втрат на ринку, що падає.

Інший напрям акумулювання та трансформації заощаджень населення в інвестиції є механізм страхового ринку. Не дивлячись на те, що цей сегмент економіки за останні роки в Україні зростає як за розміром, так і за складністю, але відповідно до міжнародних стандартів все ще є дуже незначним та залишається не цікавим для домашніх господарств. Однак ринок страхових послуг залишається найбільш капіталізованим серед інших небанківських фінансових ринків в Україні, особливо зважаючи на зменшення капіталізації в таких фінансових секторах економіки, як кредитна кооперація.

До того ж на відміну від інших видів страхування, страхування життя в Україні і досі перебуває на етапі становлення. Кількість страхових компаній у 2009 році становила 450, з яких 72 – зі страхування життя ("Life") та 378 – страхові компанії, що здійснювали види страхування, інші, ніж страхування життя ("non-Life"). У порівнянні з 2008 роком кількість страхових компаній змен-

шилась на 19. У 2009 році доля компаній зі страхування життя у загальній кількості страхових компаній становила 15,4%. Також протягом 2009 року на 15% зменшилась кількість укладених договорів страхування. [7]

Незважаючи на значну кількість компаній, фактично на страховому ринку основну частку, 90,3%, валових страхових премій акумулюють 100 страхових компаній "non-Life", що становить 25,3% всіх "non-Life" страховиків та 95,2% – 20 страхових компаній "Life", що становить 27,8% всіх страховиків "Life" [7].

У 2009 році обсяг загальних активів страховиків становив 41 970,1 млн. грн., цей обсяг не змінився майже з 2008 року. Разом з тим, основною проблемою для страховиків залишається недостатність ліквідних фінансових інструментів для проведення ефективної політики інвестування коштів. Частково на цей процес вплинуло призначенням тимчасової адміністрації в банківських установах, у яких відкриті депозити страховиків, що спричинило зростання ризику невиконання зобов'язань перестраховиками-резидентами. Страхові резерви зменшилися у 2009 році на 7%.

Структура страхових резервів у 2009 році у порівнянні з 2008 істотно не змінилася: третина страхових резервів (35%) була розміщена в банківських депозитах, 10-12% – на розрахункових рахунках, 24% – у нерухомому майні, 16-18% – в акціях українських емітентів. Водночас необхідно зазначити, що у 2009 році страхові компанії почали активно вкладати кошти державні цінні папери, особливо для забезпечення резервів зі страхування життя. Так, у 2009 році державні цінні папери на балансах страховиків склали 687,7 млн. грн. [7]

Важливим показником розвитку страхового ринку є коефіцієнт проникнення або відношення валових або чистих страхових премій до ВВП, який після після 2004 року почав знижуватися, незважаючи на своє досить низьке значення (2,2% у 2009р.).

Щодо одного з головних видів страхування у світі – страхування життя. То в Україні у 2009р. в структурі валових страхових премій всіх видів страхування страхування життя становило лише 4,0%, тоді як в більшості країн Заходу вони становлять більше ніж 60%. Відповідно, рівень поширення страхування життя (тобто страхові премії зі страхування життя у % до ВВП) складає лише 0,01% – зовсім незначну частину порівняно з 3,06% в Німеччині, 8,64% в Японії, 8,23% в Південній Кореї або 1,04% у Польщі чи 0,96% у Росії [11].

Цікавим і корисним для впровадження в Україні є досвід страхування життя у Німеччині, де цей вид страхування традиційно є найпопулярнішим інструментом забезпечення старості. Однак, є країни, в яких добровільне страхування життя відіграє ще більшу роль. Прикладами в Європі є Великобританія, а в Азії – Японія. Це, по-перше, дуже тісно пов'язано з рівнем ефективності, а також із спектром послуг державних систем забезпечення старості, по-друге, досвід країн Східної Європи показує: якщо в громадян більше 70% доходів іде на придбання продуктів харчування, страхові послуги є надто дорогими для потенційних споживачів [12]. До основних проблем страхового ринку України можна віднести наступні:

- низький рівень довіри з боку населення до страхових компаній та низький рівень страхової культури населення;
- відсутність кваліфікованого персоналу, низька якість страхових послуг, вузький спектр послуг;
- недостатньо розвинений ринок страхових посередників, мережі страхових брокерів та агентів, та інша інфраструктура ринку;
- відсутність відкритої ринкової інформації;

- низький платоспроможний попит фізичних та юридичних осіб на страхові послуги;
- відсутність надійних інвестиційних інструментів для довгострокового розміщення страхових резервів;
- відсутність високотехнологічних рішень;
- недостатньо розвинене законодавство щодо вимог до платоспроможності, ліквідності й інвестування ресурсів.

На ринку добровільного пенсійного забезпечення у страхових компаній у 2004 р. в Україні з'явився конкурент по залученню довгострокових коштів населення – це недержавні пенсійні фонди. Запровадження цього так званого третього рівня пенсійної системи дозволить збільшувати інвестиційний потенціал більш, ніж на 500 млн.грн. щорічно з виразною тенденцією до зростання. А можливості обов'язкової накопичувальної системи оцінюються в 2,5-3,5 млрд. грн. довгострокових інвестиційних ресурсів [13].

На сьогоднішній день послуги у сфері недержавного пенсійного забезпечення надаються недержавними фондами, створеними відповідно до норм Закону України "Про недержавне пенсійне забезпечення". Метою інвестування пенсійних активів є, насамперед, збереження пенсійних заощаджень громадян. Тому стратегія інвестування недержавних пенсійних фондів є більш консервативною, ніж у інших фінансових установ. Усього станом на другий квартал 2010 року було зареєстровано 107 недержавних пенсійних фондів, які нараховували 500,000 учасників з якими було укладено 64,600 контрактів.

Загальна сукупна сума активів, сформованих пенсійними фондами станом на другий квартал 2010 р. становить 985 млн. грн., а у 2009 р. – 858 млн.грн., що на 40% більше ніж у 2008 р. Однак за світовими масштабами це є надзвичайно мізерні суми. Наприклад, у 2002 році активи одного з найбільших пенсійних фондів у світі та першого у рангу за величиною активів – CALPERS – становили 156,3 млрд.долл., а на сотому місці пенсійний фонд мав активи у розмірі 14,9 млрд.долл. Активи ж українських НПФ по відношенню до ВВП ледь сягають 0.1%.

За результатами даних Держкомфінпослуг 1 півріччя 2007 року лише 1,12% працездатного населення України було учасниками НПФ. По відношенню до "середнього класу", який за розрахунками досліджень складає 8-10% всього населення, а частка учасників НПФ складає біля 10-12%.

Вищевикладене дозволяє зробити висновок, що недержавні пенсійні фонди на сьогоднішній день не користуються у населення країни підвищеним попитом. За даними Держкомфінпослуг, вкладниками НПФ станом на 01.07.07 було лише 1,12% населення країни, як було зазначено вище. Серед усіх не депозитних фінансових установ найбільшу питому вагу на ринку фінансового посередництва мають страхові компанії. Хоча безумовними лідерами серед усіх фінансових посередників в Україні є комерційні банки. Однією з головних причин низьких обсягів активів українських фінансових установ називають низький рівень залучення заощаджень населення, впершу чергу через високий рівень недовіри до фінансових установ та низький рівень життя населення. Україна могла б істотно збільшити глибину та ефективність фінансового посередництва через застосування стратегічно орієнтованого підходу до консолідації, який би винагороджував високоякісні та ефективні банки і сприяв застосуванню значно рішучіших санкцій до неефективних та збанкрутілих банківських установ. При цьому банківський нагляд має здійснюватися не лише на статистичній базі; а звертатися до розробки випереджувальних прогнозів можливих наслідків розви-

тку подій та виявляти більшу пильність у визначенні потенційно небезпечних позицій.

1. Чухно А. Сучасна фінансова-економічна криза: природа, шляхи і методи її подолання // Економіка України, №1, 2010, с.4-18. 2. Базилевич В.Д. Розвиток фінансового ринку в сучасних умовах // Фінанси України. – №12. – 2009. – с.5-12. 3. Корнєєв В.В. Модифікація форм фінансового посередництва в Україні // Фінанси України. – №1. – 2008. – с.77-85. 4. Федосов В.М., Опарін В.М., Львович С.В. Інституційна фінансова інфраструктура України: сучасний стан та проблеми розвитку // Фінанси України. – №12. – 2008. С.3-21. 5. Національний банк України, <http://www.bank.gov.ua> 6. Енді Поправа, Звіт про розвиток Стабілізаційного фонду та програми оздоровлення для кредитних спілок України. Програма Зміцнення Кредитних Спілок в Україні. Травень 2005-05-23.

7. Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг, www.dfr.gov.ua. 8. Закон України "Про інститути спільного інвестування (пайові та корпоративні інвестиційні фонди)" від 15 березня 2001 року №2299-III. www.rada.gov.ua. 9. Ковалева В., Блинов А. Мы стоим гораздо больше // Эксперт. – 2006. – №6(57). – с.42-43. 10. Українська асоціація інвестиційного бізнесу, www.uaib.com.ua 11. Джуччі Р., Хенке Ф.. Значення ринку страхування для економічного розвитку України: аналіз та рекомендації для економічної політики // Страхова справа. – 2004. – №1(13). – с.72. 12. Хенке Ф. Європейський досвід страхування життя та пенсійного страхування // Страхова справа. – 2004. – №4(16). – с.56. 13. Шевченко О. Недержавні пенсійні фонди та страхові компанії: взаємне поборювання чи взаємодія на ринку додаткового пенсійного забезпечення? // Страхова справа. – 2003. – №4(12). – с.78.

Надійшла до редколегії 16.02.11

УДК 368.029.5.

В.В. Нечипоренко, асп.

ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ І ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ ЯК ВИДУ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВИХ ДОГОВОРІВ

В статті аналізуються правові фактори, що сприяли утворенню та розвитку цивільно-правового інституту перестрахування у світі. Здійснено розгляд характерних правових ознак розвитку перестрахування та його актуального стану.

Ключові слова: перестрахування, страхування, страховий ризик, страхування морських вантажоперевезень.

В статье анализируются правовые факторы, которые способствовали образованию и развитию гражданско-правового института перестрахования в мире. Рассмотрены характерные правовые черты развития перестрахования и его актуального состояния.

Ключевые слова: перестрахование, страхование, страховой риск, страхование морских грузоперевозок.

In this article legal factors of establishment and development of civil-law institute of reinsurance in the world are analyzed. Specific legal traits of reinsurance development and its current conditions are contemplated.

Keywords: reinsurance, insurance, insured risk, cargo insurance.

Особливістю правового інституту перестрахування є те, що він не має своїх безпосередніх витоків з Римського права (як значна частина інших цивільно-правових договорів) та є похідним від правового інституту страхування. Про це свідчить не лише відсутність аналогічних угод в стародавні часи, але й наявність багатьох інформаційних джерел, в яких вказується про перші прецеденти укладення договорів перестрахування ризиків, пов'язаних із морськими вантажоперевезеннями, в більш пізній час. Це були своєрідні прообрази сучасних договорів перестрахування.

Найбільш розповсюдженою думкою про укладення першої такої угоди є відомості про договір у 1370 р., коли перестраховувалося морське вантажоперевезення з Генуї до Брюгге [1]. В практичних літературних джерелах в сфері страхування зустрічається і більш конкретне формулювання щодо цього факту, а саме – що у вказаному випадку був укладений договір перестрахування не всього вантажоперевезення по маршруту з Генуї до Брюгге, а лише його найнебезпечнішої частини через Біскайську затоку від іспанського Кадіза до порту Слюз. В свою чергу, весь маршрут вантажоперевезення з Генуї до Брюгге лише був об'єктом страхування [2]. Акцентуємо увагу на цьому з тієї причини, що аналіз цих обставин дозволяє зробити висновки про те, що вже у XIV столітті на практиці було чітко розрізнення між страхуванням та перестрахуванням і всі суб'єкти, причетні до укладення таких договорів – страховики, страхувальники, перестраховики – вже мали змогу визначати доцільність укладення договорів перестрахування в кожному конкретному випадку. Це свідчить про те, що не можна визнавати доведеним і безспірним твердження, що першим фактом укладення договору перестрахування є звично згадувана угода щодо вантажоперевезення з Генуї до Брюгге в 1370 р.

На жаль, наукові джерела містять вкрай мало інформації для дослідження перших угод, що слугували витоками для формування правового регулювання договорів перестрахування. Тому, можливо робити лише припущення про цивільно-правові ознаки таких право-

чинів: форму, особливості укладення, виконання і припинення договорів, істотні умови і т.д. Тим не менш, за час формування інституту перестрахування, він зазнавав різноманітних трансформацій, розвиваючись від найпростіших форм отримання перестраховальних комісій і, навіть, спекуляцій, до утворення чіткої правової конструкції договору перестрахування, врегульованої та вдосконаленої, здебільшого, правовими звичаями процедури його укладення і виконання.

В XIV – XIX столітті (час раннього формування правового інституту перестрахування) для морського транспорту існувало доволі багато загроз: недосконалість конструкцій плавзасобів, які не завжди могли витримати умови океанічного шторму, піратство (в тому числі на підставі отриманого патенту від урядів ворогуючих держав), недосконалість морської навігації і т.д. Тому, у випадку значної затримки прибуття вантажу у його власника виникали небезпідставні побоювання.

Найперші згадані в науковій літературі перестраховальні угоди являли собою домовленості між морськими страховиками, які довгий час не отримували інформацію про долю застрахованого вантажу, та іншими страховиками, які за підвищений відсоток винагороди погоджувалися відшкодувати весь ймовірний збиток від втрати вказаного вантажу, або його певну частину. Тобто, в даному випадку мали місце прообрази договорів перестрахування, коли перед страховиками морського вантажу виникала велика вірогідність настання небажаного страхового випадку і вони задля зменшення свого ймовірного збитку здійснювали повторне страхування вантажу.

Окрім цього, із початком здійснення такої перестраховальної діяльності, невдовзі почалися численні випадки спекуляцій. Тобто, страховики пропонували перестрахування з розміром премії нижче, ніж спочатку пропонувалися ними за договорами страхування відповідного об'єкта. Тому необхідно зауважити, що доволі часто, розглядаючи угоди перестрахування на ранніх етапах розвитку даного правового інституту, дослідниками відбувається неадекватна підміна змісту або утворюється помилкове уявлення про реальну суть таких право-

чинів. Подвійне страхування одного й того ж страхового ризику неможливо вважати перестрахуванням, оскільки під час подвійного страхування, один і той же об'єкт страхується двічі (або більше разів). Але, договір перестрахування передбачає страхування всього або частини ризику виконання страховиком свого зобов'язання за договором страхування.

З моменту укладення перших угод, що містили ознаки перестрахування, доволі довгий час такий метод страхування був прерогативою лише для морських вантажоперевезень. Натомість, цедування (економічне позначення фінансової послуги перестрахування), для прикладу, так званих "вогняних ризиків" не мало можливості розвиватися через відсутність спеціалізованих організацій та окремих осіб, які могли б виступати посередниками між страховиками та перестраховиками. Тобто, були відсутні перестрахувальні брокери (або спеціалізовані організації чи окремі особи – агенти), які могли б задовольнити попит на перестрахування інших, ніж морських, ризиків. До того ж, в той час віддавалася перевага саме розділенню ризиків з метою недопущення передачі частини власних премій іншим страховикам за договорами перестрахування, оскільки це могло укріпити позиції на ринку страховиків-конкурентів. Тому, здебільшого, ризик розподілявся серед кількох страховиків, які входили в одне об'єднання. Зважаючи на зазначене, перестрахування пожежних ризиків та інших об'єктів почало зароджуватись значно пізніше за перестрахування морських вантажоперевезень і лише в XIX столітті воно почало інтенсивно розвиватися.

Отже, аналізуючи з'ясовані витoki та першу практику укладення договорів перестрахування, можливим стає спроба окреслення історичних передумов виникнення правового інституту перестрахування. Зважаючи на те, що загально визнаним є факт, що перестрахування зародилося у сфері морських вантажоперевезень в XIV – XIX ст.ст. (за різними джерелами), першою і головною передумовою виникнення перестрахування як правового явища є:

1. Низька надійність морських вантажоперевезень, великий ризик втрати вантажу, оскільки кожне морське перевезення вантажу піддавалось значному ризику через фактори навколишнього середовища (шторм і т.д.), недосконалу навігацію, розповсюджений морський розбій, інші фактори;

2. Другою передумовою виникнення перестрахування є неможливість уникнути ризиків іншими, ніж фінансовими і правовими засобами (тобто, іншим шляхом, аніж укладення нової, додаткової угоди, яка могла б ліквідувати чи значно зменшити можливий ризик збитків через втрату частини або всього вантажу). Мова йде про те, що для морських перевезень в XIV – XIX ст.ст. було вкрай проблематично забезпечити високу надійність через низьку здатність морських суден (у порівнянні із сучасними плавзасобами) витримувати агресивні природні фактори, а також неможливість постійної протидії злочинним посяганням на вантаж третіх осіб шляхом посиленої безпосередньої охорони торговельних суден (оскільки в даному випадку собівартість товару значно підвищується і перевезення вантажу втрачає рентабельність). Окрім цього, науково-технічний прогрес в той час не дозволяв використовувати достовірні та надійні навігаційні засоби, які б забезпечили б вірний напрямок руху морського транспорту в будь-яких умовах. Тому, морські вантажоперевезення відбувались в обставинах, які були обумовлені вказаними несприятливими факторами, які в будь-якому випадку ліквідувати було неможливо;

Необхідно зазначити, що обидві вказані вище підстави виникнення правового інституту перестрахування також є факторами утворення цивільно-правової угоди страхування.

3. Третьою передумовою виникнення перестрахування є випадки неспроможності окремих страховиків (в даному значенні, осіб, які на час XIV – XIX ст.ст. здійснювали страхування морських вантажоперевезень та в подальшому інших ризиків) відшкодувати в повному обсязі шкоду, завдану застрахованому майну за конкретними договорами страхування. Ця підстава, ймовірно, є результатом практики укладення та виконання договорів страхування морських вантажів. Мова йде про випадки, коли страховики внаслідок фактичного або очевидного (оскільки специфіка морських вантажоперевезень в той час передбачала і такий варіант через практичну відсутність зв'язку із портами під час виконання перевезення) настання страхового випадку, опинялися в обставинах неможливості відшкодування застрахованого майна у повному обсязі. Саме на даному етапі зароджується одна з основних загальних підстав виникнення перестрахування: недостатність засобів фінансової послуги страхування для повного уникнення ризику неможливості виконання зобов'язання з виплати страхового відшкодування.

4. Четвертою передумовою є обставина, яка породжується попередньою передумовою і звучить як необхідність додаткового забезпечення зменшення збитків страховика у випадку настання страхової події за договором страхування. Саме тому й перші прецеденти укладення договорів перестрахування були наслідком того, що страховики, які мали підстави побоюватись за долю застрахованого ними вантажу, пропонували іншим страховикам частину або весь свій ризик страхового відшкодування. Відповідно, вказані інші страховики, погодившись прийняти зобов'язання відшкодування ризику настання страхової події, ставали перестраховиками, тобто сторонами нового виду цивільно-правового правочину – договору перестрахування. Відповідно, страховики, які безпосередньо страхували вантаж ставали в цьому випадку перестрахувальниками.

Вказані передумови виникнення цивільно-правового інституту перестрахування є тісно взаємопов'язаними та сформульованими у вигляді причинно-наслідкового зв'язку, де ланками виступають вказані передумови. Необхідно зазначити, що таке з'ясування механізму утворення нового правового явища є наслідком аналізу перших прецедентів укладення угод, моделюючи та порівнюючи які, їх можна умовно назвати договорами перестрахування. В той час не мало місце чітке визначення правового механізму нової угоди, була відсутня широка та тривала практика його укладення, але саме зважаючи на вказані передумови та перші факти укладення договорів цесії (як визначається перестрахування в економічних джерелах), можна без сумніву стверджувати, що це було витокami сучасного цивільно-правового інституту перестрахування.

З плином часу, виникали більш сприятливі умови для систематичного укладення договорів перестрахування не лише в сфері морських вантажоперевезень. Наступною за утворенням найбільш значущою в практичному змісті галуззю було перестрахування вогняних ризиків. Одночасно поступово розвивалось перестрахування і інших об'єктів. В цьому зв'язку додатковою передумовою для розвитку перестрахування стає збільшення матеріальної вартості застрахованого майна за кожним конкретним договором страхування. Тобто, стає розповсюдженою практика обов'язкового укладення договору перестрахування у випадку страхування

ризик, для відшкодування якого страховиків необхідно було б застосовувати значну частину своїх грошових резервів. Мова йде про те, що із розвитком страхування, збільшувалася кількість можливих об'єктів страхування у зв'язку із зростанням довіри суспільства до такого методу уникнення великих матеріальних втрат, продовженням науково-технічного прогресу і т.д.

В подальшому, практика укладення та виконання договорів перестрахування по всьому світу довела свою дієвість та необхідність. Це обумовлювалося стрімким розвитком промисловості, значним поширенням міжнародних вантажоперевезень, утворенням нових видів транспорту (в першу чергу необхідно відзначити авіаційний, газогонний транспорт), стрибком в розвитку урбанізації, винайденням нових методів видобутку енергії, зокрема, гідроелектростанцій, атомних електростанцій. Окрім цього, як показує світовий досвід, перестрахування відіграє одну з ключових ролей під час відшкодування наслідків, завданих природними катаклізмами.

Значний поштовх у розвитку перестрахування відбувся у XIX столітті, коли воно набуло широкої популярності серед страховиків багатьох країн світу. На початок цього періоду перестрахування набуло більш професійних рис, оскільки цедування страхових ризиків стало вже не сферою несистематичної діяльності окремих купців, а повноцінним видом діяльності спеціалізованих організацій або осіб, професійною діяльністю яких було укладення договорів перестрахування. Саме на цей час припадає створення багатьох організацій, що спеціалізувалися лише на перестрахуванні.

Окрім розповсюджених об'єктів перестрахування, як-то ризики вантажоперевезень, ризики особистого страхування, страхування майна і т.і., започатковувалося перестрахування нових та нетрадиційних договорів страхування: страхування тварин, страхування честності службовців [3].

Також, характерною рисою розвитку перестрахування в той період було започаткування застосування страховиками різноманітних правових механізмів, пов'язаних із цим видом цивільно-правових угод для певних комерційних цілей. Зокрема, мова йде про заснування "внутрішніх" перестрахових товариств, капітал яких перебував повністю чи більшою частиною у розпорядженні основного страхового товариства, яке передавало свою перестрахову діяльність цілком або частково заснованому внутрішньому перестраховику [4]. Тобто, ймовірно, мова йде про заснування страховиками окремих акціонерних товариств-перестрахових компаній з метою укладення договорів перестрахування без необхідності залучати стороннього перестраховика та здійснювати йому грошові виплати, передбачені договором. Моделюючи це на сучасні умови правового регулювання, можна визначити такі перестрахові товариства як дочірні підприємства основних страхових товариств, які в свою чергу виступають у ролі холдингових компаній.

Окрім цього, перестраховики разом із галузевим розширенням своєї діяльності (поруч із перестрахуванням морських вантажів, перестрахування ризиків пожеж, транспортних ризиків), створювали територіальні мережі своїх підрозділів. Це є підставою стверджувати, що окрема професійна діяльність з укладення договорів перестрахування ставала вигідною та перспективною для її здійснення окремо від підприємницької діяльності з укладення договорів страхування. Знову ж таки, моделюючи вказане явище на сучасні умови, можливо зробити припущення, що такі територіальні підрозділи виступали у ролі філій а не представництв, оскільки вони здійснювали не стільки представництво і захист інтересів юридичної особи, як саме її функції.

Поступовий розвиток і вдосконалення правової процедури укладення договорів перестрахування породжували утворення нових видів та обов'язкових елементів цієї угоди, складення термінологічної бази, що позначала окремі явища та процеси, пов'язані із здійсненням кожної сторони договору перестрахування свого зобов'язання.

XX століття в розвитку перестрахування відзначилось не лише практичним напрацюванням нових засобів та методів укладення цього виду договорів, але й посиленням і широким розповсюдженням державного економіко-правового регулювання перестрахування. Так, починаючи з 1912 року, в окремих державах започатковувалися державні перестрахові компанії. Метою цього було державне гарантування перестрахування значних та небезпечних ризиків а також запобігання розрахунків валютою із нерезидентами за надання перестраховальної послуги.

Окрім цього, в Європі – континенті, на якому зародилося страхування і перестрахування, після Жовтневої Революції 1917 року та обранням соціалістичного курсу розвитку, новостворений Союз Радянських Соціалістичних Республік та в подальшому більшість східноєвропейських держав, поряд із державною монополізацією страхування, поставили у жорсткі рамки перестрахування. Стосовно СРСР – після визначення основ побудови державного страхового ринку шляхом створення відповідних правових джерел, перестрахування визнавалось, перш за все, надбанням буржуазної побудови економіки і, відповідно, на внутрішньому ринку не функціонувало через централізовану і закриту систему державного страхування, де цедуванню ризиків не було місця. Замінником перестрахування виступала процедура, передбачена на випадок нестачі грошових коштів в республіканському Головному управлінні державного страхування для відшкодування окремих значних страхових випадків. В такому випадку залучалися кошти централізованого фонду Головного управління державного страхування СРСР.

Натомість, у капіталістичному середовищі держав перестрахування набувало масового та систематичного характеру, воно отримувало все більш чітко виражений та сформований в правовому контексті прояв.

Широкого розповсюдження набуло укладення облігаторних договорів перестрахування, розрахованих на багаторазове автоматичне та обов'язкове цедування великої кількості визначених ризиків контрагентів даного договору перестрахування. Також, активно започатковувалися об'єднання перестраховиків (за прикладом об'єднань страховиків – пулів) для ведення спільної діяльності з укладення договорів перестрахування без створення нової юридичної особи. По суті – це об'єднання перестрахових компаній з метою спільного (у передбачених домовленостями частинах) перестрахування ризиків певного застрахованого об'єкта. Як правило, доцільним створення страхових та перестрахових пулів було у випадках перестрахування так званих "глобальних" або "надвеликих" ризиків (як зазначалося вище, зазвичай це атомні електростанції та інші промислові споруди, в тому числі унікальні). Суть перестрахового пулу в тому, що премія та суми збитків за відповідними ризиками передаються в пул, який розподіляє результати проходження операцій між членами пулу відповідно розміру премії, переданої в пул [3].

Одним з суттєвих, але не основних, стимулів для розвитку перестрахування є запобігання укладення договорів страхування та перестрахування з іноземними страховиками і здійснення розрахунків із ними. Метою цього є зменшення витоків національної та іноземної валюти за межі держави. Це призводило до посилення

державного регулювання перестрахування шляхом утворення державних перестрахових монополій, стимулювання розвитку внутрішнього ринку перестрахування через вдосконалення правового регулювання цієї сфери і т.д.

Характерною особливістю розвитку цедування страхових ризиків є започаткування практики укладення договорів перестрахування на базі взаємності (договір перестрахування, відповідно до якого перестраховальник після укладення договору перестрахування з перестраховиком, в свою чергу, передає йому частину ризиків на перестрахування в обмін на ризики, отримані від нього в перестрахування).

Отже, Актуальний стан перестрахування у світі характеризується кількома суттєвими в цивільно-правовому аспекті моментами:

1) вдосконаленням правового регулювання правового інституту перестрахування через кодифікацію ха-

рактерних у цій сфері правових джерел: звичаїв, судових прецедентів, усталеної практики;

2) розширенням переліку можливих страхових ризиків, щодо яких укладаються договори перестрахування;

3) зростанням кількості перестраховиків із державною реєстрацією у країнах офшорної зони.

1. Страхування: Навчальний посібник / Ротова Т.А. – К.: Київський національний торговельно-економічний університет, 2006. – 334 с.
2. Гришин Г. "Без перестрахування нельзя" // Страховая компания. – 2008. – спецвыпуск. – 33 с. 3. Страховой рынок Украины 1993 – 2001 / Специальный выпуск журнала "Финансовые услуги". – К., 2001. – 111-112 с. 3. Страхование: учебник/ под ред. Т.А. Федоровой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Экономика, 2006. – 268 с.

Надійшла до редколегії 16.02.11

УДК 631.1.016.

А. Ю. Пікус, асп.

СІЛЬСЬКЕ ГОСПОДАРСТВО УКРАЇНИ: ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

У статті проаналізовано тенденції та перспективи сільського господарства України в контексті світових тенденцій в галузі. Серед факторів, що стримують розвиток сільського господарства в Україні можна виділити недостатній масштаб виробництва, низький рівень механізації та використання добрив. За умов досягнення потенційно можливої продуктивності в галузі можна очікувати подвоєння обсягів виробництва.

Ключові слова: потенціал сільського господарства в Україні, економічне зростання, конкурентоспроможність.

В статье проанализированы тенденции и перспективы сельского хозяйства Украины в контексте мировых тенденций в отрасли. Среди факторов, сдерживающих развитие сельского хозяйства можно выделить недостаточный масштаб производства, низкий уровень механизации и использования удобрений. При достижении потенциально возможной продуктивности в отрасли можно ожидать удвоения объема производства.

Ключевые слова: потенциал сельского хозяйства в Украине, экономический рост, конкурентоспособность.

Tendencies and perspectives of Ukrainian agriculture in the context of industry tendencies in the world are analyzed. Scopes of production, low levels of mechanization and fertilizer underutilization suppress development of Ukrainian agriculture. In case potential productivity is achieved industry output will double.

Keywords: potential of Ukrainian agriculture, economic growth, competitiveness.

Ціни на сільськогосподарську продукцію на світовому ринку за останні роки суттєво зросли. Передусім цьому сприяли два фактори: зростання попиту на продукти харчування внаслідок підвищення рівня життя у країнах, що розвиваються та погіршення врожайності у провідних країнах-експортерах сільськогосподарської продукції внаслідок природних катаклізмів. Кон'юнктура на світовому ринку аграрної продукції є надзвичайно сприятливою – зростання обсягу пропозиції не встигає за попитом. В цих умовах у надзвичайно виграшному становищі з точки зору прискорення економічного зростання знаходяться країни, що мають конкурентні переваги у вигляді сприятливих умов для ведення сільського господарства.

Водночас поточний рівень виробництва у сільському господарстві України знаходиться далеко від потенційного рівня. Внаслідок соціально-економічних перетворень після розпаду СРСР галузь зазнала суттєвих втрат як у якісних так і у кількісних показниках. Зокрема скоротилися посівні площі основних сільськогосподарських культур, впала врожайність та зменшилося поголів'я у тваринництві.

Особливої актуальності в цих умовах набуває проблема модернізації сільськогосподарської галузі в Україні. Для вирішення останньої необхідно визначити фактори, що стримують зростання обсягу виробництва до потенційно можливого рівня.

Теоретичні та прикладні аспекти підвищення ефективності сільського господарства в Україні детально розглянуті в працях вітчизняних вчених економістів В.Г. Андрійчука, П.І. Гайдучького, В.В. Зіновчука,

І.І. Лукинова, М.Й. Маліка, В.Я. Месель-Веселяка, П.Т. Саблука, О.М. Шпичака, В.В. Юрчишина та інших.

Незважаючи на різноплановість та глибину проведених досліджень, перспективи сільського господарства в Україні з урахування тенденцій галузі у світовому вимірі залишаються недостатньо розкритими. В цьому контексті метою даної статті стало визначення факторів, що стримують зростання обсягу виробництва у сільському господарстві України до потенційно можливого рівня.

Україна є другою за площею країною у Європі. Загальна площа території становить 603,7 тис. км², при цьому 71% є придатними для сільськогосподарського використання. На територію України припадає близько 22% всієї землі, що придатна для сільськогосподарського обробітку в Європі. Дві третини площі земель придатних для сільськогосподарського обробітку вкриті чорноземом [14, 15]. Завдяки унікальним природно-кліматичним умовам галузі Україна відіграє важливу роль на світовому ринку продуктів харчування. У 2009 році в Україні було вироблено близько 2,2% зернових у світі, 20% соняшнику та соняшникової олії та 3% рапсу [9]. Водночас поточний рівень виробництва у сільському господарстві України знаходиться далеко від потенційного рівня. Внаслідок соціально-економічних перетворень після розпаду СРСР галузь зазнала суттєвих втрат як у якісних так і у кількісних показниках. Зокрема скоротилися посівні площі основних сільськогосподарських культур, впала врожайність та зменшилося поголів'я [6].

Поточний рівень продуктивності сільського господарства заходиться далеко від потенційно можливого рівня. Зокрема, середня врожайність пшениці у

1990 році становила 3,5 т/га, що на 15,4% вище за врожайність пшениці у 2009 році [6]. Враховуючи, що за 20 років технології культивування не стояли на місці та з огляду на поточні показники врожайності у країнах-

лідерах, за наявності інвестицій врожайність повинна суттєво зрости. Водночас, нарощення обсягу виробництва також можливе за рахунок залучення до обробітку додаткових земель.

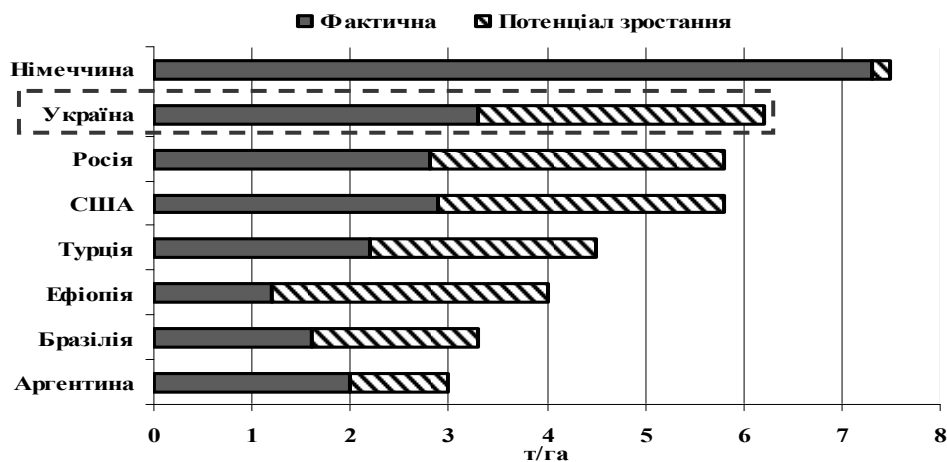


Рис. 1. Поточна та потенційно можлива врожайність пшениці [4]

Поряд із природною перевагою сільськогосподарства України в природно-кліматичних умовах конкурентоспроможність галузі визначається також оснащенням машинами, що необхідні для обробітку землі, рівнем використання добрив, масштабом виробництва та орієнтацією на виробництво тих культур, що користуються попитом.

Для досягнення потенційно можливого рівня врожайності ключовими факторами, що потребують врахування, є використання сучасних тракторів та комбайнів та достатньої кількості добрив. Сільськогосподарські підприємства в Україні у переважній більшості не забезпечені ні першим, ні другим.



Рис.2. Фактори, щодо зростання обсягу виробництва до потенційно можливого рівня

Враховуючи світовий досвід сільськогосподарські підприємства в Україні використовують недостатню кількість тракторів та комбайнів. При цьому значна частина сільськогосподарських машин, що знаходяться у використанні вже відпрацювали свій корисний ресурс та

морально застаріли. Недостатній рівень механізації сільськогосподарського виробництва негативно впливає на рівень врожайності та спричиняє суттєві втрати врожаю на полях.

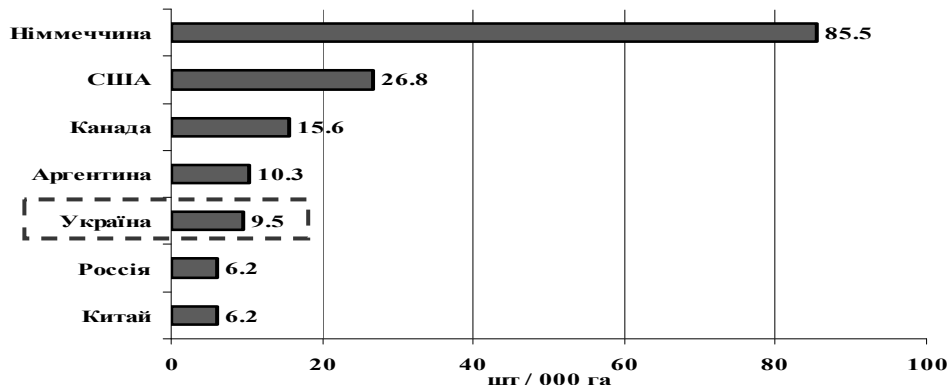


Рис.3. Кількість сільськогосподарських машин на 1 га землі придатної для використання у сільському господарстві, шт/га [13]

Через нестачу фінансових ресурсів та обмежені можливості кредитування за даними офіційної статистики використання добрив підприємствами сільського господарства в Україні зменшилося із 141 кг/га у 1990 році до 13 кг/га у 2000 році, причому добрива використовувалися лише на 25-30% оброблюваної землі. До 2008 року

ця цифра зростає до 57 кг/га, а площа на якій використовувалися добрива – до 69%. У 2009 році внаслідок фінансово-економічної кризи аграрії знову відчували брак ресурсів для закупівлі достатньої кількості добрив і їх використання скоротилося до 48 кг/га.

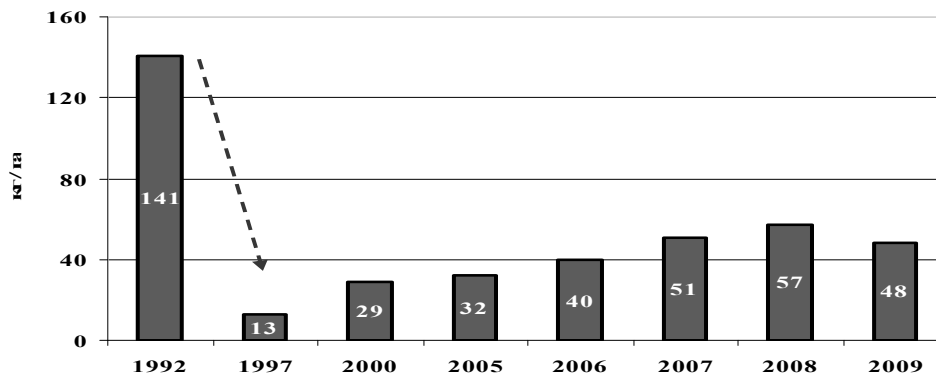


Рис.4. Використання добрив у сільському господарстві в Україні, кг/га [7]

Ще одним фактором, що стримує зростання продуктивності сільського господарства в Україні є не ефективна організаційна структура. Значна частина земель сільськогосподарського призначення, яка знаходиться у користуванні невеликих фермерських господарств та громадян розподілена наділами по менше ніж 1000 га при тому, що мінімально ефективний розмір земельного банку підприємства за умови використання сучасних технологій обробітку становить 1000-3000 гектарів в залежності від культури, що культивується.

Оптимізація організаційної структури сільськогосподарських виробників стримується невирішеністю питан-

ня про ринок землі. Останніми роками через правову неврегульованість ринку землі Верховна Рада України постійно продовжує мораторій на її продаж. Наприкінці 2009 року він був вкотре пролонгований до 1 січня 2012 року. З одного боку, заборона на вільний продаж землі сільськогосподарського призначення в умовах відсутності ефективного інституційного забезпечення (загальнодержавний земельний кадастр, захист прав власності, ефективна судова система) є доречним. В той же час відстрочка у реформуванні організаційної структури галузі не дає повною мірою реалізувати її потенціал підвищення врожайності.

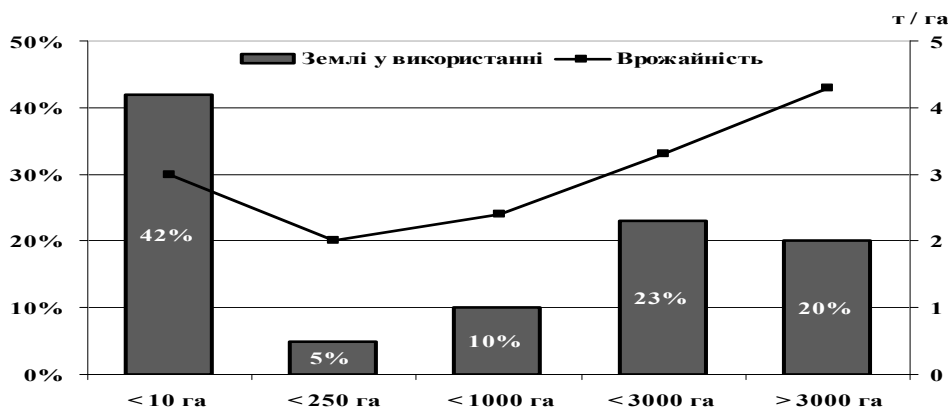


Рис. 5. Розподіл сільськогосподарських підприємств за площею земельного банку (ліва шкала) та середня продуктивність вирощування зернових (права шкала) у 2008 році [6]

Значний потенціал зростання попиту на продукцію сільського господарства у середньо та довгостроковій перспективі викликаний низкою факторів – зростання населення на планеті та урбанізація, зростаючий попит на м'ясо та молоко, використання продукції сільського господарства у якості альтернативного джерела енергії через її переробку у біоетанол.

Світовий попит на продукти харчування за останні роки демонстрував стабільні темпи зростання, що було зумовлено стрімким зростанням платоспроможного попиту у країнах, що розвиваються. Світова пропозиція продуктів харчування за останні роки не встигала за

зростаючим попитом через негативний вплив кліматичних змін на світову врожайність та обмеженість земель, що придані для сільськогосподарського обробітку. Як наслідок за 10 років світові запаси основних зернових – пшениці та кукурудзи зменшилися у 2 рази. За оцінками експертів в довгостроковій перспективі зростання світового обсягу виробництва продукції сільського господарства навіть за оптимістичним сценарієм буде ледве достатньо для задоволення зростаючого попиту. При цьому в розрахунок оптимістичного сценарію попит на продукцію сільського господарства для виробництва біопалива не був врахований [4].

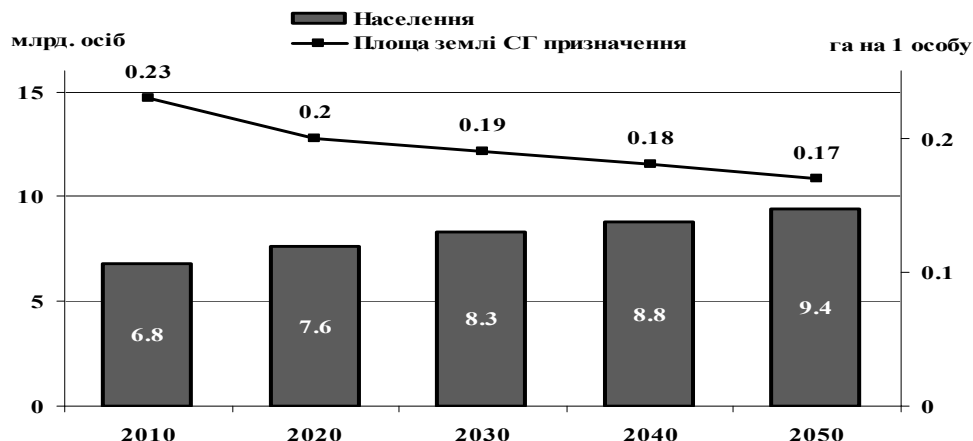


Рис.6. Динаміка чисельності населення (ліва шкала) та площі сільськогосподарських угідь на одну людину в світі [9]

За останні десятиліття економічне зростання у Китаї та Індії, що разом складають близько 37% населення земної кулі призвело до підвищення обсягу споживання в цих країнах. При цьому змінився також раціон населення цих країн – зросло споживання м'яса та молока. За даними Продовольчої та Сільськогосподарської Організації при ООН (FAO) річне споживання молочних продуктів в Китаї зросло з 2,3 до 23,2 кг на душу населення за період 1980-2005 рік. Зростання аналогічного показника за той самий період у Індії склало з 38,5 до 65,2 кг на душу на-

селення. Подібна ситуація спостерігалася із споживанням м'яса: за цей же період його споживання в Китаї зросло із 13,7 до 59,5 кг на душу населення [10].

Таке зростання у споживанні продуктів тваринництва вимагає відповідного зростання забезпечення кормової бази, а отже призводить до зростання попиту на зернові. Зокрема за експертними оцінками при використанні сучасних технологій для виробництва 1 кг м'яса птиці необхідно витратити 2-3 кг зерна, 1 кг свинини – 4-5,5 кг, 1 кг яловичини – близько 10 кг [10].

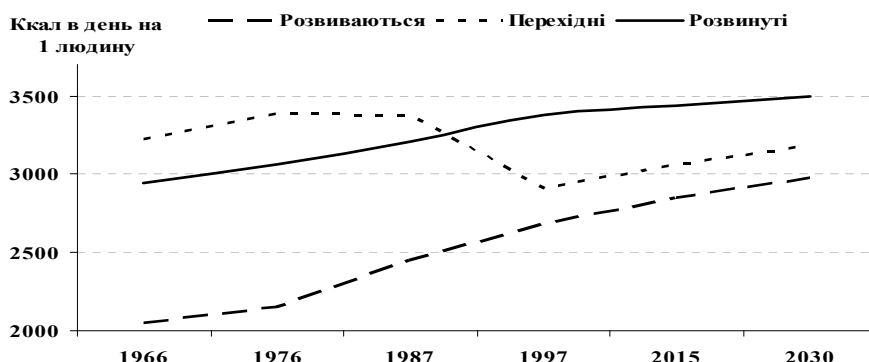


Рис.7. Споживчий раціон у різних групах країн, ккал в день на 1 людину [11]

Біопаливо. Занепокоєння світової спільноти відносно обмеженості та швидкої вичерпності нафти на планеті призвело до стрімкого зростання цін на нафту у світ за останній час. І хоча внаслідок фінансово-економічної кризи ціни знизилися, переважна більшість експертів галузі вважають, що у середньо- та довгостроковій перспективі ціна на енергоносії продовжать зростання. Це в свою чергу стимулювало активні пошу-

ки альтернативних джерел енергії. Починаючи з 90-х років одним із них стало біопаливо, що виробляється з продукції сільського господарства. Використання біопалива як альтернативи традиційним енергоносіям також викликає зобов'язаннями щодо боротьби із глобальним потеплінням взятими на себе країнами в рамках Кіотського протоколу.

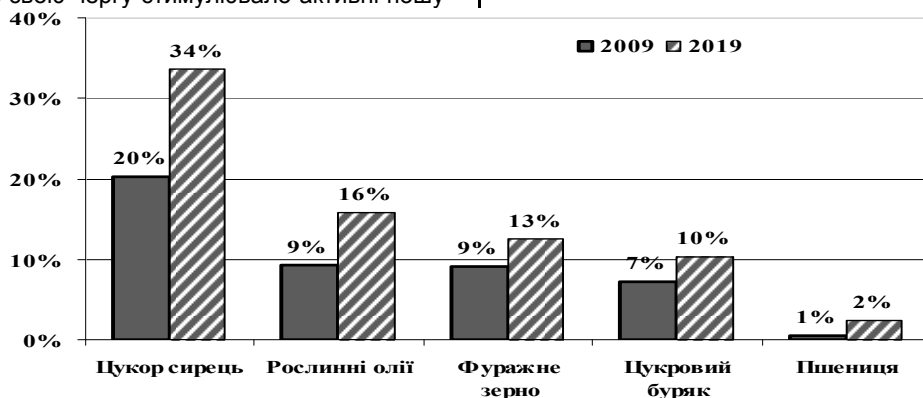


Рис. 8. Частка світового виробництва продукції сільського господарства, що використовується для виробництва біопалива [12]

У 2010 році для вирощування сільськогосподарської продукції, що використовується для виробництва біопалива задіяні 36 млн. га. За рахунок цього задовольняється близько 2% попиту на паливо для транспортних потреб. За даними FAO до 2030 року в світі до 10% палива для транспортних потреб буде задовольнятися за рахунок біопалива, для виробництва якого буде задіяно до 200 млн га землі сільськогосподарського призначення [11, 12].

Зростання споживання біопалива регламентується на законодавчому рівні у ЄС та США. Зокрема в США відповідно до Стандарту щодо використання відновлювального палива [13] частка біоетанолу у паливній суміші, що використовується транспортом має становити 12,1% до 2019 року. Відповідно до Директиви ЄС про щодо відновлювальних джерел енергії аналогічний показник для старого світу становитиме в 2020 році 10%.

Зростаючий попит на біопаливо у США та ЄС неможливо буде задовольнити виключно за рахунок власного виробництва. Основним обмеженням на цьому шляху буде фізична обмеженість посівних площ. Зокрема за даними FAO в використанні землі сільськогосподарського призначення знаходиться майже на межі свого абсолютного максимуму як в ЄС так і в США. Їх подальше розширення вимагатиме по-перше значних інвестицій на благоустрій та по-друге зменшення площ, що займають ліси. Зростання обсягу виробництва за рахунок підвищення врожайності також є також неможливим через досягнення її потенційно можливого рівня [10].

Натомість основним джерелом задоволення зростаючого попиту на біо паливо в розвинутих країнах повинно стати сільське господарство країн, що розвиваються, які мають як потенціал розширення обсягу землі сільськогосподарського призначення так і резерви підвищення врожайності. Зокрема, за прогнозом ОЕСР до 2019 року виробництво біопалива в Аргентині збільшиться в 2 рази, а 80% обсягу виробництва буде орієнтовано на експорт. Подібна ситуація спостерігатиметься і у Бразилії. Водночас, разом із постачанням на експорт, за рахунок біопалива країна також забезпечує

значну частку власних потреб в енергоносіях. Остання тенденція є особливо актуальною в світлі необхідності скорочення енергозалежності економіки України.

Враховуючи тенденцію до зростання попиту на світовому ринку та значний потенціал нарощення обсягів виробництва сільськогосподарської продукції в Україні як за рахунок підвищення врожайності так і за рахунок розширення обсягів землі залученої до обробітку, сільське господарство є однією із найперспективніших галузей економіки України. Через 10-15 років можна очікувати зростання обсягу виробництва сільського господарства до 80-85 млн. т зернових на рік, тобто у 2 рази з поточних рівнів. Таким чином за умови скорочення різниці між фактично досягнутою продуктивністю, що в значній мірі зумовлена тимчасовими соціально-економічними чинниками (недостатній масштаб виробництва, низький рівень механізації та використання добрив тощо), та потенційно можливою можна очікувати середньорічний темп приросту обсягів виробництва галузі на рівні 5-7%.

1. Державна цільова програма розвитку українського села на період до 2015 року. <http://www.minagro.gov.ua> 2. Галушко В.П. Пріоритетні напрями розвитку АПК України // Економіка АПК. – 2004. – № 12. – С. 6 – 12. 3. Олійник Т. І. Державна підтримка аграрного сектору економіки України // Економіка АПК. – 2009. – №7. С.80 – 86. 4. Jaggard K. W., Qi Aiming and Ober E.S. Possible changes to arable crop yields by 2050 // Philosophical Transaction of the Royal Society: Biology. – 2010. – №365, 2835-2851. 5. Наявність сільськогосподарської техніки та енергетичних потужностей у сільському господарстві у 2009 році // Державний комітет статистики України. – К. 2010. 6. Основні економічні показники виробництва продукції сільського господарства в сільськогосподарських підприємствах за 2009 рік. Держкомстат. Київ. 2010. 7. Внесення мінеральних та органічних добрив під урожай сільськогосподарських культур у 2009 році. Державний комітет статистики України. К. 2010. 8. Fertilizer and plant nutrition bulletin. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Rome, 2006. 9. World Agricultural Outlook 2009. FAO. Rome, 2010. 10. The world food system: sustained improvement in food availability. FAO. Rome, 2010. 11. World agriculture: towards 2015/2030. FAO. Rome, 2002. 12. Agricultural Outlook 2010-2019. OECD/FAO. 2010. 13. National Renewable Fuel Standard Program for 2010 and Beyond. United States Environment Protection Agency, 2010. База даних NationMaster. 14. База даних CIA World Fact Book.

Надійшла до редколегії 08.02.11

УДК 334.025

Я.І. Легка, асп.

ОСОБЛИВОСТІ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ІНВЕСТИЦІЙНИМИ РИЗИКАМИ НА ФОНДОВОМУ РИНКУ

В даній статті розглянута система управління інвестиційним ризиком в призмі блоку прийняття рішень. Визначена сутність та види проблем, які виникають під час управління інвестиційним ризиком на фондовому ринку.

Ключові слова: ризик-менеджмент, інвестиційні ризики, коло проблем інвестора.

В данной статье рассматрена система управления инвестиционным риском в призме блока принятия решений. Определена сущность и виды проблем, которые возникают во время управления инвестиционным риском на фондовом рынке.

Ключевые слова: риск-менеджмент, инвестиционные риски, круг проблем инвестора.

In this article we are consider the system of investment risk into the prism of a block decisions. We are using different approaches to understand the nature and types of problems that arise during the management of investment risk in the stock market.

Keywords: risk management, investment risks, the range of issues of investor.

Серед всіх дій економічного суб'єкту, спрямованих на мінімізацію або усунення інвестиційних ризиків, найважливіше значення має управління інвестиційними ризиками, тобто здатність і вміння виробляти цілі, визначати цінності, координувати виконання завдань і функцій, підбирати і навчати спеціалізований високопрофесійний персонал. Система управління інвестиційним ризиком є відкритою, яка самоорганізується. Крім того, вона відноситься до складних адаптивних систем, які є спеціальним випадком складних систем та мають можливість накопичувати досвід з кожним наступним циклом. Головним блоком в загальній системі управлін-

ня інвестиційним ризиком на фондовому ринку ми вважаємо є блок прийняття рішень щодо об'єкту управління, або щодо конкретного виду ризику. В призмі блоку прийняття рішень необхідно намагатись знайти такі рішення, які мають найбільшу цінність (рівень прибутку та ін..) при найменшому ризику. Виходячи з особливостей об'єкту управління необхідно знаходити такі рішення, які дозволять побудувати оптимальний інвестиційний портфель на фондовому ринку (максимальний дохід при мінімальному рівні ризику). Але не можливо приймати рішення, якщо невідома проблема або коло проблем стосовно яких ці рішення необхідно приймати.

Тому постає питання побудови дерева проблем управління інвестиційними ризиками на фондовому ринку.

Провідними вітчизняними дослідниками даної теми є вчені І. Т. Балабанов, А. С. Шапкін, В.Г. Федоренко, І.П. Мойсеєнко, А.А.Пересада, С. Л. Оптнер та ін.. Метою даної статті є приділення особливої уваги питанням побудови процесу розв'язання проблем управління інвестиційними ризиками на фондовому ринку, виявлення сутності проблем та їх видів.

Н. В. Солабуто і С. В. Дороговцев ставлять питання управління ризиками як одне з важливих питань фінансового менеджменту: "Прийняття грамотного управлінського рішення не може відбуватися на основі інтуїції. Застосування сучасних теорій, знання математичних законів і природи ризиків дозволяють мінімізувати ймовірність управлінської помилки" [1]. Л. Ю. Андрєєва визначає управління ризиками, як "процес виявлення рівня невизначеності (відхилень у прогнозованому результаті) прийняття та реалізації рішень, що дозволяють запобігти або зменшити негативний вплив на очікувані результати стохастичних факторів і збільшити доходи до невизначеної господарської ситуації" [2].

Відзначимо найбільш важливі властивості процесу управління інвестиційними ризиками:

1. Управління інвестиційними ризиками носить системний характер. Ця властивість має на увазі цілісність розгляду сукупності інвестиційних ризиків, комплексність їх обліку, включаючи взаємозв'язок між ризиками, будь-які прояви ризиків та особливості впливу запропонованих процедур управління на інвестиційні ризики. Оскільки економічне середовище породжує все нові й нові інвестиційні ризики, то система управління повинна мати здатність інтегрувати нові елементи, тобто гнучко реагувати на появу нових ризиків.

2. Складність системи управління інвестиційними ризиками ґрунтується на значній неоднорідності сукупності інвестиційних ризиків і фактичним функціонуванням на різних ринках. У рамках властивості складності структури при управлінні інвестиційними ризиками необхідно враховувати такі загальні аспекти: 1) багатофункціональність і універсальність, тобто здатність боротися з якісно різними інвестиційними ризиками; 2) модульність – можливість використання різних сполучень процедур управління в різних ситуаціях, що дозволяє враховувати специфіку конкретної ситуації і при необхідності настроїти зазначену систему на вирішення індивідуальних потреб користувача; 3) багаторівневість – забезпечення оптимальної ієрархічної структури прийняття рішень, яка формує-адекватний розподіл повноважень та відповідальності.

3. Результативність системи управління інвестиційними ризиками. Зазначена властивість повинна забезпечувати: 1) адекватність, що виражається у здатності оперативно виділяти всі ресурси, необхідні для досягнення поставлених цілей; 2) ефективність – у вигляді здатності долати наслідки виникнення несприятливих ситуацій при мінімальному обсязі ресурсів.

4. Функції, методи та інструменти управління інвестиційними ризиками повинні відповідати цілям і завданням управління, визначення яких є найважливішим кроком в правильній організації захисту від ризиків.

Розглядаючи інвестиційний ризик на фондовому ринку, доречно буде розглянути дерево аналізу проблем, які виникають в процесі інвестиційної діяльності та потребують застосування системи управління ризиком. Дерево аналізу проблеми застосовується для виявлен-

ня та структуризації проблем, що важко розуміються та характеризуються складними взаємозв'язками. Дерево проблеми, як правило, включає три основні гілки: 1) об'єкт аналізу і створення; 2) структура системи, що розв'язує дану проблему, 3) порядок роботи системи та спосіб її взаємодії з іншими системами [3].

Проміжок між існуючою системою та бажаною системою буде створювати проблему. Час на заповнення проміжку може перевищувати прийнятні обмеження. Прийняте рішення встановлює яким чином буде заповнений проміжок між існуючим та бажаним станом системи. Влучне формулювання проблеми може бути рівноцінним "половині" розв'язання проблеми. Пропонуємо розглянути наступні проблеми, з якими може зіткнутись інвестор під час здійснення інвестиційної діяльності на фондовому ринку:

1. Невірна ідентифікація ризику та ступеню його впливу на результат інвестиційної діяльності;
2. Врахування неповної кількості факторів, які впливають на зміну рівня ризику;
3. Невірна оцінка рівня ризику для конкретних фінансових активів, або формування "неоптимального" інвестиційного портфелю;
4. Неповна та помилкова оцінка джерел ризику;
5. Недостатність коштів у інвестора для формування оптимального інвестиційного портфелю або управління ризиками, які виникли під час інвестиційної діяльності;
6. Проблеми технічного характеру: помилкове оформлення документів; проблеми з клірингом у торговельній системі; неузгодженість умов угоди; відмова від оплати коштів покупцем фінансових активів; некомпетентність менеджменту проекту; відмова від поставки цінних паперів продавцем; витік інформації; недостатність повноважень у посередника або особи, що укладає угоду; помилки при складанні реєстру; криза ліквідності в банку або брокера / дилера; помилки під час переказу коштів або трансферту цінних паперів та ін.;
7. Помилкова оцінка інвестиційної системи, пов'язана з недооцінюванням транзакційних витрат, помилкова оцінка дивідендів, порівняння з неефективними системами (неоптимальними інвестиційними портфелями) [4];
8. Поширення неконтрольованої паніки або страху серед учасників фондового ринку.

Враховуючи вище приведені, пропонуємо класифікацію проблем, які виникають під час управління інвестиційними ризиками на фондовому ринку (рис.1).

Стенфорд Л. Оптнер зазначає, що найважливішими елементами процесу розв'язання проблеми є чотири точки розв'язання, в яких використовуються наступні критерії рішення [5]:

- Чи може бути проблема повністю розв'язана?
- Чи є запропоноване розв'язання проблеми можливим повним рішенням?
- Чи переконливо показують результати перевірки можливість повного рішення?
- Чи підтверджують результати перевірки повне розв'язання проблеми?

На базі моделі прийняття рішення пропонуємо власний варіант схеми процесу розв'язання проблеми в контексті управління інвестиційним ризиком (рис.2).

Необхідно зазначити, що на прийняття рішення інвестором стосовно управління інвестиційними ризиками на фондовому ринку найбільший вплив має інформаційний контур системи.



Джерело: розробка автора

Рис. 1. Класифікація проблем управління інвестиційними ризиками на фондовому ринку

Процес впливу суб'єкта на об'єкт управління, тобто сам процес управління, може здійснюватися тільки за умови циркулювання певної інформації між керуючою і керованою підсистемами. Процес управління незалежно від його конкретного змісту завжди передбачає отримання, передачу, переробку і використання інформації. У ризик-менеджменті отримання надійної і достатньої в даних умовах інформації відіграє головну роль, так як воно дозволяє прийняти конкретне рішення по діях в умовах ризику.

В. М. Казієв вважає, що інформація – це деяка послідовність відомостей, знань, які актуалізуються за допомогою деяких знаків символічного, образного, жестового, звукового, сенсомоторного типу. Або інформація – це дані, розглянуті з урахуванням деякої їх семантичної сутності[6].

Інформація повинна відповідати наступним властивостям:

➤ повнота (містить все необхідне для розуміння інформації);

- актуальність (необхідність) і значимість (відомостей);
- ясність (виразність тексту на інтерпретатора);
- адекватність, точність, коректність інтерпретації, прийому та передачі;
- інтерпретованість і зрозумілість інтерпретатору інформації;
- достовірність (відображуваного повідомленнями);
- вибірковість;
- адресність;
- конфіденційність;
- інформативність і значимість (відображуваних повідомлень);
- масовість (застосовність до всіх проявів);
- кодованих і економічність (кодування, актуалізації повідомлень);
- стисливість і компактність;
- захищеність і завадостійкість;
- доступність (інтерпретатору, приймачем);
- цінність (передбачає достатній рівень споживача).

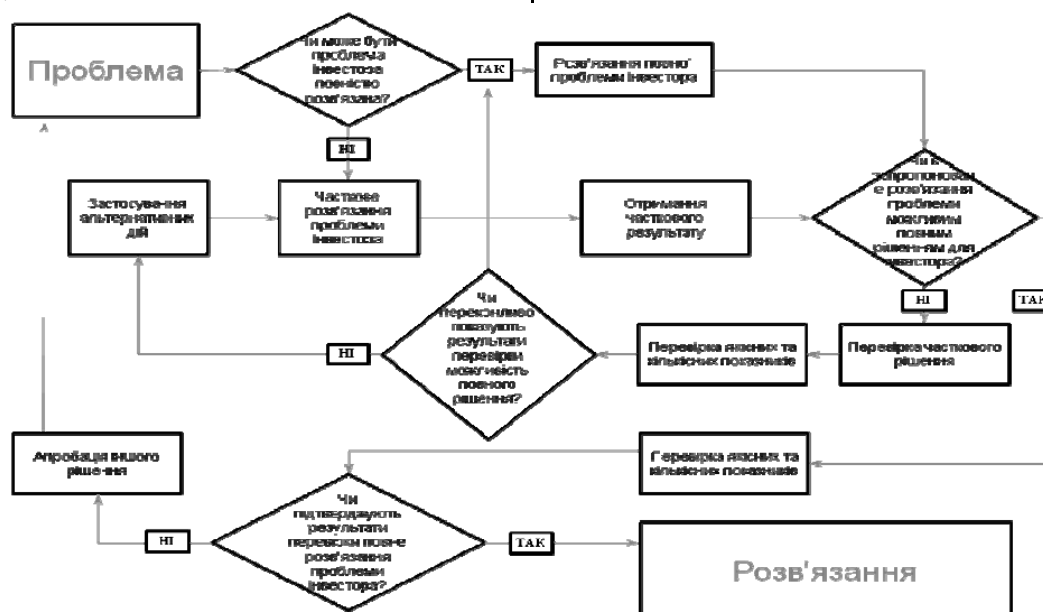


Рис. 2. Схема прийняття рішення інвестором стосовно проблем управління інвестиційними ризиками на фондовому ринку

Джерело: розробка автора

Інформаційне забезпечення функціонування ризик-менеджменту складається з різного роду і видів інформації: статистичної, економічної, комерційної, фінансової та т.п.

Таким чином, управління інвестиційним ризиком – це динамічний процес зі зворотнім зв'язком, при якому прийняті рішення вимагають періодичного перегляду та аналізу. Тому інвестор повинен проводити періодичний моніторинг нових проблем, так як в процесі здійснення інвестиційної діяльності та зміни інформаційного контуру, проблеми змінюються, а це веде за собою прийняття інших управлінських рішень.

УДК 368.54

О.М. Лобова, асп.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО СТРАХУВАННЯ

У статті розкрито місце сільськогосподарського страхування та його роль в економіці держави. Визначено та охарактеризовано основні види сільськогосподарського страхування та ризики, з якими стикається сільськогосподарський виробник в процесі своєї діяльності. Обґрунтовано необхідність страхового захисту сільськогосподарських виробників за допомогою механізмів страхування.

Ключові слова: сільськогосподарське страхування, ризики сільськогосподарського виробника.

В статье раскрыто место сельскохозяйственного страхования и его роль в экономике государства. Определены и охарактеризованы основные виды сельскохозяйственного страхования и риски, с которыми сталкивается сельскохозяйственный производитель в процессе своей деятельности. Обоснована необходимость страховой защиты сельскохозяйственных производителей с помощью механизмов страхования.

Ключевые слова: сельскохозяйственное страхование, риски сельскохозяйственного производителя.

The place of agricultural insurance and its role in the economy is explored in this article. The main types of agricultural insurance and the risks faced by the farmer's activities are identified and described. The necessity of insurance protection of farmers with help of insurance mechanisms are grounded.

Keywords: agricultural insurance, risks of agricultural producer.

Ведення підприємницької діяльності об'єктивно пов'язано з необхідністю прийняття управлінських рішень в умовах ризику і невизначеності. В агропромисловому виробництві ризикове середовище має свою специфіку, особливо рослинництво, де результати безпосередньо залежать від впливу природно-кліматичних умов. Все це вимагає від сільськогосподарських підприємців поглибленого вивчення ризиків, які впливають на одержання кінцевого результату, з метою вибору оптимального методу управління ними.

Світовий досвід визначає страхування як одним з найефективніших методів управління ризиками. Високий ступінь ризиків агропромислового виробництва і низький рівень розвитку сільськогосподарського страхування є основними чинниками, які актуалізують необхідність сільськогосподарського страхування.

Питанням теорії та практики страхування та сільськогосподарського страхування були присвячені праці таких українських вчених: В.Д. Базилевич, В.В. Вітлінський, К.Г.Воблий, Н.М.Внукова, В.І. Грушко, М.Я. Дем'яненко, М.С.Клапків, С.А.Навроцький, С.І.Наконечний, С.С. Осадець, Р.В.Пікус, Я.П. Шумелда, О.І. Ястремський, а також зарубіжних авторів: І.Балабанов, Д. Баббела, А.Вільямс, В.Гроуз, В.Глущенко, Д.Діксон, К.Ерроу, Ю.Журавльов, К.Пфайффер, В.Смирнов, К.Турбіна, Я.Хеймес, В.Шахов, Р.Юлдашев та інших вчених-економістів.

Страхування сільськогосподарського виробництва може сформулювати мінімальний захист сільськогосподарського товаровиробника в умовах невизначеності в отриманні запланованого врожаю в обмін на фіксовану суму – страхові платежі.

Страхування дозволяє зменшити залежність сільськогосподарського товаровиробника від негативних наслідків роботи фактору випадковості, оскільки воно є основним методом компенсації збитку. Проте страхування компенсує можливі збитки (повністю або частково) у грошовій формі, але не відшкодовує втрачені то-

1. Солабуто Н.В., Дороговцев С.В. Обзор моделей управления рисками // Финансовый менеджмент в страховой компании. – 2007. – №1. – Справочно-правовая система "Гарант Платформа F1": по состоянию на 28.10.2007г. 2. Андреева Л. Ю. Российский страховой рынок в системе мирового страхового хозяйства / Л. Ю. Андреева. – Ростов н/Д: Изд-во НМЦ "Логос", 2004. – с. 95. 3. http://www.pravo.vuzlib.net/book_z353_page_37.html. 4. Шарп У. Ф. Инвестиции: Пер с англ. / У. Ф. Шарп, Г. Дж. Александер, Дж. В. Бэйли. – М.: ИНФРА-М, 1997. – XII – 1024 с. 5. Оптнер Ст. Л. Системный анализ для решения деловых и промышленных проблем / Ст. Л. Оптнер. – М.: Изд-во "Советское радио", 1969. – 216 с. 6. <http://www.intuit.ru/departments/expert/intsys/5/3.html>

Надійшла до редколегії 08.02.11

варно-матеріальні цінності, тобто не може повністю усунути порушення процесу відтворення. Ресурси для покриття втрат підприємницької фірми отримують від страхових організацій швидше, ніж з будь-якого іншого джерела, за винятком ресурсів усередині самого бізнесу.

Сільськогосподарське страхування є специфічним класом страхування, яке об'єднує декілька підгалузей. Виділення сільськогосподарського страхування в окремий клас здійснюється за принципами формування комплексних видів страхування. До таких видів відносяться морське, космічне, авіаційне, медичне тощо.

Сільськогосподарське страхування розгалужене поняття і до його складу входить багато різних видів страхування як майнових так і відповідальності. Тому воно є підгалуззю як майнового страхування так і страхування відповідальності (рис. 1), які, у свою чергу, виступають субкатегоріями страхування.

Відповідно, сільськогосподарське страхування, перебуваючи в субпідрядному зв'язку з даними галузями страхування, має ті ж ознаки і функції, якими володіє категорія страхування.

Отже, ґрунтуючись на визначенні категорії "страхування" можна сказати, що сільськогосподарське страхування – це насамперед система економічних відносин між конкретними суб'єктами господарювання, де з одного боку виступають страховики – фінансово-кредитні установи, а з іншого – страхувальники – сільськогосподарські підприємства, орендарі, селянські(фермерські) господарства, які за певну плату передають свої ризики майнових, фінансових втрат в сільськогосподарській діяльності з метою отримання відшкодування при настанні страхового випадку. Сільськогосподарське страхування характеризується комплексністю, оскільки включає в себе страхування врожаю культур та багаторічних насаджень, тварин, машин, будинків, транспортних засобів, насіння, готової продукції, відповідальності товаровиробника та ін. Все це являється об'єктами сільськогосподарського страху-

вання. Від багатьох інших об'єктів майнового страхування їх відрізняє зв'язок з живою природою. Тварини, хоч і відносяться до категорії майна, за своєю суттю є

живими істотами. Посіви сільськогосподарських культур також є посівами тільки внаслідок того, що мають біологічний зв'язок із землею.

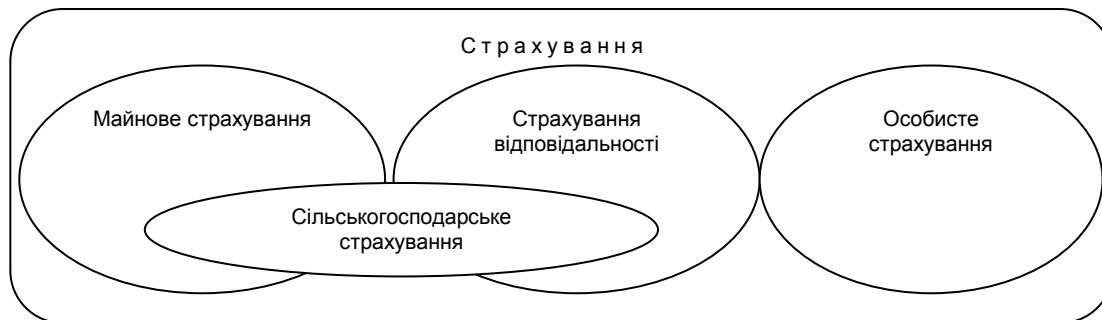


Рис.1. Місце сільськогосподарського страхування в загальній системі страхування*

*Розроблено автором.

Галузева ознака проведення страхових операцій значною мірою зумовила визначення назви – сільськогосподарське. І у вітчизняній, і в зарубіжній страховій практиці він міг позначати клас (або специфічну підгалузь) страхування, який виділявся відповідно до певних ознак. Складність визначення класифікаційних ознак не дозволила багатьом авторам включити термін "сільськогосподарське страхування" в сучасні термінологічні страхові словники. Дійсно, тільки галузева спрямованість аграрного виробництва не може лежати в основі класифікації. Особисте страхування сільськогосподарських товаровиробників, наприклад, ніколи не включалося в термін "сільськогосподарське страхування". На наш погляд, є доцільним включити види особистого страхування, які стосуються сільськогосподарських підприємців, до страхування підприємницьких ризиків. Особисте страхування підприємця сільськогосподарської галузі це необхідна умова ефективного функціонування підприємства. Даний вид страхування буде запорукою того, що в разі якогонебудь нещасного випадку, сільськогосподарське виробництво не зупиниться і не понесе втрат.

Підприємницький ризик сільськогосподарського товаровиробника набагато вище, ніж та ж категорія ризику в промисловості. Він обумовлений набагато більшим обсягом об'єктивних ризикових обставин, що залежать від стихійних сил природи. Причому мистецтво протистояння природному середовищу в значній мірі залежить від того, як на суб'єктивному плані будуть вирішуватися проблеми самого сільськогосподарського виробництва, його ефективності і продуктивності. До підприємницьких ризиків можна віднести фінансові, кредитні ризики, відповідальність за настання яких покладена на підприємця, і якщо він не здатен покрити дані ризики, то і все сільськогосподарське підприємство понесе збитки.

При визначенні місця сільськогосподарського страхування, було б доцільним визначити види саме сільськогосподарського страхування. Оскільки було сказано, що сільськогосподарське страхування є підкатегорією двох підгалузей страхування, то й пропонується виділити наступні види сільськогосподарського страхування в залежності від галузі страхування до яких вони належать (рис.2).

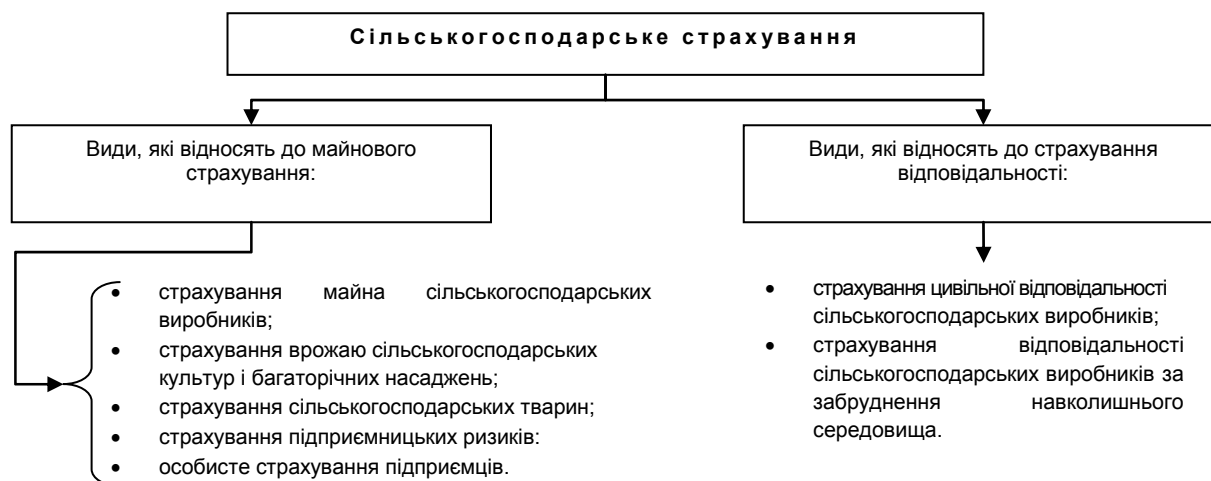


Рис.2. Види сільськогосподарського страхування*

*Розроблено автором.

Однією з ознак страхування є перерозподіл збитку, як між територіальними одиницями, так і в часі. Проведення сільськогосподарського страхування від ризиків природно-кліматичного характеру можливе лише при дотриманні цієї умови. При страхуванні сільськогосподарських культур дуже важливим є охоплення

великої території в різних регіонах країни, тому що збитки, що виникли внаслідок несприятливих кліматичних подій в одних регіонах, можна компенсувати за рахунок страхових премій, які надійшли зі сприятливих за кліматичними умовами регіонів країни. При страхуванні тварин потрібен розподіл збитку між територіа-

льними одиницями, наприклад, у випадку поширення інфекційних захворювань.

У публікаціях останніх років, а також у більшості офіційних нормативних документів страхування врожаю називають по-різному: і страхуванням сільськогосподарських культур, і страхуванням посівів, і страхуванням сільськогосподарських товаровиробників. Але найчастіше вживають традиційну назву – "страхування врожаю", яке було основним видом сільськогосподарського страхування в епоху монополії Держстраху СРСР. Зі старої назви випливає, що об'єктом страхування є врожай, тобто конкретне майно, яким володіє, користується і розпоряджається сільськогосподарський товаровиробник. При укладанні договору страхування ніякого врожаю ще не існує. Є лише право товаровиробника на нього в майбутньому. І є ризик збитків товаровиробника, якщо реалізуються ризикові обставини (несприятливі погодні умови, захворювання рослин або пошкодження їх комахами або гризунами), що може призвести до ситуації, коли врожай, або не буде отриманий взагалі, або його фактична величина виявиться менше плановою. І те й інше може негативно позначитися на підприємницькому доході сільського трудівника. Тим часом для конкретного майна, яке береться на страхування, важливо позначити дві ознаки: його дійсну вартість (для визначення страхової суми) і місце знаходження цього майна на момент укладення договору страхування. Оскільки виконати ці умови у випадку страхування врожаю як конкретного майна неможливо, майбутній урожай страхують за правилами страхування підприємницького ризику. Для страхування підприємницького ризику об'єктом страхування є збитки, які підприємець міг би понести, якщо б настав страховий випадок. Для сільського товаровиробника потенційні збитки найлегше обчислити за допомогою показника вро-

жайності. Якщо врожайність знижується, зменшується підприємницький дохід, до цих пір страхове відшкодування виплачувалося і виплачується саме за фактом зниження врожайності. Таким чином, всі ознаки сучасного страхування врожаю вказують на те, що насправді страхується не врожай, а ризик збитків підприємницького доходу сільськогосподарського товаровиробника [2, с.58].

Основною метою страхування в рослинницькій галузі є прагнення державних органів за допомогою страхового механізму компенсувати сільськогосподарському товаровиробнику негативні відхилення в показниках фінансової стійкості його підприємства.

Страхові ризики в страхових технологіях захисту сільськогосподарського майна також мають певну специфіку. Як зазначав К. Маркс, процес сільськогосподарського виробництва виступає як процес природи, який направляється людиною [3, с.60], а тому він схильний до дії стихійних сил більшою мірою, ніж виробництво в інших галузях. Для більшості об'єктів майнового страхування основним ризиком знищення є вогонь (пожежа, вибух), але для сільськогосподарського виробництва таким ризиком стають хвороби (для тварин) і несприятливі погодні умови, ризик пошкодження посівів хворобами та шкідниками рослин, що впливають на результативність рослинництва. Слід підкреслити, що сільськогосподарські ризики часто проявляються як ризики аномальні. Наприклад, посуха, повінь. За своїми характеристиками вони можуть відноситися до стихійних лих, оскільки можуть охоплювати відразу велику територію. Пожежа також включається до числа страхових випадків, але вона не займає серед них домінуючого місця. Лише при страхуванні будівель, споруд та обладнання її чільне місце у числі страхових випадків відновлюється. Повний перелік як страхових так і не страхових ризиків наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Ризики, з якими стикається сільськогосподарський виробник*

Страхові ризики	Не страхові ризики
Рослинництво	
Вимерзання, град, злива, буря, ураган, повінь, затоплення посівів, вогонь на пні, зсув, селеві потоки, засуха, знищення шкідниками, загибель від дії притертої льодової кірки, випрівання, пошкодження дикими тваринами, землетрусом, сильні снігопади, похолодання, відлига, морози та ін.	Безгосподарність, недотримання агротехнічних умов, нестача потрібних сортів насіння, непридатність матеріально-технічних засобів, нестача органічних і мінеральних добрив, відсутність спеціалістів у господарствах, фінансових ресурсів, інших нехарактерних для цієї місцевості випадків
Тваринництво	
Загибель, знищення або вимушений забій внаслідок інфекційних хвороб, пожежі, стихійного лиха, удару блискавки, бурі, урагану, бурану, граду, зливи, повені, землетрусу, селевих потоків, нещасного випадку; унаслідок забою у разі боротьби з карантинними хворобами, падіння під рухомий транспортний засіб; унаслідок аварії, крадіжки, дії третіх осіб	Недбалість працівників, переляк унаслідок: нападів диких звірів, диких собак, гризунів, падіння літальних апаратів, що в результаті призводить до сказу, зговір і навмисні протиправні дії працівників та інше, не передбачене умовами договору страхування
Основні засоби, будівлі, споруди	
Пожежа, вибух, повінь, паводок, землетрус, буря, ураган, смерч, злива, град, обвал, селеві потоки, затоплення, аварія комунікаційних мереж, крадіжки, неправомірні дії третіх осіб, падіння літальних апаратів, зіткнення, землетрус, цунамі, тиск снігового шару	Архітектурні помилки, зношення основних засобів, пошкодження, страйк, терористичні акти, зговір з метою наживи, недбалість та ін.
Фінансові й трудові ресурси	
1. Фінансові ризики: • страхування заставленого майна на випадок вогневих ризиків, стихійних явищ, аварії, проникнення води із сусіднього приміщення, неправомірних дій третіх осіб, пограбування та крадіжок 2. Ризики трудових ресурсів: • нещасні випадки на виробництві, тимчасова непрацездатність, смерть, інвалідність та ін.	1. Фінансові ризики: • обман, банкрутство, втрата прибутку через банкрутство банку. Змови керівництва господарства, марнотратство, інноваційні та інші ризики, пов'язані з використанням фінансових ресурсів 2. Ризики трудових ресурсів: • простій виробництва через свята, зловживання працівниками алкоголем, нестача працюючого населення, непрофесіоналізм, злодійство, недбалість

*Розроблено автором.

У рамках страхування ризиків сільськогосподарського виробництва страхові компанії пропонують наступні види страхових послуг: страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень; страхування багаторічних насаджень; страхування тварин;

страхування запасів риби, виробленої рибницькими підприємствами; страхування запасів сільськогосподарської продукції; страхування сільськогосподарської техніки та обладнання; страхування будівель (будівлі, споруди, виробничі приміщення).

Серед перерахованих видів сільськогосподарського страхування особливе місце займає страхування врожаю сільськогосподарських культур, так як саме рослинництво займає найбільшу питому вагу у сільськогосподарському виробництві і в більшій мірі, порівняно з іншими галузями, схильне нерегульованим природно-кліматичним ризиків. З огляду на особливості та ризикованість виробництва сільськогосподарських культур держава надає підтримку даного виду сільськогосподарського страхування.

У страхуванні тварин є принципова відмінність, що відрізняє її від інших видів майнового страхування, в яких найбільш поширеною є компенсація втрат, зумовлених частковим пошкодженням основних або оборотних фондів. Важливою особливістю страхування є їх обґрунтоване обмеження обсягу страхової відповідальності, тому що обсяг встановлюється не за повною оцінкою об'єкта. Певна частина страхової відповідальності залишається на відповідальності страхувальника, що повинно стимулювати його зацікавленість у збереженні поголів'я тварин. На основі різниці між величинами страхової відповідальності всю сукупність застрахованих тварин розподіляють на три групи: продуктивна худоба, молодняк, племінні й високоцінні тварини. Для третьої групи застосовують більш високий обсяг страхової відповідальності, включаючи падіж тварин від інфекційних захворювань, загибель під час експлуатації, під час пожеж та стихійних лих. Для об'єктів з інших груп властиве страхування за обмеженим страховим випадком [1].

Сільськогосподарське страхування та, зокрема, його найважливіша підгалузь – страхування врожаю, повинно бути спрямоване лише на компенсацію збитків самого сільського трудівника. Страхове відшкодування, яке він може отримати в неврожайний рік, надасть йому можливість вирішити, принаймні, два завдання. По-перше, виконати свої фінансові зобов'язання перед своїми партнерами в тій мірі, в якій ставилося первинне завдання зробити це за рахунок продажу виробленого товару. По-друге, сільський товаровиробник буде в змозі придбати насіннєвий фонд і необхідні матеріально-технічні засоби для наступного року і таким чином не перервати відтворювальний цикл рослинництва.

Іншими словами, страхування, наприклад, сільськогосподарських культур спрямоване на захист не власне врожаю, а на захист фінансового стану підприємця, який його вирощує. Підприємницький ризик селянина чи сільськогосподарського підприємства, пов'язаний з можливістю збитку від зниження врожаю має складати концептуальну основу такого виду страхування.

Проблеми, які виникають на ринку страхування сільськогосподарських ризиків [5]:

1. Страхові тарифи, затверджені постановою занижені. З іншого боку, ті самі тарифи є надто високими для сільськогосподарських виробників. Сільськогосподарські виробники ще не отримують достатніх прибутків та не мають достатніх обсягів оборотних коштів, щоб таке страхування не відображалось негативно на їх фінансовому стані.

2. Демпінгування тарифів, що спричиняє:

- недобросовісну конкуренцію серед страхових організацій;

- загрозу невиконання страховими організаціями взятих на себе зобов'язань.

3. Виконання страховими організаціями взятих на себе зобов'язань та покриття їх активами.

4. Страхування об'єкту застави – формальне страхування.

Страхування врожаю сільськогосподарських культур здійснюється сьогодні, головним чином, у формі страхування застави з метою отримання кредиту.

5. Здійснення страхування сільськогосподарських ризиків в обов'язковій формі не відповідає нормам класичного страхування.

6. Відсутність інформації у потенціального страхувальника. Значна частина сільгоспвиробників не довіряє страховим компаніям, вважаючи, що в разі настання страхового випадку їх шанси отримати відшкодування є незначними.

7. На сьогоднішній день високий ступень ризиків, притаманний страхуванню врожаю, спричиняє складнощі при перестраховуванні. В більшості випадків їх перестраховування в Україні неможливе, тому що високий рівень обсягів відповідальності.

8. В Україні відсутня державна стратегія розвитку системи управління агроризиками, немає достовірної статистики по агрострахуванню. Законодавство змінюється хаотично, немає ефективного контролю при виплаті субсидій, підтримки страхування сільськогосподарських тварин, хоча кошти на розвиток тваринництва виділяються великі.

Стратегічні напрямки розвитку страхування сільськогосподарських ризиків в Україні:

1. Вироблення єдиних узгоджених принципів діяльності страхових організацій України на ринку страхування сільськогосподарських ризиків.

2. Існує потреба та підстави для запровадження державних програм підтримки страхування врожаю, оскільки, як показує міжнародний досвід, без державної підтримки таке страхування є надто дорогим для сільськогосподарських виробників.

3. Тісна співпраця з Верховною Радою України, Кабінетом Міністрів України, особливо з Міністерством аграрної політики України.

4. Тісна співпраця з Державною комісією регулювання ринків фінансових послуг України.

5. Пропаганда важливості страхування серед суб'єктів підприємницької діяльності (сільгоспвиробників, фермерів).

6. Створення позитивного іміджу страхування.

7. Проект розвитку агрострахування в Україні міжнародної фінансової корпорації сприятиме розвитку страхового захисту сільгоспвиробників [4].

Одним із факторів, який формує стереотип стриманого прийняття суб'єктами сільськогосподарського виробництва страхування є суперечливий характер страхових відносин. Ця суперечність полягає в тому, що і страхувальник, і страховик мають свої економічні інтереси в здійсненні страхування. Так, страхувальник намагається забезпечити собі максимальний розмір страхового покриття (передати максимальний обсяг страхової відповідальності) при оптимальному розмірі страхових платежів (страхової премії). Якщо розмір страхової премії може здатися йому невиправдано великим, то він вимушений буде відмовитись від передачі частини ризиків страховику і зберегти їх у себе. В той же час страховик переслідує зворотні цілі – прийняття мінімальних ризиків (мінімізація обсягів страхової відповідальності) при збереженні максимальних страхових платежів (страхових премій). Отже, існує проблема недооцінки страхувальником фінансової корисності страхових операцій та відсутність критеріїв і показників її визначення, що і потребує подальшого дослідження.

1. Дем'яненко М.Я. Фінансові проблеми формування та розвитку аграрного ринку // Облік і фінанси АПК, 2007. – №5. 2. Економічний довідник аграрника. В.І. Дробот, Г.І. Зуб, М.П. Кононенко та ін. / За ред. Ю.Я. Лузана, П.Т. Саблука. – К.: "Преса України", 2003. – с. 143. 3. Маркс К., Энгельс Ф. Соч., Т. 26. Ч.П. 4. Філонюк О. Ринок страхування сільськогосподарських ризиків в Україні // <http://forinsurer.com/public/03/06/16/546> 5. <http://forinsurer.com/public/03/06/16/546> – Інтернет-журнал про страхування.

УДК 336.2

І. І. Васильченко, асп.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛЕЙ ОЦІНКИ ВАРТОСТІ ОПЦІОНІВ

Автором здійснено порівняльний аналіз теоретичних підходів щодо оцінки вартості опціонів. Розглянуто основні ціноутворюючі фактори та висвітлено альтернативні концепції щодо їх моделювання.

Ключові слова: опціон, ціна опціону, штучні нейронні мережі.

Автором осуществлен сравнительный анализ теоретических подходов относительно оценки стоимости опционов. Рассмотрены основные ценообразующие факторы и отражены альтернативные концепции относительно их моделирования.

Ключевые слова: опцион, цена опциона, искусственные нейронные сети.

Author analyses and compares theoretical approaches to the estimation of options' prices. Main price determining factors are considered and alternative conceptions of their modeling are highlighted.

Keywords: option, cost of option, artificial neuron networks.

В теперішній час все більш вагомим значення набуває світовий ринок фінансових деривативів у якості перерозподільного механізму фінансових потоків та ризиків. Головна небезпека полягає у тому, що операції з ними, дозволяючи використовувати порівняно невеликий обсяг ліквідних засобів, приносять не лише величезні доходи, але й невеликі збитки. В даній роботі ми приділимо суттєву увагу вивченню та аналізу сучасних теоретичних підходів щодо моделювання вартості опціонних контрактів, які знайшли своє відображення у зарубіжних наукових джерелах. Справедлива оцінка вартості опціонів, як одна з можливостей мінімізації імовірних ризиків, представляє собою важке практичне завдання, оскільки на неї впливає ціла низка факторів: рівні безризикових відсоткових ставок грошового ринку, терміни дії контрактів, волатильність базових активів тощо.

Для початку дамо формальне визначення опціону. Опціон (лат. *optio* – *вибір, бажання, розсуд*) – договір, за яким потенційний покупець або потенційний продавець отримує право, але не зобов'язання, здійснити покупку або продаж активу (фінансового або товарного) за заздалегідь обумовленою ціною у визначений договірний момент в майбутньому або протягом певного періоду часу. Опціон – це один із видів похідних фінансових інструментів. Розрізняють опціони на продаж (put option), на купівлю (call option) і двосторонні опціони (double option). Відповідно, опціон "кол" надає покупцеві опціону право купити базовий актив за фіксованою ціною, в той час як опціон "пут" надає покупцеві опціону право продати базовий актив за фіксованою ціною.

На практиці розрізняють опціони біржові та позабіржові. Біржові опціони є стандартизованими біржовими контрактами, для яких власне сама біржа встановлює відповідні специфікації. При укладанні угод учасниками торгів обумовлюється тільки величина премії за опціон, а всі інші параметри і стандарти встановлюються біржею. Опубліковане біржею котирування за опціоном є середньою величиною премії за даним опціоном протягом дня.

З точки зору біржової торгівлі опціони з різними цінами або датами виконання вважаються різними контрактами. Клірингова (або розрахункова) палата, яка обов'язково функціонує при кожній спеціалізованій біржі по торгівлі ф'ючерсами та опціонами, здійснює облік позицій учасників по кожному опціонному контракту. Іншими словами, для учасника торгів, який може купити один контракт, і одночасно з цим продати інший аналогічний контракт, відбувається взаємозалежність його позиції, тобто вона закривається. Звернемо особливу увагу на той факт, що розрахункова палата біржі є одночасно протилежною стороною угоди для кожного учасника опціонного контракту – продавця і покупця. За біржовими опціонами існує також механізм стягнення маржинальних зборів (зазвичай сплачується тільки продавцем опціону).

Вживаючи термін "ціна опціону", мають на увазі премію за опціоном. Премія біржового опціону є котируванням по ньому. Премією є певна сума грошей (зазвичай це обумовлений відсоток від обсягу угоди), що сплачується покупцем опціону продавцеві при укладанні опціонного контракту і за своєю економічною суттю премія є платою за право провести операцію в майбутньому. Величина премії, як правило, встановлюється в результаті вирівнювання попиту та пропозиції на ринку між покупцями і продавцями опціонів. Крім цього, існують математичні моделі, що дозволяють обчислити премію на основі поточної вартості базового активу та його стохастичних властивостей (волатильності, прибутковості тощо). Окремо варто виділити волатильність, адже її вплив є одним із найсуттєвіших, а характер її змін досить непередбачуваний.

При збільшенні волатильності зростає ймовірність, що ціна базового активу, приміром акцій, може бути як дуже високою, так і дуже низькою. З точки зору власника акцій, ці результати компенсують один одного. Проте по відношенню до власника опціону "кол" чи "пут" це зовсім не так. Власник опціону на купівлю акцій отримує вигоду від зростання їх ціни та ризикує понести збитки у разі її падіння. Аналогічно власник опціону на продаж акцій виграє від падіння ціни акцій, але піддається ризику програти при її зростанні.

В основі більшості математичних моделей з розрахунку ціни опціону закладена ідея ефективного ринку. Передбачається, що "справедлива" премія опціону відповідає його вартості, за якої ні покупець опціону ані його продавець, в середньому не отримують прибутку.

Розробка моделі оцінки вартості опціонів, яка могла б працювати в режимі реального часу та виключала можливості арбітражу в операціях трейдерів, є однією із значних проблем сучасного фінансового світу. Така модель дозволяла би трейдерам уникати продажу недооцінених опціонів та купівлі переоцінених. Також, на її основі можна було б розрахувати більш точні коефіцієнти хеджування.

Здійснений огляд та аналіз наукової літератури з досліджуваної проблематики дозволяє ствердити, що загальноприйняті підходи до оцінювання опціонів формуються з урахуванням існуючих фінансових теорій. Для деяких типів опціонів були розроблені самодостатні закриті моделі, в той час як оцінювання інших спирається на такі чисельні процедури як метод Монте Карло, біноміальну модель. Ці моделі були виведені на основі теоретичних аргументів, що базуються на припущеннях стосовно поведінки ціни базового активу та безризикової відсоткової ставки. Як наслідок, вони є узагальненнями реальності та їх ефективність залежить від здатності відслідковувати динаміку ціни базового активу. Остання в свою чергу може слідувати різним розподілам, і те, як вона впливає на ціну відповідного

опціону, може залежати від типу самого опціону: *європейський, американський, азійський, бар'єрний, бінарний, бермудський* опціон тощо. Точність та тривалість підрахунків ціни опціону варіюється від моделі до моделі. У деяких випадках (наприклад, європейський опціон) ефективність моделі є високою, в той час як в інших (для прикладу, опціонів з конвертованими бондами) проблема є більш складною, і продуктивність роботи моделей падає [2].

Альтернативним шляхом формування цін на опціони є використання штучних нейронних мереж. Цей клас алгоритмів досить часто використовується для прогнозування та класифікації. Однією з сильних їх сторін є виокремлення певного масиву знань зі складних або неточних даних шляхом встановлення взаємозв'язків та шаблонів. Основою для розроблення цієї методології стали знання властивостей біологічної нервової системи, а саме їх здатність навчатись на попередньому досвіді та узагальнювати його у майбутні ситуації.

Перевагою штучних нейронних мереж у вирішенні таких проблем як оцінка вартості опціонів є те, що вони здатні моделювати нелінійні залежності та не обмежені припущеннями, які притаманні параметричним моделям. Історичні дані являються єдиними необхідними вхідними даними і на їх основі нейронні мережі здатні встановлювати взаємозв'язки, що існують між ними, та описувати задану ситуацію.

Так, скажімо, штучні нейронні мережі не спираються на припущення стосовно процесу ціноутворення базового активу (постійна волатильність тощо), як і не залежать від жодних теорій, що прагнуть пов'язати ціну базового активу та ціну опціону, виписаного на нього. Вони є гнучкими і можуть бути використані для генерації моделей ціноутворення широкого спектру опціонів, включаючи й опціони, встановити вартість котрих складно, спираючись тільки на класичний теоретичний підхід.

Моделі на базі фінансових теорій потребують вхідних даних по кожному параметру, що входить до їх описання. Особливості цих параметрів можуть зумовити необхідність у наявності даних за цінами опціонів, проте, найчастіше потреби в них не виникає. Таким чином, розглядуваний клас моделей може оцінювати опціони, торги за якими раніше не проводились, у той час як нейромережі цього робити не можуть.

Спираючись на достовірність теоретичної моделі, що закладена в модель оцінки опціонів, останні можуть виявити стійкі зміщення у поведінці цін. Якщо попередні ринкові ціни були зміщені певним чином, створюючи можливості арбітражу, то нейромережа включити ці зміщення у ціноутворюючу модель і не розпізнає їх. Проте, оскільки ліквідні фінансові ринки загалом вільні від арбітражу, то нейромережі генеруватимуть безарбітражні ціни опціонів, і, таким чином, будуть здатні розпізнати хибне встановлення цін.

Дослідження ефективності роботи штучних нейронних мереж у питаннях оцінки вартості опціонів були висвітлені в цілій низці зарубіжних праць.

Так, приміром, Хатчінсон, Ло і Поріо [6] порівнювали три нейромережі з моделлю Блек-Шоулза на основі оцінки американських "кол" опціонів на ф'ючерси індексу S&P500. Вони встановили, що всі три мережі дали кращі результати за модель Блек-Шоулза. Схожі результати у своїх дослідженнях отримали Геїгле та Аронсон [4]. Інші дослідники, такі як Кітамура та Ебісуда [8] встановили, що ефективність нейромереж у розрахунку цін американських "кол" опціонів S&P100 була відносно

низькою. На наш погляд, причиною таких результатів могли стати як дуже мала вибірка, так і використання тільки двох входів у структурі мережі. У своїй роботі Кі та Маддала [9] порівняли продуктивність нейромереж і моделі Блек-Шоулза в оцінюванні європейських "кол" опціонів індексу S&P500 та прийшли до висновку, що перша є ефективнішою. У вказаному ракурсі досліджень Дугас, Бенгіо, Белісле та Гарсія [3] встановили, що обмежена додатковими умовами нейромережа дає на виході точніші ціни європейських "кол" опціонів індексу S&P500, ніж необмежена. Келі [7] проводив розрахунок цін на американські "пут" опціони на базі даних чотирьох американських фірм, використовуючи нейромережі та біноміальну модель. Згідно отриманих результатів перша була значно точніша за біноміальну модель.

Такі автори, як Хілі, Діксон, Рід та Кай [5] використовували ціни на FTSE 100 "кол" опціони за 1992-1997 роки та встановили, що нейромережа досить точно відтворює ринкові ціни (у той же час, прямого порівняння одержаних результатів з можливими результатами за моделлю Блек-Шоулза не проводилось). Водночас, Яо, Лі і Тан [10] використовували нейронні мережі для розрахунку цін "кол" опціонів на Nikkei 225 ф'ючерси (які є американськими) та встановили, що результати були кращими за результати моделі Блек-Шоулза. Амілтон [1] порівнював нейромережі з моделлю Блек-Шоулза в оцінюванні європейських "кол" опціонів на індекс OMX. Він контролював саме вплив дивідендів, виключаючи з вибірки дані за два місяці одразу після виплат дивідендів. Для історичної та неявної волатильностей нейромережі дали загалом більш кращий результат.

Проведений аналіз цілого ряду теоретичних положень та практичних результатів дає підстави для узагальнюючого висновку, що нейронні мережі являють собою вагомий альтернативу існуючим класичним теоретичним моделям (яскравим прикладом котрих є модель Блек-Шоулза). Ми виходимо з того, що вони є досить гнучким та ефективним класом моделей, а тому видається досить логічним їх використання в якості дієвого інструменту для оцінки вартості опціонних контрактів у діяльності професійних учасників ринку фінансових деривативів.

1. Amilon, H. (2001) A Neural Network Versus Black-Scholes: A Comparison of Pricing and Hedging Performances, Working Paper, Department of Economics, Lund University.
2. Connolly, K.B. (1998) Pricing convertible bonds, John Wiley and Sons, Chichester.
3. Dugas, C., Bengio, Y., Bélisle, F., Nadeau, C. and Garcia, R. (2002) Incorporating Second-Order Functional Knowledge for Better Option Pricing, Working Paper 2002s-46, CIRANO, Montréal.
4. Geigle, D.S. and Aronson, J.E. (1999) An Artificial Neural Network Approach to the Valuation of Options and Forecasting of Volatility, Journal of Computational Intelligence in Finance, vol. 7, no. 6, November-December, pp. 19-25.
5. Healy, J., Dixon, M., Read, B. and Cai, F.F. (2002) A Data-Centric Approach to Understanding the Pricing of Financial Options, European Physical Journal B, vol. 27, no. 2, pp. 219-227.
6. Hutchinson, J.M., Lo, A.W. and Poggio, T. (1994) A Nonparametric Approach to Pricing and Hedging Derivative Securities Via Learning Networks, Journal of Finance, vol. 49, no. 3, July, pp. 851-889.
7. Kelly, D.L. (1994) Valuing and Hedging American Put Options Using Neural Networks, Working Paper, University of California, December, 22 pages.
8. Kitamura, T. and Ebisuda, S. (1998) Pricing Options Using Neural Networks, Working Paper, Graduate School of Industrial Administration, Carnegie Mellon University, February, 11 pages.
9. Qi, M. and Maddala, G.S. (1996) Option Pricing Using Artificial Neural Networks: The Case of S&P 500 Index Call Options. In Neural Networks in Financial Engineering: Proceedings of the Third International Conference on Neural Networks in the Capital Markets, edited by A.P.N. Refenes, Y. Abu-Mostafa, J. Moody and A. Weigend, World Scientific, New York, pp. 78-91.
10. Yao, J., Li, Y. and Tan, L. (2000) Option Price Forecasting Using Neural Networks, Omega, vol. 28, no. 4, August, pp. 455-466.

Надійшла до редколегії 12.02.11

Наукове видання



ВІСНИК
КИЇВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ЕКОНОМІКА

Випуск 126

Друкується за авторською редакцією

Оригінал-макет виготовлено Видавничо-поліграфічним центром "Київський університет"

Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за підбір, точність наведених фактів, цитат, економіко-статистичних даних, власних імен та інших відомостей. Редколегія залишає за собою право скорочувати та редагувати подані матеріали. Рукописи та дискети не повертаються.



Підписано до друку 26.04.11. Формат 60x84^{1/8}. Вид. № 23. Гарнітура Arial. Папір офсетний.
Друк офсетний. Наклад 300. Ум. друк. арк. 10,0. Обл.-вид. арк. 7,9. Зам. № 211-5655

Видавничо-поліграфічний центр "Київський університет"
01601, Київ, б-р Т. Шевченка, 14, кімн. 43
☎ (38044) 239 32 22; (38044) 239 31 72; (38044) 239 31 58; факс (38044) 239 31 28
e-mail: vpc_div.chief@univ.kiev.ua
<http://vpc.univ.kiev.ua>