Трофимова Екатерина Евгеньевна. Страховой рынок и факторы устойчивости страховой компании : Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.10 : Москва, 1999 157 c. РГБ ОД, 61:99-8/474-2

**Содержание к диссертации**

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 135**

**Введение к работе**

Актуальность проблемы. Страховые организации, принимая на себя риск страхователя, работают сегодня в условиях нестабильного рынка. В связи с этим деятельность страховщика является достаточно неопределенной и трудно предсказуемой. В первую очередь это касается финансового состояния и финансовой устойчивости страховых организаций, которые являются гарантом выполнения их обязательств перед страхователями. Аккумулируя значительные финансовые средства, часть которых инвестируется в различные финансовые инструменты , страховые организации оказывают большое влияние на инвестиционный рынок. Оказывая страховую защиту, страховые организации воздействуют на устойчивость самого рынка. Таким образом, являясь важным фактором стабилизации, страховые организации имеют расширенный круг своих обязательств. Сфера их деятельности касается социальной защиты общества, включая рынок труда (здесь уместно упомянуть страхование профессиональной ответсвенности, которое является в развитых странах обязательным в силу закона, доходов семей и др.).

Регулирование финансового состояния страховой организации увязывается прежде всего с «внутренними» факторами ^воздействия на него. Но в условиях рынка это состояние зависит также от цен (тарифов) на страховые продукты, от инфляции и других факторов, которые относятся к разряду «внешних» причин воздействия.

Актуальность нашего исследования мы усматриваем в необходимости комплексного изучения как внутренних, так и внешних факторов финансового состояния страховых организаций, мерой которого является финансовая устойчивость каждого вида страхования и страховой компании в целом.

В настоящее время работу страховой организации на нестабильном и трудно прогнозируемом рынке осложняет существование инфляции, которая выполняет роль «внешнего» фактора, и влияние которого неоднозначно. Опыт работы отечественных страховых организаций еще недостаточен в силу их недавней деятельности на рынке. В настоящее время в законодательстве еще не сложилась четкая процедура регулирования страховой деятельности, а также гарантии защиты интересов страхователей в случае разорения страховых компаний. После крушения финансовых пирамид на рынке, а также неготовности государства отвечать по своим обязательствам, люди утратили доверие и к страховым компаниям. В связи с вышеизложенным, материал, рассматриваемый в настоящей работе, призван способствовать решению сложившихся проблем.

*Научная* новизна заключается в следующей выработанной концепции. Понятие финансовой устойчивости можно рассматривать как две составляющие. Существует финансовая устойчивость отдельного вида страхования, здесь присутсвует понятие риска. Также существует понятие финансовой устойчивости страховой компании, которое определяется по балансовым данным. Эти оба понятия взаимодействуют друг с другом, связь между ними не функциональная, а стохастическая (так как присутствуют непредвиденные, случайные факторы), связь проявляется на рынке, в частности в цене (тарифе). Цена на страховой продукт зависит от андеррайтинга, эта взаимосвязь проиллюстрирована схемой(рис. 1). Регуляторами устойчивости для страховой компании являются как внутренние, так и рыночные условия их деятельности, экономическая, финансовая и налоговая политика государства, социальный, географический, экологический фактор, конъюнктура рынка. Понятие устойчивости может быть распространено как на деятельность каждой страховой компании, так и на весь страховой рынок. Внешние и внутренние факторы устойчивости страховой компании могут взаимно усиливать или, наоборот, входить в противоречие друг с другом. Определены пределы толерантности понятиий устойчивости или неустойчивости

страховой компани. К*числу* основных результатов, определяющих уровень научной новизны относятся следующие: определены методы оценки финансовой устойчивости и

платежеспособности страховой компании в условиях сложившегося рынка России.

Рис. 1

**Концептуальная схема формирования финансовой устойчивости страховой компании**

Соответственно особенностям страхового рынка, определены способы выработки рисковой стратегии страховщика. Диапазон показателей, касающихся оценки финансового состояния страховой компании, значительно расширен, рассмотрена взаимосвязь таких его показателей, как ценовые факторы, диверсифицированность портфеля страхования, риски страховой организации, страховые резервы и их взаимное влияние друг на друга в процессе обеспечения платежеспособности и финансовой устойчивости.

Цель и задачи исследования

Главной целью исследования была разработка концептуальных основ устойчивости страховой компании в условиях рынка, оценивающих финансовое состояние страховой компании, определение толерантных границ изменения основных показателей финансовой устойчивости и центральных показателей, их регулирование в условиях рынка, исследование особенностей финансовой устойчивости, проведен анализ взаимосвязи между характером риска и устойчивостью страховой организации. В работе исследованы особенности финансовой устойчивости страховых организаций, работающих в условиях рынка, предложено решение вопросов соотношения, состава, структуры и объема страховой премии, особенности построения цены на страховую услугу в условиях инфляции; разработана система показателей , оценивающих финансовое состояние страховой компании, определены границы основных показателей в условиях рынка.

Предмет и объект исследования . Предметом исследования является практическая деятельность компаний на рынке, направленная на сохранение благоприятного финансового состояния страховой компании. Объектом исследования явились страховые организации, осуществляющие свою деятельность на рынке, их взаимодействие с другими субъектами финансово- кредитных отношений, особенности обеспечения финансовой устойчивости страховой компании в рамках их внутренних возможностей.

Хронологические рамки исследования охватывают в основном период 90-х годов, так как именно в этот период, после начала перестроечного периода в нашей экономике, начал свое существование, также возродившись из небытия после длительного перерыва, отечественный страховой рынок.

Практическая значимость исследования обусловлена важностью решения проблемы обеспечения финансовой устойчивости страховой организации как одного из гарантов стабилизаци рынка. Основные положения и выводы работы могут быть использованы в практике работы страховых организаций России. В работе внесен ряд конкретных предложений и рекомендаций по обеспечению финансовой устойчивости страховщика, ее анализу, оценке и регулированию. В работе рассмотрены пути формирования сбалансированного страхового портфеля и контроля за его устойчивостью; предложена система показателей оценки финансовой устойчивости, рассмотрены состав и структура страховой премии как инструмента адаптации к рыночной среде.

Степень разработанности проблемы. Концептуальные вопросы, касающиеся финансового состояния рассматривались уже в трудах Ф.М. Родионовой, М.А. Федотовой, А.Ю. Юданова. В настоящее время вопросы, касающиеся финансовой

устойчивости и платежеспособности страховой компании широко обсуждаются в современной литературе и рассматривались в трудах С.Н. Асабиной,., Е. И. Коломина, И. Б. Котлобовского, Л.А Орланюк-Малицкой, В.И.Рябикина, В.В.Сухова, К.Е.Турбиной, В.В.Шахова, а также других ученых.

Методологическую и теоретическую основу исследования составили труды видных представителей отечественной и мировой мысли в области развития финансово-кредитной сферы и страхования. В работе использованы публикации международных организаций, национальная статистика России и зарубежных стран, экономическая периодика, законодательные и нормативные акты по страхованию, статистическая отчетности и др.

Апробация работы. Основные положения и результаты работы опробованы в процессе практической деятельности страховой компании, работающей на рынке, в процессе ведения практических занятий, материалы использованы для подготовки курса лекций, а также для разработки и написания практического пособия.

Структура работы. Работа состоит из введения, трех частей, , заключения, списка литературы из 111 наименований и приложений, содержит 12 таблиц, б диаграмм и 2 схемы.

**1. Рынок страховых продуктов (услуг) и**

**страховые риски**

***1.1 Признаки и тенденции в развитии стрессового***

***рынка России***

Страховой рынок - составная часть финансово-кредитного рынка страны, где предметом купли-продажи являются страховые продукты, потребительские свойства которых отличны от других услуг финансового назначения. Отсюда, развитие страхового рынка - это расширение перечня(видов) страховых продуктов, их активное внедрение в систему денежных отношений. Такое соотношение обеспечивает рыночную привлекательность страховых продуктов и соответсвующий спрос на них. О степени развития рынка и его потенциале свидетельствуют следующие цифры: сегодня в России страхуются менее 10% потенциальных страховых рисков против 90-95% большинства развитых стран.

Причиной такого положения страхования известны. ( В частности, о них достаточно подробно говорилось на Всероссийском собрании страховщиков, состоявшемся в марте 1999 г. в Москве) . Их обычно увязывают с правовыми (законодательными) , экономическими, финансовыми

(налоговыми), социальными и демографическими факторами, определяющими состояние и развитие страхования в целом.

Применительно к рынку возникает ряд специфических факторов, объективно и субъективно воздействующих на спрос и потребление страхового продукта. К их числу относятся мотивационные причины заключения договоров страхования (или отказа от них), потенциальными (и реальными) страхователями и конкурентные взаимоотношения страховщиков.

Эти факторы еще более неустойчивы, чем экономические и финансовые причины. Они более тесно взаимодействуют со страховыми*рисками,* меняя не*только их восприятие,* но*и*оценку. Поэтому мотивационные причины и конкурентные проявления в области страхования должны быть предметом самостоятельного изучения. Они непосредственно увязываются с опытом управления страховыми компаниями и регулированием страхового дела как*отрасли* экономики.

Рассмотрим некоторые данные , раскрывающие мотивацию (являющуюся, по нашему мнению, причиной развития страхования) принятия решений в части добровольного заключения договоров страхования.

Для выявления существующего уровня потребления страховых услуг жителями Москвы и изучения потенциального спроса страховая компания «Народный резерв» в феврале 1998 г. провела выборочный опрос ( по случайной выборке были опрошены 770 взрослых москвичей.) , который подтвердил, что *даже*страховой рынок Москвы находится в зачаточном состоянии. [16, с.75]. Только 14% опрошенных имеют тот или иной страховой полис, в том числе 4 6% - договора страхования дач, 35% - квартир, 22% - машин, 15% - жизни, 12% - накопительного страхования, 12% - жизни детей. Договоры по остальным видам страхования имеют менее 7% застрахованных респондентов. Мотивы , по которым горожане согласны страховать свое имущество следующие:

Таблица 1

Мотивы страхования имущества

Основными причинами низкой популярности страховых услуг назывались в порядке убывания : недоверие к страховым компаниям, в том числе и из-за негативного опыта страхования в коммерческих компаниях и Госстрахе - 53%, вторая причина - недостаточность информации о страховых компаниях, в том числе их низкая рекламная активность - 2 9%, высокие страховые тарифы , несопоставимые с низкими доходами населения; невыгодные условия страхования были третьей причиной - 22% опрошенных считают так. Хотя по имеющимся статистическим данным основной причиной следует считать низкие доходы населения и отсутсвие у населения свободных средств, в условиях постоянной задержки заработной платы большинству «бюджетников» .-шахтерам, учителям, пенсионерам. (См. Диаграммы №1, 2, 3 и таблицы в Приложении №1, 2 ) . Проанализировав диаграмму 3, находящуюся в приложении, можно сделать вывод о том, что численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума, составляет у нас не менее 80%.

Отсюда у основной части населения возникает мнение, что страхование - лишняя трата денег, многие не понимают смысла страховых услуг.

Хотя многие страхователи приобрели свой полис случайно или по привычке, сейчас они называют вполне здравые причины, по которым будут обращаться в страховую компанию. Это защита нажитого имущества, обретение безопасности, но никак не привычка, престиж, случайная агитация. То есть спрос переориентируется буквально на глазах, становясь более избирательным. Опрос показал, что только 9% граждан полностью отвергают возможность застраховаться, а остальные готовы заключить договор при выполнении некоторых личных или макроэкономических условий. Наибольший потенциальный спрос имеет страхование квартир, страхование жизни, накопительное страхование , страхование машин, жизни детей, а также страхование дач. Меньший интерес проявлен к страхованию ответственности автовладельцев, профессиональной

ответственности, детей от несчастного случая и добровольному медицинскому страхованию.

Сдерживают же потенциальных страхователей низкое доверие граждан к страховым компаниям и низкая

информированность (хотя как показывает практика, после 17 августа 1998 г. надежным, крупным страховым компаниям стали доверять больше , чем банкам).

Опрос жителей Москвы подтвердил, с одной стороны, низкий уровень страхования, а с другой - интерес к этой области финансовой деятельности среди населения. Необходимо, чтобы данный потенциальный интерес был восстребован, чтобы сдерживающие факторы были преодолены.

Отметим, что до сих пор самый высокий процент застрахованных приходится на пожилых людей. Они страхуются по привычке и предпочитают заключать договоры страхования с компаниями системы «Росгосстраха». Среди всех опрошенных женатых мужчин в возрасте 50-59 лет страховку имеют 41% (при среднем показателе 14%), а старше 60 лет -35%. Среди женщин достаточно высокий процент застрахованных в возрастных категориях 30-39 лет и старше 60 лет. Эти возрастные группы более легко поддаются уговорам агентов. Они страхуют, как правило, имущество, квартиры и дачи. Самый высокий спрос на страхование жизни имеется среди молодых замужних женщин с детьми, впрочем, как и среди женатых мужчин 30-39 лет. В этих группах страхованием жизни интересуются 31%.

Позиция Минфина относительно ближайших тенденций *развития рынка* примерно*заключается* в*следующем: отмечается*необходимость упорядочения процессов, которые идут на рынке обязательного страхования, [16, с.74]. Нужно определить, что вводить в качестве обязательных*видов* страхования. Ключевым интересом здесь может стать массовость и социальная значимость тех групп населения, чьи имущественные интересы ущемляются, а вовсе не темпы капитализации и*становления*инфраструктуры страхового рынка.» Отмечается проблема страхования гражданской ответственности владельцев автотранспорта. Число жертв в дорожно-транспортных авариях растет, количество машин увеличивается и, к сожалению, не приходится рассчитывать на то, что судебная форма защиты имущественных интересов потерпевших даст реальные плоды. В этом случае Дума и правительство вполне обоснованно подходят к ведению этого вида обязательного страхования. Что же касается прочих видов обязательного страхования (ответственности работодателя, за нанесение экологического ущерба и так далее) , то здесь следует точно оценить в какой мере эти виды страхования влияют на общественную ситуацию. Введение обязательного страхования, на самом деле

увеличивает нагрузку на предприятие, которое такой нагрузки может и не выдержать. Задачи современного страхового надзора уже видны не в том, чтобы не допустить на страховой рынок некачественные страховые продукты, применение которых могло бы вызвать негативные последствия, как это было на заре образования страхового рынка. Как отметил в своем интервью(незадолго до финансового кризиса ) руководитель департамента страхового надзора Минфина Илья Ломакин- Румянцев: «сейчас страховой рынок переживает новый этап - интенсивного развития. Поэтому задачи надзора перемещаются уже в плоскость превентивного контроля. Мы должны не констатировать факт смерти страховой компании, отзывая у нее лицензию, а проводить предупредительные мероприятия и выявлять потенциально неблагополучные страховые компании заблаговременно. С тем, чтобы не было не банкротств, ни пирамид. Да и сам термин «банкротство» к страховым компаниям недопустим. Ликвидация, реорганизация, санация, все, что угодно, только не банкротство. Ведь что продает страховщик? Он продает вам надежду.», [16, с.76].

В настоящее время наблюдается концентрация страхового рынка, которое происходит не только за счет укрупнения компаний, но и путем образования страховых групп. К настоящему моменту «Росгосстрах» представляет собой группу компаний : в результате суммирования показателей он оказался на первом месте. Остальные альянсы находятся лишь в*стадии*формирования и группами могут быть названы лишь с некоторой натяжкой. «Росгосстрах» - крупнейшая отечественная группа, его дочерние компании и филиалы составили 34% от общего числа страховых органов и 93% от числа страховых органов государственных фирм: им принадлежит 4 6% всех филиалов - представляют собой неоднородную структуру, [16, с.75]. Наряду с действительно действующими страховыми компаниями, она включает в себя несколько фактически недействующих, такая структура досталась в наследство со времен СССР, когда территориальные подразделения создавались по

административному признаку. Кроме того неудачная приватизация не только отразилась на положении компании, но и изрядно подмочила ее репутацию. Реально денег на увеличение уставного капитала нет. По действующему на сегодня закону для этого потребуется не менее 300 миллионов рублей. У государства есть два пути - дать денег и сразу отобрать, или пролоббировать специальные поправки к закону об особом статусе Росгосстраха.

Транснациональная группа «Ингосстрах» - еще один многолетний лидер рынка. Давно акционированный, он сейчас сколачивает полноценную группу из своих бывших зарубежных подразделений , а также российских*дочерних и* зависимых компаний. Его цель - восстановить ту роль которую компания играла в прошлом. С этой целью увеличивается уставной капитал «Ингосстраха», активизируется его сотрудничество с зарубежными партнерами.

«Росно», третий лидер страхового рынка, хотя и уступает «Росгосстраху», по объемам собираемой премии и размеру группы, имеет очень высокий потенциал роста. Позиции особенно сильны в Москве, сейчас проводится экспансия в регионы, и в ближайшее время может привести к смене лидера по общему сбору страховой премии.

Страховая компания «Коместра» - единственная группа, основным полем деятельности которой является Западная Сибирь, в основном Кемеровская область, отличающаяся уникальным для провинции спросом на страхование. Кузбасс замечателен аномально высокой долей личного страхования в общей сумме добровольного страхования в общей сумме добровольных страховых взносов и выплат. Доля Кемеровской области на российском рынке личного страхования по результатам девяти месяцев 1997 г. составляет 8,96%, [16, с. 90] . Это больше, чем доля компаний Волго-Вятского, Центрального, Поволжского и Северо-Кавказского региона вместе взятых. Результаты первых трех кварталов прошлого года показывают, что сборы кемеровских компаний по личному страхованию увеличились более чем на 50% по сравнению с аналогичным периодом 1996 г. Объемы страхования жизни росли более динамично и составляют 90% взносов, в то время как в среднем по России этот показатель равен 65%. Из-за проблем в промышленности объемы имущественного страхования сократились на 35%. Довольно слабо развито страхование имущества граждан, что говорит о невысоком уровне жизни и мала доля *добровольного медицинского страхования, видимо по причине*того, что страховщики не могут предложить людям более качественные медицинские услуги, чем те, которые предоставляются по полисам обязательного медицинского страхования. Развито также страхование рисков, доля взносов по которому в имущественном страховании составляет 24,52% (в среднем по России менее 6%).

Страховая группа «Лукойл» была создана*для* обслуживания предприятий , входящих в нефтяной холдинг «Лукойл», для страхования рисков*учредителей с* целью сохранения внутри финансово-промышленной группы страховые денежные потоки. Как правило, такие компании на ранней стадии своей деятельности быстро набирают финансовые ресурсы за счет повышенных ставок страхования. В дальнейшем для членов такой ФПГ действует пониженный страховой тариф. Это единственная страховая группа, имеющая целевые интересы за рубежом. В ее состав входят страховые компании в Азербайджане и Латвии.

Уже сейчас в России представлен практически полный набор известных в мировой практике моделей страховых групп. Это классическая транснациональная форма организации группы «Ингосстрах» с точечным размещением дочерних компаний в узлах товаропотоков, мелкоячеистая сеть дочерних компаний и их филиалов «Росгосстраха», направленная на население, вертикально интегрированная «Росно», замкнуто-корпоративная страховая группа «Лукойл». И в ближайшее время мы, как на испытательном полигоне, сможем наблюдать все достоинства и недостатки этих моделей.

Структура отечественного страхования существенно отличается от структуры рынка развитых стран. Если в развитых странах доля страхования жизни в собранной премии достигает 60-70%, то у нас она едва ли превышает 30%. Тому есть несколько причин, и главные из них вполне объективны - это недостаток денежных средств и отсутствие страховых традиций у населения. Кроме того, структуру страхования

**СИЛЬНО** искажает обязательное страхование, несоразмерно развитое по отношению к другим его видам. Реальная же доля страхования жизни, по видимому не дотягивает и до 30%, поскольку в последнее время именно этот вид страхования используется страхователями для ухода от налогов. На факт "псевдострахования" недвусмысленно указывает, например, на то, что в течение продолжительного времени выплаты по страхованию жизни превышали собранную премию, что отображено на графике: (График 1 и 2)

График 1

**Структура страховой премии**

**3%1**

**Страхование ответственности**

**Имущественное страхование**

**Ш1 Личное страхование**

* **Обязательное страхование**

График 2

**Отношение выплат к собранной премии в личном страховании за**

**1995 3 1 квартал 3**

**квартала 97 квартала**

**период 1995-1997 г.**

**"Личное страхование в целом**

**"Страхование жизни**

Если обратить внимание на премии крупнейших компаний России, представленные в Таблице 4 Приложения, то будет заметно, что лидерство в добровольном личном страховании составляет тройка компаний. Анализ собранной премии по добровольным видам помогают получить реальный расклад сил, так как по общей премии*компания* может занимать лидирующее положение только за счет того, что собирает платежи за обязательное страхование. Размер страховой премии должен хорошо коррелировать с показателями собираемости премий. Случаи, когда между премией и выплатой имеется существенное различие, говорит о разного рода схемах псевдострахования и ухода от налогов, и для анализа рынка они особого интереса не представляют.

С 1995 г. концентрация этого сегмента рынка неуклонно растет. А если учесть, что состав лидеров с течением времени меняется все меньше, можно говорить о консервации существующей расстановки сил. Рынок имущественного страхования следует за рынком личного страхования с отрывом в год. В списках ведущих компаний этого сегмента революционные изменения происходили в 1995-1996 годах, затем ситуация начала стабилизироваться. В отличие от личного страхования, имущественное имеет более высокий барьер для вхождения в элиту. Это связано с большими рисками и, соответственно, необходимостью иметь большие собственные средства для покрытия. Кроме того, компании, занимающиеся имущественным страхованием специализируются на различных его видах. В результате этот сегмент рынка оказывается весьма инертным. Страхование ответственности наименее развито в России. Об этом свидетельствует небольшой объем этого рынка и крайне высокая его концентрация (двадцать пять страховых компаний сосредоточили около 80% всей собираемой страховой премии) в сочетании с высокой текучестью, особенно среди шестидесяти крупнейших компаний. В этом сегменте весьма нередки случаи псевдострахования.

Если говорить о тенденциях рынка, страховой рынок пока находится в стадии формирования. Расклад сил среди самых крупных компаний уже более или менее сложился. Передовые позиции в одном виде страхования отнюдь не гарантируют успеха в другом виде страхования.

Таблица 2

**Двадцать наиболее диверсифицированных компаний,**

[96, с. 75]

Среди лидеров рынка на удивление мало

диверсифицированных компаний, с равным успехом развивающих деятельность по нескольким направлениям (Таблица 2). Для того, чтобы оценить диверсифицированность портфеля страховой компании, мы сравнивали доли собранной ею премии по каждому виду страхования с долей этого вида страхования по рынку в целом. (В качестве индекса диверсификации был использован коэффициент квадратичного отклонения по всем видам). Список диверсифицированности показывает, что лидерам страхового рынка диверсифицированность в отличие от стабильности не присуща. Оказалось, что различные направления деятельности компании практически не связаны между собой. В любом случае, распространенное мнение, что страховым компаниям, имеющим большой объем собранной премии по одному виду, легко набрать объемы по другим видам, отнюдь не всегда верно. На настоящий момент оплаченный уставной капитал составляет более 10 миллионов деноминированных рублей.(Таблица 3)

Таблица 3

**Крупнейшие страховые компании по размеру уставного капитала**

**(в деноминированных рублях),** [36, с. 75]

Из тридцати компаний, перешагнувших десятимиллионный рубеж, за пределами Москвы находятся всего лишь три (Таблица 3) . Если этот список оценивать как заявку на лидерство, то можно говорить о предстоящей сдаче региональных страховых рынков московским компаниям. При недостаточности собственных средств нельзя застраховать крупный страховой риск. Московским страховым компаниям значительно легче наращивать финансовые ресурсы. Многие региональные компании хотели бы увеличить свой уставной капитал, но источников для этого нет. Эффективные промышленные предприятия уже подтянуты в состав различных конгломератов, большей частью московских. Страховые компании ни к чему поддерживать местными бюджетными деньгами, в отличие от банков.

В Постановлении Правительства Российской Федерации «Основные направления развития национальной системы страхования в Российской Федерации» в 1998-2000 г. была изложена программа развития страхового рынка на ближайшую перспективу. Примечательно, что в результате кризиса, случившегося 17 августа 1998 г., страховые компании получают отсрочку для увеличения уставного капитала.

Таким образом, можно говорить о том, что страховой рынок в России находится в стадии формирования. Специфика его проявляется в резкой дифференциации страховых компаний по уставному, по сбору страховых взносов и выплате возмещений, по размеру страховых резервов и по

инвестиционной деятельности. Данная дифференциация может быть оценена двояко: а)как оптимальный способ охвата

страхового поля, когда все регионы, все "ниши" охвачены страховыми услугами; б) как потенциальная угроза краха тех компаний, которые находятся в левой части данного распределения, то есть они недостаточно мощны как в потенциальном, так и в реальном отношении своей деятельности. Страхователи небезразличны к этому процессу. Их интерес и мотивации связаны с конкурентной борьбой и с теми решениями, которые принмаются в «верхних эшелонах» управления. Все это меняет восприятие страхового риска, являющегося первоосновой страхования (так как нет риска - нет страхования), и требует его специального изучения.

***1.2 Стрессовой риск: априорные и апостериорные признаки страхования***

Страховой риск, а точнее распределение страховых рисков - определяющая характеристика страхования , важнейший фактор страхового рынка. Риск происходит вследствие вероятностного протекания экономических, социально- политических и также природных процессов. Все вышеуказанные процессы находятся в тесном

взаимодействии друг с другом, влияя друг на друга . В экономической литературе риск рассматривается как составляющая в структуре предпринимательского дохода, как математическое ожидание потерь, которые могут произойти при реализации принятого решения. (Милль), [64, с.35]. В неоклассической теории (А. Маршалл) [54, с. 20] основной акцент делается на условия

неопределенности, в которых работает предприниматель. Предприниматель действует, основываясь на том, какой размер прибыли он получит, учитывая ее возможные колебания, при это выбирается та стратегия, при которой риск колебаний оказывается минимальным. Маршалл говорит о том, что в стоимость продукта должны быть заложены затраты, учитывающие природно-стихийные

колебания, изменения конъюнктуры рынка. Дж. М. Кейнс [52, с.40] упоминает существование издержек риска, которые необходимы для покрытия возможной маржи между реальной выручкой и ожидаемой. При этом, можно выделать три основных риска: первый, когда

рассматривается риск предпринимателя, оперирующего только

своими средствами; его риск связан с получением или неполучением ожидаемой прибыли; если же присутствует кредитор, то его риск связан с невозвратом кредита. Практически всегда, и особенно в нашей стране, существует риск, связанный с девальвацией денег. В этой ситуации имущество представляет собой более надежный вид вложений, чем деньги сами по себе.

Отсюда, риск может рассматриваться как ожидаемые потери в результате осуществления финансово

хозяйственной деятельности или без таковой. В последнем случае, риск может рассматриваться как спутник жизни и деятельности человека. Классификация рисков, которым подвержена страховая компания представлена в Приложении, Таблица 6. Применительно к рынку, риск - это прежде всего вероятность каких-либо убытков, возникающих в различных ситуациях и требующий создания страхового фонда. Если нет риска, то нет потребности в страховании. "Страховой риск" употребляется в двадцати различных контекстах: насчитывается около 20 его трактовок. Риском называют отдельное страхование, размер ответственности страховщика, имущество, принимаемое на страхование, объект страхового правоотношения и т.д. С точки зрения страховой компании, риск представляет собой предмет страхования, а объем риска, его характер, определяют для страховщика возможность принятия того или иного объекта на страхование. Законодательно закрепленными признаками страхового риска являются вероятность и случайность его наступления. (ч.2 п.1 ст.9 Закона «Об организации страхового дела в РФ») . Схематически риски, которым потенциально подвержена страховая компания, можно изобразить следующим образом. (Таблица 6 Приложения)

По мнению проф. Рябикина В.И., страховой риск следует рассматривать как априорный и апостериорный факторы страхового рынка. Риск априори - означает объективность и неотвратимость ряда потерь, приводящих к тому, что некоторый потенциальный уровень ВВП неотвратимо (вследствие ряда страховых событий приводится к меньшему уровню. В.И. Рябикин определяет это априорное падение через через показатель (коэффициент) «скорость» потерь уровня ВВП, выражаемое как (1-е"5), где е - основание натурального логарифма, а -5 - скорость потерь ВВП. Риск апостериори - выражает реальные показатели падения ВВП из-за страхового случая (то есть реальное наступления события). Это падение определяется долей j фактического ВВП к потенциальному уровню ВВП (И'/И'1). По нашим расчетам между риском априори и риском апостериори существует связь, которая гипотетически выражается следующими соотношениями:

Таблица 4

**Соотношение априорных и апостериорных уровней страхового**

**риска**

Отсюда, страховой рынок характеризуется не просто набором каких-либо страховых продуктов, но и "флуктуацией",

изменчивости этих продуктов под влиянием колебаний страхового риска. Связь страхового рынка с риском проявляется и в другом.

Исходя из этого, страховой риск можно определить как вероятностный убыток, который должен быть восполнен страховщиком за определенную плату, который

обеспечивает раскладку ущерба во времени и

пространстве. Далее можно определить "требования" к страховому риску, а именно: «объективность» риска , случайность риска, обеспечивающая в массе событий подчиненность страховых событий закону больших чисел, при этом ущерб вследствие произошедшего риска должен поддаваться измерению и оценке, а также должен быть достаточно значимым, для того, чтобы был страховой интерес и ущерб должен быть «разумным» для взявшего на себя этот риск.

Риск страховой организации, в силу специфики ее деятельности, включает в себя собственно

предпринимательский риск. Оказывая страховую защиту, страховщик принимает на себя риск страхователя. Таким образом, общая совокупность складывается из собственного и принятого риска.

Под принятыми рисками понимаются страховые риски, которые страховщик в силу действия договора страхования принимает на себя. Принятые риски покрываются за счет страхового фонда - в том числе технических резервов. Следует сказать, что отечественная практика страхового дела показывает: большее внимание уделяется принятым на страхование рискам, в то время, как своим собственным (перестрахованию в т.ч.) оказывают меньшее внимание.

Между тем, риск страховой организации характеризуется по-разному. Во - первых, это «технический» риск, связанный с формированием страхового фонда, неадекватного обязательствам страховщика (это может быть обусловлено недостачей статистического материала, объективным изменением убыточности страховой суммы, проблемами, связанными с формированием страхового портфеля, ошибками в расчетах, переоценкой собственных возможностей, небрежностью при заключении договора.

Во-вторых, это риск ошибки при размещении страхового фонда, т.е. инвестиционный риск( больший процент доходности приносят именно инструменты наиболее рискованные, но поскольку в инвестициях задействован страховой фонд, следует использовать более стабильные, хотя и менее доходные инструменты). Если боратиться к Диаграмме 4, находящейся в Приложении, можно сделать вывод о том, что индексы инвестиций в основной капитал с 1992 - 1997 г. падали (с 50% до 24%) по отношению к 1990 г. Это говорит о преобладинии спекулятивного характера инвестиций. Следующий собственный риск - риск невыполнения страховщиком предусмотренных договором обязательств финансового характера, чаще всего является предметом арбитражных и судебных споров. Наличие у страховой организации помимо принятого также собственного риска означает, что в условиях рынка для обеспечения финансовой устойчивости страховщика нужно иметь

финансовые ресурсы, обеспечивающие покрытие всех видов риска. Для этого могут (частично) использоваться свободные активы, а также приниматься специальные меры, связанные с проведением страхового андеррайтинга.

В результате страховой рынок становится предметом не только изучения, но и управления, или более широко менеджмента. В лексику страхового дела вошло понятие риск- менеджмента, имеющего к нашему исследованию

непосредственное отношение.

В риск-менеджменте принято риск подразделять на допустимый, критический и катастрофический, применительно к финансовому состоянию предприятия.***Допустимой****риск означает риск потери прибыли* в*результате осуществления предпринимательской деятельности;****критический****риск - утрату предполагаемой выручки;****катастрофический****риск - потерю всего имущества и банкротство.*

Применительно к страхованию первая ступень риска означает использование для покрытия средств, заложенных в структуре тарифной ставки, вторая ступень - это расходование всего страхового фонда при сохранении собственного капитала; катастрофический риск имеет такой же смысл, как и для предприятия в целом - потеря всего имущества и банкротство.

В силу специфики страховой деятельности - а именно момента предварительной оплаты страховой услуги, существует требование достаточно точного расчета страхового риска для обеспечения финансовой устойчивости страховщика, для того, чтобы сформировать страховой фонд, адекватный страховым обязательствам.

В зарубежном страховании риск оценивают по «максимуму». Существующая классификация рисков , данная ЕС, относит, например, к крупным рискам относятся объекты, отвечающие хотя бы одному из перечисленный условий : [64, с. 27 ]

* 1. сумма баланса - более 62 млн. ЭКЮ;
  2. товарооборот - более 12.8 млн. ЭКЮ за год; число занятых - более 250 человек.

В зарубежной практике страхования для оценки риска часто используется метод экспертных оценок - то есть риск оценивается специалистами в конкретной отрасли производства, далее может быть использован метод математического

моделирования для характеристики развития событий.

В отечественной практике страхования величину риска принято выражать через показатель убыточности страховых сумм, вероятность наступления риска, полноту ущерба., т.е. в связи с этим, процедуре выравнивания рисков предшествует анализ показателя убыточности страховой суммы и его элементов.

Оценка на основе показателя убыточности,*является*устаревшей. Следует отметить, существуют свои риски и убытки, такие, например, как вероятность ошибки при определении тарифа, зависящая от квалификации сотрудников и т.д. Но общее то, что своим риском страховая организация управляет постоянно, а принятым от страхователей только в период от заключения договора страхования и до момента его завершения. Можно предположить, что страховой рынок возникает под слиянием рисков апостериори, но регулируется рисками априори. Страховая же компания пытается управлять своими рисками априори, применяя для этого специальные методы. Выбор метода управления риском - работа андеррайтера.

Управление риском в современном менеджменте проводится с помощью четырех методов: разделения, комбинирования, переноса и поглощения. Страховая организация в управлении риском ( в т.ч. и принятым) может использовать каждый из четырех методов; хотя иногда в специфической форме. Так, для страховой организации одним из актуальных методов разделения риска является сострахование. Комбинирование же проявляется в том случае, когда страховая организация при заключении договоров страхования отдает предпочтение таким, которые "комбинируются " с рисками, уже имеющимся в портфеле, что повышает возможности прогнозирования ожидаемых убытков.

Переносы риска*могут* быть страховыми и*нестраховыми.*Страховой перенос в применении к деятельности страховой организации означает: в сфере собственных традиционных рисков - заключение договоров страхования с другими страховщиками ( например, компания по страхованию жизни страхует принадлежащее ей здание в другой компании);в сфере принятых рисков и частично собственного технического риска г перестрахование.

Отечественные страховые организации, как правило, метод страхования переноса собственного риска не используют.

В практике управления риском довольно часто используется комбинация тех или иных методов. Например, при заключении договора страхования предусматривается франшиза, что для страхователя означает совмещение страхового переноса и собственного удержания, а для страховщика - использование нестрахового переноса.

Собственное удержание ( поглощение) - это последний метод управления риском, который означает, что организация сама несет последствия любых убытков. Удержание может быть сознательным или неосознанным. Так, на отечественном рынке можно видеть в основном примеры неосознанного удержания риска.

Удержание - наиболее "привлекательный" для фирмы метод, поскольку он не требует немедленного проведения расходов, но и наиболее опасный по финансовым последствиям. Удержание риска означает, что при наступлении неблагоприятного события фирма будет покрывать убытки за счет собственных средств, а это предъявляет серьезные требования к их объему и ликвидности.

В риск - менеджменте считается возможным оставлять убытки на собственном удержании в следующих случаях: когда объем потенциальных ежегодных убытков настолько мал, что они воспринимаются как обычные рабочие расходы; общий объем потенциальных убытков не превышает финансовых возможностей компании; когда вероятность убытков настолько мала, что расходы на их предупреждение нерациональны; когда страхование невозможно; когда цена страхования или других механизмов переноса несоразмерно велика и не требуется вспомогательных услуг страховой компании.

Финансовая устойчивая организация должна иметь денежные средства, достаточные для покрытия поглощенного риска. Т.о есть, концептуально должно соблюдаться равенство:

*поглощенный риск страховой фонд + свободные активы*

*(следует отметить, что знак равенства в этой ситуации означает критическую ситуацию, когда компания должна отдавать риск в перестрахование)*

Если принять за необходимые условия адекватность риска, принятого по договорам страхования, и страхового фонда, равенство можно преобразовать:

*поглощенный риск - принятый риск = свободные активы,*

Из этого вытекает методология обеспечения финансовой устойчивости страховой организации и условия тарификации. Подводя итоги второму параграфу, подчеркнем: страховой риск - закономерное, а потому объективное и зачастую неотвратимое (в массе случаев) явление. В этом априорный смысл страхового риска, предопределяющий значение андеррайтинга и управления страховым риском. Риск - априори(в массе событий) становится для каждой страховой компании, для каждого вида страхования риском - апостериори. Риск - апостериори - база и предмет срахового андеррайтинга. Связь между этими рисками очевидна. Управление ими либо опирается на дискретные связи составляющих баланса страховой компании, либо на схоластические зависимости страховых событий от внешних и внутренних факторов страхования. Таким образом, рыночные аспекты страхования , определяемые понятиями мотивации заключения договоров страхования конкурентными отношениями (борьбой) страховых компаний, увязываются со страховым риском, хотя и не всегда адекватно. Можно сказать, что страхуемый риск, определяющий потребительские качества страхового продукта и влияющий на его стоимость, сам становится предметом купли-продажи. Соответственно, цена (тариф) может быть (априори) не всегда является(апостериори) точкой равновесие между спросом и предложением страховых продуктов. В рамках конкурентной борьбы цена - это внешний фактор развития страхования , в рамках финансовой устойчивости - это внутренний фактор деятельности страховой компании.

**2. Ценовые и адаптивные факторы устойчивости страховщика**

***2.1 Цена как фактор финансовой устойчивости страховых компаний***

По наиболее широко применяемой классификации деятельности страховой компании факторы могут быть управляемыми и неуправляемыми. К управляемым факторам можно отнести сам страховой продукт, систему организации продаж и формирования *спроса, гибкую систему тарифов и* собственную*инфраструктуру*страховщика. К другим управляемым факторам можно отнести финансовые, материальные и трудовые ресурсы страховой компании.

Схема 1

**Факторы, оказывающие влияние на финансовое состояние**

**страховой компании**

состояние, включая: прибыль и ее распределение, эффективность страхового портфеля, доля страховых операций, а также инфляция и убыточность страховой суммы.

Следует отметить, что воздействие отдельного фактора может осуществляться достаточно сложным путем. Так, инфляция, обесценивая обязательства, способствует повышению платежеспособности, а обесценивая собственные средства понижению платежеспособности. Общее воздействие на платежеспособность будет зависеть от соотношения собственных средств и обязательств. Однако здесь же следует учесть воздействие инфляции на расходы по ведению дела, прибыль, рост собственных средств; на обусловленное ею же изменение спроса на страховой продукт, объем операций, объем обязательств и т.д. Ту же сложность и опосредованность воздействия можно видеть на примере финансового результата страховой организации, который сам формируется под влиянием разнообразных факторов внешнего и внутреннего порядка.

Все эти факторы связаны между собой и изменения одного из них, естественно, влечет за собой изменение других. К частично управляемым факторам можно отнести рыночный спрос, конкуренцию, ноу-хау в страховых услугах. К неуправляемым относится государственное регулирование, политические изменения и конъюнктура мирового страхового рынка. Важнейшим фактором среди внутренних факторов, определяющих финансовое состояние страховой компании, является ценовая устойчивость страховых операций и устойчивость инвестиционного портфеля. По существу, возникает новая глобальная задача типизировать все страховые риски по объектам, видам, последствиям, и , главное, форме статистического распределения( признаем, что решение этой задачи пока не имеет достаточной информационной базы).

Цена на страховой продукт включена в сложнейшую иерархию отношений и процессов на макро- и микроуровне. На макроуровне она выступает в качестве элемента единой системы цен, которые формируют равновесие макросистемы. Крупнейший специалист в*области* теории экономического равновесия Дж.Р.Хикс - считает, что ключевым фактором, приводящим к равновесию или неравновесию рынка, является цена, а точнее - способность рынка как макросистемы поддерживать равновесие между ценой производства и ценовыми ожиданиями, [101, с.30]. К такому же выводу приводит изучение работ Маршалла, [54, с. 25] и Дж.Робинсов, которые также исследуют равновесие как соотношение спроса и цен.

В то время как страховые организации и выполняют роль стабилизаторов рынка, величина цены на страховой продукт, во-первых, определяется в основном размером риска. Она довольно устойчива, не зависит от фазы экономического цикла и от размера банковского процента, т.е. не "раскачивает" цикл; во-вторых, в условиях рынка существует устойчивая тенденция снижения цены на страховую услугу, т.к. страховая деятельность в определенной мере "дотируется" за счет финансовой (инвестиционной).

На микроуровне именно через цену страховая организация реагирует на конъюнктуру рынка во всех ее аспектах - от спроса и предложения на страховой продукт до цены на рабочую силу при найме работников, и цены на коммунальные услуги. Выступая как инструмент адаптации к экономической среде, цена на страховой продукт приобретает статус одного из важнейших факторов обеспечения финансовой устойчивости страховой организации. При этом цена на страховую услугу равно влияет на объем устойчивости страховых операций (в качестве инструмента раскладки ущерба) и на финансовую устойчивость страховой организации (как источник прибыли и источник формирования финансовых ресурсов). Закон "Об организации страхового дела в РФ" не определяет понятия цены на страховую услугу, заменяя его понятием платы. Понятие платы также применяет проф. Л.И.Рейтман, считая страховой услугой выплату страхового возмещения.

На наш взгляд, понятие страховой услуги не выражает сути страхования Специфика страхования происходит из сущности страховых событий и их последствий, требующих материальных субъектов страхового рынка, угроза которым всегда существует, для каждого индивида - вероятностна. Отсюда страховой продукт более точно определяет сущность страхования.

Отметим, что в зарубежном страховании подчеркивается разница между страховым продуктом и прочими товарами: расходы по производству обычной продукции в определенной степени известны заранее, расходы страховщика имеют вероятностный характер; обычный продукт продается любому покупателю, который может за него заплатить, а страховой продукт только страхователю. Если в торговле цена продажи, как правило, не зависит от того, кто конкретно является покупателем, то в страховании - напротив, по одному и тому же виду страхования (типу контракта) цена может быть разной для разных клиентов.

Выделим существенные особенности цены, обусловленные состоянием страхового рынка. Во-первых, вероятностный

характер наступления ущерба требует учета возможных отклонений от ожидаемой величины ущерба, что определяет состав рисковой цены и ведет к включению в ее состав так называемой рисковой надбавки. Замкнутый характер раскладки ущерба предполагает, что тариф рассчитывается для замкнутой страховой совокупности. Во-вторых, принцип возвратности средств, предназначенных на выплату страхователям, обуславливает технику расчета цены.

Тариф лежит в основе расчета цены на страховую услугу, однако методика его использования может быть разной. В отечественном страховании и в массовых видах (проводимых на основе типовых договоров) зарубежного страхования страховая премия определяется путем умножения тарифной ставки на страховую сумму. С экономических позиций здесь важно то, что цена на страховой продукт при этом полностью сохраняет структуру тарифа. В зарубежном страховании индивидуальных рисков применяется другая методика: страховая премия определяется путем набора тарифов, соответствующих рискам, включенным в ответственность по данному договору, с последующим добавлением расходов на ведение дела и прибыли. В этом случае, премия имеет собственную структуру, поскольку тариф - всего лишь цена отдельного риска.

При расчете тарифа или премии помимо риска, признанного нормальным, должны быть учтены характер его временного распределения, а также вероятность отклонения риска от нормы. Именно такой подход принят, например, в Британском страховании, где страховщик включает в состав премии следующие элементы: нормальную сумму убытков, которую можно ожидать по данному договору (которая и является нетто- премией); резерв на случай ухудшения убыточности; резерв на случай катастрофического убытка; расходы страхового общества; прибыль (для коммерческих страховщиков). [57, с.10]

Во Франции в составе каждого взноса, уплачиваемого страхователем по любому виду имущественного страхования, законодательно предусмотрено отчисление в размере до 9% (в автостраховании - 6,5%) на формирование особого фонда защиты от природных катастроф.

Не может быть равенства между обязанностями страховщиков и отдельного страхователя. Равенство в

платежах и выплатах сторон страхового договора существует только по страховой совокупности в целом, а страховой взнос показывает, как общий размер обязательств страховщика распределяется по отдельным участникам совокупности.

Кратко эту проблему можно сформулировать следующим образом: чем больше индивидуализированы тарифы, тем меньше возможность раскладки ущерба2. Проф. Л. Ван Ден Берг по этому поводу отмечает: "Полная дифференциация премий (принцип индивидуальной эквивалентности) означает, что реальный механизм страхования больше не действует", [ 77, с.16 ]. Для страхового рынка это имеет чрезвычайно важное значение Примерно то же говорит по этому поводу Э,И1трауб [102, с.22] . В зависимости от степени учета индивидуального риска может применяться средний, дифференцированный и индивидуальный тариф.

Средний тариф применяется в двух случаях: когда страховщика не интересуют индивидуальные особенности объектов, подлежащих страхованию, и когда страховая организация не располагает достаточной информацией об уровне риска и особенностях объектов, включенных в страховую совокупность. Считается, что средний тариф целесообразно применять при устойчивом уровне убыточности страховой суммы, т.к. при нарастающей убыточности в конце периода средний тариф окажется ниже необходимого и страховщику может не хватать средств на выплату возмещения. Применение среднего тарифа оправдывает себя также в тех случаях, когда страховщик заключает новые договоры с лучшими, чем ранее, рисковыми характеристиками.

Дифференцированные тарифы в зарубежной литературе называются также классифицированными. Дифференциация проводится по определенным рисковым признакам, когда страховая совокупность делится на качественно однородные группы. О классифицированных тарифах говорят в том случае, если они дифференцированы для отдельных рисковых групп в страховой совокупности, но внутри этих групп - одинаковы.

Индивидуальным является такой страховой тариф, который полностью соответствует величине риска отдельного страхового объекта. Как правило, индивидуальный расчет достаточно сложен. Ограничения в раскладке ущерба, связанные с применением индивидуализированного тарифа по договору в значительной мере "окупаются" положительным эффектом от его применения, так как учет индивидуального*риска* ориентирует страхователя на борьбу за снижение риска. Рассматривая этот вопрос с позиции страхового рынка, отметим: недостаточная индивидуальность (дифференциация) страховых тарифов, ориентация их на средний риск, приводит к тому, что заключать договоры страхования становится выгодно именно тем страхователям, индивидуальный риск которых выше среднего. Страховщик, рассчитавший тариф на основе объективных данных, а затем усреднивший его, формирует страховой портфель с худшими рисками, чем были приняты за основу при расчете тарифа и рискует стабильностью своего финансового состояния.

В отечественной страховой теории индивидуальные тарифы не отрицались, но на практике почти не применялись. Их роль в определенной степени выполняла дифференциация тарифной ставки, что в условиях использования типовых договоров страхования давало возможность корректировать тариф в соответствии с уровнем риска. Анализ современного отечественного рынка показывает, что эта традиция сохранилась и страховые компании широко используют метод дифференциации тарифов по ряду рисковых признаков. Наиболее активно дифференциация тарифов применяется в страховании средств автотранспорта, включая рынок гражданской ответственности.

Пример дифференцированного подхода можно увидеть из нижеприведенной таблицы, которую используют при страховании автомобилей отечественного производства.

**Таблица 5**

**Тарифы по риску- «Гражданская ответственность»**

Приведенный материал показывает, что в условиях рынка российские страховщики активно используют тариф как инструмент адаптации к риску. Оценка риска и определение премии по конкретному объекту усиливают роль субъективного фактора и повышают технический риск страховщика ("риск ошибки");

Оправданную индивидуализацию премии*необходимо* отличать от широко бытующих конъюнктурных "скидок" в цене, никак не связанных с риском.

Отсюда можно сделать вывод, что чем активнее используются методы индивидуализации страховой премии, тем более тщательным должен быть контроль за уровнем фактической убыточности страховой суммы, чтобы иметь возможность своевременно принять меры при превышении ее тарифного уровня.

Как показывает практика отечественного рынка, такой контроль необходим, т.к. система скидок и возврата взносов широко используются для привлечения клиента, причем скидки определяются на договорной основе, вне всякой связи с

реальным риском. При наступлении страховых событий возмещение по данному договору выплачивается за счет перераспределения средств страхователей или даже за счет собственных средств страховщика.

Помимо нетто-ставки, в тарифе есть еще один элемент, цель которого - адаптация к риску. Это - отчисления на предупредительные мероприятия, которые в настоящее время включаются в тарифы по абсолютному большинству видов страхования. Причина такой популярности этого элемента тарифной ставки кроется в особенностях налогообложения : резерв предупредительных мероприятий включен в число специальных резервов страховой организации, в связи с чем отчисления в него проводятся до налогообложения. В связи с тем, что слабая конкуренция на отечественном страховом рынке не вынуждает страховщика искать пути снижения цены, он активно использует финансовые возможности, связанные с формированием резерва предупредительных мероприятий. Сложившаяся ситуация породила у ряда специалистов контролирующих органов сомнения в целесообразности формирования этого резерва. Отчисления являются частью заложенной в тарифе прибыли страховщика, имеющей целевое назначение.

**рсчк'г-:-.---.**

В добровольных видах страхования отчисления на предупредительные мероприятия занимают в брутто-ставке обычно от 2 до 5%, по страхованию грузов - до 15%. Однако в структуре страхового взноса по обязательному личному страхованию пассажиров эти отчисления занимают 80% - по пассажирам авиационного, автомобильного, речного и морского транспорта, и 93% - по пассажирам железнодорожного транспорта, причем предусмотрена передача отчислений перевозчику по мере поступления страховых взносов. Здесь экономическая природа отчислений на предупредительные мероприятия видна ясно - это источник финансовых ресурсов перевозчика. Такую ситуацию нельзя признать нормальной.

В силу традиции общество возложило на страховщика задачу борьбы с риском, поэтому расходы на превенцию признаны общественно-необходимыми. Однако это не означает обязательности включения их в тариф. В зарубежной литературе встречается мнение о том, что включение этих отчислений в тариф ведет к нарушению так называемого принципа справедливости и равенства платежей и выплат, лежащего в основе расчета тарифной ставки.

Мы считаем целесообразным включение отчислений на предупредительные мероприятия в тариф лишь в тех видах страхования, где это может принести реальный эффект. Предупредительные мероприятия актуальны прежде всего для имущественного страхования, что подтверждает история страхового дела.

Экономическая среда требует от хозяйствующего субъекта реакции не только на риск, но и на все прочие экономические факторы. В состав тарифной ставки на эти цели предназначены два элемента - расходы на ведение дела и прибыль.

Первый из двух, не обусловленных категорией страхования элементов - расходы на ведение дела - являются для страховой организации источником ресурсов на проведение деятельности по оказанию страховой защиты. Подход к цене на страховую услугу как к инструменту адаптации коренным образом изменяет отношение к расходам на ведение дела. Устойчивой является только*система* адаптивного*типа,* требующая на*свое*существование и воспроизводство больше затрат, чем система обычная. Отсюда следует, что существует объективная экономическая граница затрат на саморазвитие и адаптацию (в т.ч. в составе расходов на ведение дела), при недостижении которой система утрачивает статус адаптивной, следовательно - ее устойчивость резко снижается (происходит качественный скачок). Определение этой границы представляется серьезной теоретической проблемой, решение которой актуально для современной практики страхового дела.

В настоящее время расходы на ведение дела включены в состав тарифной ставки в определенном проценте от ее общего объема. Их внутренний поэлементный состав и порядок учета, используемые в отечественном страховании, соответствуют общепринятой бухгалтерской классификации (оплата труда, хозяйственные, командировочные и др. расходы), что объясняется обычно необходимостью унификации учета.

Однако действующий порядок формирования расходов на ведение дела серьезно осложняет решение задачи перехода к формированию технических резервов, в основе которых лежит распределение страховых взносов в соответствии со сроком действия договора.

В отечественном страховании удельный вес расходов на ведение дела в тарифной ставке определяется страховой организацией самостоятельно и утверждается в качестве норматива при лицензировании. Как показывает практика, удельный вес расходов на ведение дела в бр*утто-ставке* не превышает 20%, но чаще составляет 10-15%. Фактические затраты на ведение дела могут отличаться от предусмотренных в тарифе, и в том случае, если их величина выше, недостающая часть финансируется за счет инвестиционного дохода. Отметим, что в среднем по европейскому рынку отношение расходов на ведение дела к объему страховой премии составляет 20—25%.

Страховщики, проводящие так называемое промышленное страхование, предусматривают в тарифе невысокий процент расходов на ведение дела, а в некоторых случаях вообще предпочитают финансировать их за счет инвестиционного дохода, что позволяет снижать тариф и укрепляет конкурентную позицию. Однако делается это без достаточного обоснования. До сего времени уровень расходов на ведение дела при расчете тарифной ставки определяется исходя из сложившихся ранее пропорций, а новыми страховыми организациями - либо исходя из чужого опыта, либо на основе экспертной оценки. Анализа состава, структуры и ожидаемой динамики затрат, как правило, не проводится. Между тем, разные виды страховой деятельности предполагают разный подход к оценке будущих затрат. Мы попытались показать это на примере затрат на проведение массового и промышленного страхования, объединив аргументы в таблице.

Схема 2

**Характеристики различных видов страхования**

Из схемы видно, что специфика проведения массового и промышленного страхования требует разных расходов на ведение дела, причем не только (и не столько) по объему, сколько по составу. Выше отмечалось, что разные группы расходов на ведение дела имеют различное распределение во времени и разную экономическую природу. Следовательно, их влияние на кругооборот средств страховщика будет различным. В качестве иллюстрации этой разницы приведем два примера из отечественной практики. Первый из них связан со страхованием автотранспорта: по свидетельству специалистов РЕСО-гарантия, документооборот компании по страхованию транспортных средств у частных лиц в 10 раз превышает документооборот по всем прочим видам проводимого компанией страхования. Второй пример - из сферы морского страхования. В конце 1994 г. одна страховая компания заключила договор страхования отечественного судна с собственным удержанием 150 тыс. долларов, которое через небольшой промежуток времени село на мель в Норвегии. Ликвидационные расходы по этому договору составили около половины суммы собственного удержания.

Далее, в условиях отечественного рынка считаем принципиально недопустимым запланированное (заранее предусмотренное) покрытие расходов на ведение дела только за счет инвестиционного дохода. В случае финансирования расходов на ведение дела исключительно за счет инвестиционного дохода, при его недостаточности в первую очередь будут покрываться рутинные расходы и выплачиваться заработная плата управленческому персоналу, потребности же в адаптации (завтрашней платежеспособности) уйдут на второй план.

Следующий, последний в отечественной модели, элемент тарифа - прибыль. Согласно принятому в отечественной теории принципу эквивалентности, страховые операции за тарифный период должны были обеспечивать нулевой результат по валовой нетто-ставке(иногда может накапливаться рисковая надбавка), а "прибыль в тарифах" и экономия по расходам на ведение дела являются источниками небольшой прибыли. Однако опыт стран с развитым рынком показывает, что страховые операции по некоторым видам страхования могут быть бесприбыльными или убыточными. В этом случае убыток покрывается и средняя норма прибыли по организации в целом обеспечивается за счет инвестиционного дохода.

Позиция, согласно которой страховая организация должна зарабатывать прибыль путем инвестирования средств, не включая ее в состав тарифа, в настоящее время превалирует в среде отечественных специалистов. Однако такой подход к формированию прибыли как источника финансовых ресурсов страховой организации с позиций обеспечения финансовой устойчивости не представляется нам безупречным.

Здесь уместно привести оценку ситуации на отечественном рынке, сделанную К. Пыловым: "Страховой бизнес в нашей стране не рентабелен. Мы живем на страховую премию, а Запад - на доходы от инвестиций, для которых у нас нет условий, поскольку нет порядка в сфере бизнеса".

Анализ состава и структуры тарифа, применяемого в отечественной практике, показывает, что модель тарифа включает два элемента, обусловленные категорией риска (нетто-ставка и отчисления на предупредительные мероприятия), и два элемента (расходы на ведение дела и прибыль), присущих цене. Соотношение между ними (структура тарифа) характеризует конъюнктуру рынка и возможность данного страховщика формировать финансовые ресурсы из других (нестраховых) источников.

Страховая организация как хозяйствующий субъект должна иметь возможность работать с ценой, которая отражает реальную стоимость страхового продукта, и динамичность из условий устойчивости которой является стабильная цена,*и*микросистемы, которой для адаптации к среде нужна цена которой соответствует динамичности рынка. Однако здесь возникает противоречие между интересами макросистемы, одним подвижная. Это противоречие разрешается следующим образом: калькуляционная цена не равна цене продажи. Иначе говоря, цена продажи может оставаться неизменной даже при изменении калькуляционной цены за счет выработанного обществом механизма компенсации снижения цены из других источников, в частности - инвестиционного дохода. Согласно логике формирования цены, за определением ее состава*следует* расчет тарифа. В процессе расчета всегда присутствует риск ошибки страховщика, который является важным элементом собственного риска, в свою очередь порождающего потребность в финансовых гарантиях для обеспечения платежеспособности.

Технические приемы и методы расчета страхового тарифа изучаются актуарной математикой и требуют специального (самостоятельного) исследования. В данной работе мы попытаемся коснуться лишь некоторых из наиболее актуальных проблем в этой области страхового дела.

Прежде всего следует остановиться на проблемах, связанных с формированием тарифов в так называемом "промышленном" страховании. По сравнению с массовым страхованием, на которое ориентирована методика, рекомендованная еще Росстрахнадзором, промышленное страхование имеет свои особенности: во-первых, каждый договор требует индивидуального подхода, в т.ч. оценки риска; во-вторых - количество объектов страхования всегда значительно меньше, чем в массовом страховании, что объективно сужает возможности формирования достаточного по объему страхового портфеля.

При малых количествах застрахованных объектов ожидаемое число страховых случаев очень слабо зависит от объема выборки. Этот тезис подтверждается актуарной практикой.

Ситуация усугубляется большой стоимостью каждого объекта, в связи с чем страховщик стоит перед возможностью крупных убытков.

Серьезные проблемы существуют также в определении калькуляционной премии по страхованию финансовых рисков. Так, американские специалисты отмечают, что калькуляция цен на финансовое страхование превратилась в наше время из технической процедуры в комплексный процесс принятия решений. Страховая премия перестала быть платежом, основанным на реальном риске, а превратилась в "служебную оплату", формирующую под влиянием цены на кредит и конкуренции.[ 68, с.25 ]

Следующий вопрос - инфляционный и временной факторы страхования. При удлинении анализируемого периода исходные стоимостные данные искажаются из-за инфляции, изменения конъюнктуры рынка, величины тарифа, с изменением судебной практики в вопросах ответственности за убытки и т.п. Меняется также рисковая ситуация, причем оценить изменения бывает достаточно трудно.

Использованию имеющейся статистики за непродолжительное время препятствует, во-первых, характер распределения риска ( если он цикличен, при анализе должен быть охвачен хотя бы один цикл); во-вторых существование страховых событий с длительными сроками урегулирования убытков (например, страхование ответственности) , когда итоговая сумма возмещения становится известной только через много лет, и принятие данных за короткий период серьезно искажает *статистику.*

Наконец, определенные трудности в формировании временной информационной базы при расчете тарифа обусловлены НТР, которая порождает все новые и новые риски, по которым не существует никакой статистики. Сочетание повышенной значимости для рынка и повышенного риска для страховщика дают основания к постановке вопроса о предоставлении страховщику, работающему с такими рисками, определенных льгот при формировании финансовых гарантий выполнения обязательств.

Вопросы построения тарифа не исчерпывают всех проблем страховщика, связанных с определением цены страховой защиты, поскольку тариф - это расчетная калькуляционная цена, а при выходе на рынок действует совсем другая цена - цена продажи. В условиях рынка эти две цены могут не совпадать.

***2.2 Условия формирования рыночной цены страхового***

***продукта***

В условиях рынка цена на конкретный товар редко совпадает с его стоимостью. Стоимость - величина объективная, цена же формируется под влиянием целого ряда объективных и субъективных факторов, в первую очередь конъюнктура рынка.

Цена является объектом договора, но она всегда движется в определенных границах. Ее максимум определяется потребностями страхователя. Превышение этой границы ставит страховщика в невыгодную конкурентную позицию, и он теряет клиентов. Минимум цены в теории страхования рассматривается как средство обеспечения принципа возвратности в страховании, т.е. равенства взносов и страхового фонда. Однако в современной страховой практике, в странах с развитым страховым рынком минимум цены на страховой продукт в значительной мере определяется успешной финансовой деятельностью страховщика, его инвестиционными

возможностями.

Подход к формированию рыночной цены страховой защиты на сбалансированном и несбалансированном рынке принципиально различен. Коммерческий страховщик выходит на рынок с целью заработать прибыль. В том случае, если спрос значительно превышает предложение, то страховщик теряет интерес к накоплению необходимой статистической информации, изучению динамики рисков, себестоимости страховых операций, формированию резервов и т.д. Заведомо завышенная цена на

страховую услугу, с одной стороны, и желание "сиюминутных" доходов - с другой, диктуют ему тактику отношений со страхователем. В том случае, если рынок перенасыщен предложением услуги - ситуация противоположная и страхователь получает возможность выбирать не только полностью устраивающую его по качеству услугу, но и искать более низкую цену. На сбалансированном рынке - какими и являются страховые рынки развитых стран - цена на страховой продукт в общем соответствует ее стоимости и достаточно устойчива. Интересы страховщика и страхователя находятся в равновесии.

Сбалансированность рынка означает соответствие спроса и предложения, которое достигается, прежде всего, путем конкуренции - одного из важнейших инструментов саморегулирования рынка. Объективно она способствует снижению цены на страховой продукт, что в настоящее время на мировом рынке наиболее ярко видно на примере огневого страхования, страхования автотранспорта и строительно- монтажных рисков. Однако процесс снижения цены на страховой продукт вследствие конкуренции далеко не прост.

Во-первых, в него вовлечены перестраховщики и брокеры. При заключении договора страхования цена определяется под влиянием соотношения спроса и предложения на двух самостоятельных, но взаимосвязанных рынках - прямого страхования и перестраховочном. Прямой страховщик при определении цены вынужден учитывать цену перестрахования. Для передачи риска в перестрахование благоприятно, когда ставка по прямому страхованию достаточно высока, и существует конкуренция между перестраховщиками. Если же премия невелика, риск неблагоприятен и перестраховщики имеют выбор на рынке, перестраховать риск будет сложно. Отсюда видно, что перестрахование "тормозит" конкурентное снижение цены на рынке прямого страхования. Брокеры, напротив, "раскачивают" конкуренцию, поскольку в интересах клиента стремятся разместить договоры по самым низким ставкам.

Во-вторых, с начала сороковых годов конкурентное снижение цены на страхование идет на фоне роста расходов на ведение дела, вызванном ростом оплаты труда страховых работников, цен на энергоносители, стоимости недвижимости и аренды, на информационные услуги, общей инфляцией.

В-третьих, снижение цены на страховую услугу в определенной мере компенсировалось ростом объема франшизы и расширением сферы ее применения. Так, если ранее не применялась франшиза в отношении убытков от огня, взрыва, молнии, то теперь общая франшиза распространяется на все риски, а по некоторым наиболее опасным рискам (наводнение, обвал, землетрясение, ураган, шторм) - часто устанавливаются более высокие франшизы. Например, в США франшиза на случай землетрясения составляет 5 млн.*долларов.* Американский страховой пул (ANI American Nuclear Insurens) принимает уровень франшизы для турбины 1000 долл. США на мегаватт тепловой мощности и 500 долл. США на миллион вольт/ампер для трансформаторов [26, с. 115]. Несколько изменились также формы франшизы, например, переход от "франшизы на один договор" к "франшизе на выплату одному страхователю" позволяет страховщику в случаях крупных убытков экономить значительные средства (так, если в транспортной аварии пострадали 100 человек, объем франшизы увеличится в 100 раз по сравнению с той ситуацией, когда она заключена на один договор). Все это привело к достаточно сильному влиянию франшизы на величину цены. Увеличение в 2 раза общепринятой минимальной франшизы уменьшает базисные ставки премии на 5%, увеличение в 5 раз - на 10%, в 10 раз - на 17,5%, в 20 раз - на 30% [26, с. 109].

В-четвертых, есть виды страхования с высоким риском, в которых цена на страховой продукт растет, несмотря на общую противоположную тенденцию.

В целом, страховое сообщество считает, что конкуренция между страховыми компаниями путем снижения тарифа и цены наносит серьезный ущерб развитию страхового дела. В связи с этим в ряде стран принимаются меры к нерыночному регулированию цены на страховой продукт. Так, Швейцарские страховщики применяют единые ставки по страхованию автотранспортных средств. В Германии по ряду видов страхования установлены жесткие рамки колебания тарифных ставок в зависимости от рисков. Слывшие самой либеральной страной в отношении ценообразования - США - намерены ввести жесткое регламентирование тарифов по страхованию автотранспорта. В то же время Англия никогда контроля за ценами не практиковала, даже по обязательным видам страхования, а Франция регулирует определенные исходные элементы построения тарифа. В частности, по страхованию жизни (включая страхование пенсий и накоплений) Министерство экономики и финансов регламентирует тарифы, методику формирования математических резервов и их размещение.

Обзор литературы, посвященной проблемам регулирования страховой премии, дает возможность видеть разные позиции по этому вопросу:

Поскольку рынок является саморегулирующейся системой, предварительное одобрение тарифных ставок излишне, а требования к ставке должны быть минимальными. Специалисты, поддерживающие эту позицию, обращают внимание на огромную роль страховых организаций как финансовых посредников и институциональных инвесторов, подчеркивая, что регулирование может отрицательно сказаться на распределении ресурсов, и в итоге - на благосостоянии.

Для изучения вопроса об оптимальных рамках регулирования страхового тарифа попытаемся сформулировать факторы, обусловливающие потребность в нем.

Во-первых, страховой взнос уплачивается до того, как становятся известны реальные расходы. Следовательно, и конкретный потребитель страховой услуги, и общество в целом узнают о факте несоответствия цены страховой услуги ее качеству и стоимости только после окончания срока страхования. Отсюда следует, что рыночное регулирование будет идти со значительным отставанием во времени, что небезразлично для потребителя.

Во-вторых, рынок регулирует путем конкуренции в первую очередь верхнюю границу цены на страховые продукты, стимулируя ее снижение. В то же время, важнейшим условием платежеспособности страховщика является формирование страхового фонда, адекватно принятым на себя обязательствам, что в практике страхового дела обеспечивается достаточным тарифом, т.е. нижней границей.

В-третьих, существует так называемый "информационный разрыв" между страховщиком и страхователем. Страхователь чаще всего не в состоянии оценить реальную стоимость страховой услуги. С этой позиции в разных условиях находятся страхователи по массовым видам страхования и страхователи крупных рисков, которые, как правило, пользуются услугами консультантов при заключении договора страхования.

Наконец, одним из существенных недостатков свободного ценообразования являются резкие и не всегда предсказуемые колебания цен, что в страховании имеет негативный эффект не только с маркетинговых позиций, но и с позиций обеспечения устойчивости рынка.

Приведенные аргументы свидетельствуют о том, что рыночное регулирование страхового тарифа не гарантирует *соблюдение* интересов страховщика, страхователя и общества. Это в большей мере относится к отечественному рынку, для которого характерно отсутствие в ряде случаев необходимой информации для определения реального тарифа, недостаточная квалификация специалистов, низкая страховая культура, неустойчивый финансовых рынок, следовательно - и доходы от инвестирования.

Согласно отечественному закону "Об организации страхового дела в РФ" (ст.II, п.2), конкретный размер страхового тарифа определяется в договоре страхования по соглашению сторон. Однако Условия лицензирования страховой *деятельности на* территории*Российской Федерации от* 19.05.94 г. N02-02/08 содержат пункт 4.1.6, согласно которому страховые организации в составе документов, предоставляемых для получения лицензии, должны предъявить расчет страховых тарифов с приложением использованной методики расчета и указанием источника исходных данных. Тем самым, в процессе лицензирования регулируется калькуляционная цена (расчетный тариф). Рыночная цена страховой услуги регулируется положением Росстрахнадзора "О порядке дачи предписания, ограничения, приостановления и отзыва лицензии на осуществление страховой деятельности" N02-02/17 от 19.06.95, которое, в частности, на основании п.2.2.4 предусматривает дачу предписания страховщику в случае необоснованного снижения размера страхового тарифа. Однако в этом документе не расшифровывается, что следует понимать под необоснованным снижением страхового тарифа". На наш взгляд, в основе регулирования цены на страховой продукт (в т.ч. путем выдачи предписаний, отзыва лицензий и т.д.) должен лежать не формальный признак изменения тарифа, а снижение финансовой устойчивости как его следствие. При этом воздействие на финансовую устойчивость страховой организации путем регулирования цены на страховую услугу является одним из важнейших и наиболее сложных аспектов исследования проблемы финансовой устойчивости страховой организации и страхового рынка в целом.

Например, зарубежные страховщики в страховании авиакаско российских самолетов используют значительно более высокие тарифы, чем отечественные страховщики.

Следует отметить, что работать по столь низкому тарифу отечественных страховщиков вынуждает в первую очередь плохое финансовое состояние страхователей, и только во вторую - конкуренция. Есть и такие страховые организации, где состав учредителей обязывает работать по заниженным ставкам, компенсируя их за счет прибыли по других видам страхования и инвестиционного дохода - например, АФЕС.

Анализ публикаций показывает, что причины снижения цены на страховую услугу могут быть разными, вплоть до того, что за формальным снижением цены скрывается реальное удорожание стоимости услуги, обусловленное изменением ее качества. Следовательно, важен не сам факт снижения цены, а сохранение той ее величины, которая позволит сформировать страховой фонд, адекватный обязательствам. Мы поддерживаем позицию проф. Е.В. Коломина, который отмечает, что "в контроле главное, чтобы тариф не опускался ниже уровня, за которым нарушается платежеспособность компании",***'[41,*** с. 27].

На рыночную цену страховой услуги серьезное влияние оказывает инфляция. Отметим, что даже в странах с развитым рынком, где темпы инфляции незначительны, она тем не менее входит в перечень важнейших факторов андеррайтинга. Влияние инфляции на цену страховой услуги многогранно, но важнейшими являются два момента: воздействие на структуру тарифа за счет постоянного изменения потребности в расходах на ведение дела и обусловленная инверсией цикла проблема выполнения обязательств при обесценивающемся страховом фонде. С трудностями работы в условиях инфляции в тот или иной период времени сталкивается большинство стран. В связи с этим накоплен значительный опыт деятельности страховых организаций в условиях инфляции. Мероприятия по устранению (смягчению) влияния инфляции проводятся страховщиками в развитие постулата, который гласит, что гарантированное договором (полисом) страховое покрытие должно в момент страхового случая быть идентичным стоимости восстановления или замены объекта страхования. С этой целью в сфере страхового ценообразования чаще всего применяется индексация страховой премии и страхового покрытия.

Метод индексации состоит в следующем: суммы премий, страхового покрытия и франшиз изменяются пропорционально разнице между значением индекса на момент заключения договора и последним значением этого индекса за 2 месяца до первого дня месяца, в котором производится выплата страхового возмещения. Так, если индекс вырос на 10% за этот период, отмеченные выше величины (премия, покрытие и франшизы) также увеличатся на 10%.

Этот метод применяется как при страховании имущества предприятий, так и по договорам с частными лицами. Если состав имущества сложен, могут одновременно использоваться несколько индексов.

Следует отметить, что метод индексации, используемый во французском страховании, апробирован лишь при относительно невысоких темпах инфляции, что, безусловно, не сопоставимы с имеющими место на отечественном рынке.

В настоящее время на отечественном рынке используются две схемы компенсации инфляционных потерь: в течение срока страхования страхователь вносит дополнительные платежи, увеличивая тем самым страховую сумму; определение страховой суммы в конвертируемой валюте. Страховой взнос уплачивается в рублях по курсу ЦБ РФ на момент его перечисления, страховое возмещение также выплачивается в рублях по курсу ЦБ РФ на момент наступления страхового случая. Вторая схема используется подавляющим большинством страховых организаций, хотя еще год назад чаще использовалась первая. Недостатком первой схемы является необходимость контроля за договорами (определение необходимой доплаты, своевременность ее наступления и т.д.), недостатком второй схемы - то, что она, не защищает от обесценивания валюты.

Изучение проблем формирования цены продажи страхового продукта позволило сделать вывод о необходимости ее регулирования. Исходными теоретическими позициями при этом являются изложенные положения об априорном характере страхового рынка и апостериорных следствиях страховых событий.

Исследование проблем устойчивости показало, что чем динамичнее среда, тем большей свободой в использовании инструментов адаптации должен обладать хозяйствующий субъект. Цена - один из важнейших инструментов адаптации, следовательно ее ограничения снижают "жизнеспособность" хозяйствующего субъекта. В таких условиях к каким-либо ограничениям цены необходимо относиться очень осторожно, учитывая возможные последствия на микро- и макроуровне. Это означает, что механизм регулирования должен включаться тогда, когда цена достигает значений, угрожающих интересам страховщика, страхователя или общества.

Регулирование цены на страховую услугу*является* одним из элементов единого механизма регулирования страхового дела. Как элемент системы оно должно быть взаимосвязано с другими элементами и иметь общие с ними цели при сохранении частных задач.

***2.3 Проблемы адаптации портфелей страхования***

Согласно приведенной выше концепции, одним из основных условий обеспечения финансовой устойчивости страховой организации является страховой тариф, адекватный принятому риску. Страховщик принимает риск, формируя страховой портфель, в рамках которого происходит стоимостная раскладка ущерба. В связи с тем, что параметры страхового портфеля характеризуют не только объем риска, но и характер его реализации, проблемы оптимизации страхового портфеля тесно связаны с проблемами тарификации. Речь идет об адаптации страхового портфеля к распределению страховых рисков и ценам страхового продукта.

В современной отечественной литературе под страховым портфелем понимается совокупность страховых взносов (платежей) , принятых данной страховой организацией, характеризующая общий объем ее деятельности. Страховой портфель может также определяться по количеству застрахованных объектов, числу договоров страхования и по размеру общей страховой суммы [90, с. 144]. В.В. Шахов определяет страховой портфель как:

фактическое количество застрахованных объектов или число договоров страхования, документально подтвержденных в делах страховщика;

совокупность страховых рисков, принятых страховщиком за определенный период (обычно за один год).

Рассматривая экономическое содержание понятия "страховой портфель", необходимо обратиться к теории страхования. В начале XX века немецкий экономист Кроет определил страхование как способ минимизации рисков посредством их объединения. Он понимал страхование как соединение рисков в целях возмездного выравнивания [7, с. 22]. В настоящее время эта позиция принята западной страховой наукой. Об этом писал также польский ученый А.Банасинский, отмечая, что капиталистическое страхование основывается на создании "комплекса рисков" с целью распределения тяжести покрытия материальных убытков между отдельными собственниками [4, с.21].

Следовательно, страховой портфель можно рассматривать как совокупность рисков, объединенных с целью их

минимизации. Это подтверждает и страховая практика: во- первых, страховщик объединяет в портфеле объекты (риски) не механически - он их оценивает, оставляет часть на риске страхователя, обрабатывает принимаемую часть, определяет собственное удержание и только после этого включает в портфель. При технически грамотном формировании портфеля риск по портфелю в целом будет меньше совокупности принятых рисков за счет выравнивания; во-вторых, формируется замкнутая система, в которой каждый из рисков выступает в качестве элемента, чье поведение отражается на состоянии системы в целом. Особенно ярко это проявляется в небольших портфелях со сложными рисками. В настоящее время серьезные страховые компании до принятия риска анализируют возможные последствия его включения в портфель на основе теории игр; в-третьих, реализация отдельного риска имеет статистических характер и, следовательно, зависит от величины совокупности (портфеля), то есть, поведение одного элемента определяется параметрами системы.

Приведенные доводы дают нам возможность определить страховой портфель как объединение рисков, проводимое страховой организацией с целью минимизации затрат по ущербам. Такое объединение обладает как количественными (число объектов, максимальная величина убытка, частота реализации рисков), так и качественными признаками (устойчивость, сбалансированность, степень диверсификации и др.). Эти признаки определяют характеристики страхового фонда, создаваемого в процессе раскладки ущерба в рамках данного объединения (портфеля).

В зарубежной страховой практике при работе со страховым портфелем широко используется математическая статистика. Портфель постольку поддается статистическому изучению, поскольку он является статистической совокупностью. В то же время, портфель - более общее, более широкое понятие, чем совокупность. Можно сказать, что статистическая совокупность - одна из форм проявления портфеля.

Исходя из раскладки ущерба как существенного признака страхования, под страховой совокупностью можно понимать общность лиц и предметов, между которыми распределяется риск, а также совокупность собственно рисков. Важно отметить, что портфель включает в себя несколько самостоятельных совокупностей (страхователи, объекты страхования, риски), каждая из которых имеет собственные закономерности развития.

Как и любая другая, страховая совокупность может быть трех видов: закрытая, открытая и стационарная.

Под закрытой совокупностью понимается такая совокупность, в которую нет нового притока страхователей. Закрытую совокупность можно наблюдать и по тем видам страхования, по которым прекращен прием новых договоров, но старые продолжают действовать.

Открытая страховая совокупность, в отличие от

закрытой, имеется тогда, когда в нее есть новый приток страхователей. Отличительная черта такой совокупности - непрерывное обновление. Открытая совокупность наиболее распространена, практически каждая страховая организация имеет открытые совокупности по большинству видов страхования. Размер открытой совокупности постоянно изменяется из-за прилива и отлива договоров.

Совокупность является стационарной при равновесии между новым притоком и отливом договоров. Если равновесие нарушено, совокупность является нестационарной. Абсолютное большинство (практически все) страховые организации России работают именно с открытыми нестационарными совокупностями.

Все технико-страховые расчеты проводятся для теоретической совокупности, причем условно принимается, что приток равен отливу, то есть, речь идет о стационарной совокупности. В практике же функционируют в основном нестационарные совокупности, вследствие чего страховые расчеты, в том числе и расчеты тарифов, резервов и т.д., не всегда надежны. Хотелось бы привлечь внимание к этому положению, поскольку оно отражает одну из важнейших причин возникновения так называемых "ошибок" страховщика при определении риска, а тем самым - является одним из факторов, порождающих специфический технический риск страховщика.

На страховой портфель проецируется эффект замены стационарной совокупности на нестационарную и фактический страховой портфель всегда отличается от расчетного. Для страховой практики это означает, что страховой тариф, рассчитанный для ожидаемого портфеля, применяется затем для портфеля с другими характеристиками.

Формирование рационального страхового портфеля является важнейшей задачей страховщика, поскольку именно на этом этапе закладывается фундамент всей дальнейшей страховой деятельности. В теории страхового дела известны принципы, которыми должен руководствоваться страховщик при формировании портфеля, однако в реальных рыночных условиях он находится под воздействием факторов, как внешних по отношению к страховой организации, так и внутренних, поддающихся управлению и не поддающихся. В том случае, когда страховая организация под влиянием этих факторов пренебрегает требованиями к портфелю, под угрозу ставится не только устойчивость страховых операций, но и финансовая устойчивость страховой организации.

Тот факт, что раскладка ущерба происходит в рамках статистической совокупности - обуславливает необходимость выполнения требований закона больших чисел.

Сущность закона больших чисел заключается в установленном многолетним опытом фактом объективного существования статистических закономерностей, проявляющихся в частности, в устойчивости относительной частоты наступления события при многократном повторении испытания. Применительно к страховому делу можно сказать, что в основе устойчивости страховых операций лежит статистическая устойчивость частоты страховых событий в данном портфеле. Формирование портфеля достаточной величины позволяет страховщику с большей точностью предсказывать как наступление страхового события, так и величину ущерба. Такая возможность основана на проявлении закона причинности в имеющих объективный характер его формах: необходимости и случайности. Необходимые события - результат цепи причинных связей, которые проявляются в каждом отдельном случае, а случайные события - результат действия побочных причин, которые обычно не связаны с комплексом основных причин. Последствия воздействия побочных причин, т.е. случайные отклонения, сглаживаются тем лучше, чем больше совокупность, т.е. чем больше число исследованных случаев. В массе повторяющихся воздействий последствия побочных, случайных причинных связей взаимно погашаются, а необходимые причинные связи проявляются более отчетливо.

Важно отметить, что механическое наращивание объема совокупности еще не обеспечивает безусловного действия закона больших*чисел.* Применение теории статистики к особенностям страхового дела позволило выделить два следующих обязательных условия.

Во-первых, с ростом количества объектов совокупность должна оставаться качественно однородной, т.к. включение в нее объектов иного качества, находящихся под воздействием других причин, не только не усиливает проявление закономерностей, но и искажает их. Применительно к страховому делу это означает, что, приступая к формированию совокупности, страховщик должен предварительно определить, какая закономерность для него наиболее важна и включить в совокупность только те объекты, для которых характер закономерности наступления страховых событий и ущерба обусловлен едиными или однородными причинами.

Во-вторых, побочные причины, воздействующие на состояние совокупности, должны быть независимы друг от друга или малозависимы. Если в данной совокупности это условие соблюсти нельзя, совокупность должна быть разбита на группы (классы) таким образом, чтобы побочные причины,

воздействующие на каждую из этих групп были независимы друг от друга. В практике страхового дела это требование закона больших чисел должно лежать в основе подбора объектов совокупности и в основе такого технического приема, как формирование субпортфелей и рисковых групп.

На финансовую устойчивость страховой организации величина страховой совокупности оказывает непосредственное влияние, поскольку реальность статистических вычислений впрямую зависит от количества исследуемых объектов.

Отсюда следует, во-первых, что статистические данные небольшой страховой компании еще не являются достаточным исходным материалом для определения тарифной ставки. В мировой страховой практике страховые тарифы определяются в основном не каждой конкретной компанией, а на более широкой статистической основе. Так, во Франции статистику ведет группа технических исследований при федерации страховщиков. Перестраховщики пользуются в основном мировыми данными. В Англии и Германии сбором статистической информации занимаются в основном крупнейшие перестраховщики: в Англии это Ллойд, в Германии - Мюнхенское перестраховочное общество. Они накапливают информацию о различных рисках и дают котировки премии по новым рискам. Так, Ллойд дает котировки по более чем 90% объектов, впервые заявляемых по страхованию, хотя его доля на рынке в фактическом охвате значительно ниже.

Во-первых, это положение в применении к практике страхового дела означает, что есть определенная минимальная граница страховой совокупности (портфеля), до достижения которой закон больших чисел не проявляется. Отсюда следует, что, с одной стороны, выводы и обобщения, сделанные на основе обществ с небольшим портфелем, могут быть неверными, а с другой стороны - что статистика достаточно больших портфелей не может быть использована для портфелей малых (не достигших теоретического минимума). Математически это проявляется следующим образом: в случае малых потоков страхования расчет нетто-ставки принимает многовариантный характер, и она выражает не столько статистику страховых событий, сколько статистику страхового портфеля, что делает возможность ее использования при изменении портфеля проблематичной.

На основе "малой статистики" трудно с достаточной степенью точности оценить также вероятность наступления событий, т.к. "при небольших значениях количества происшедших случаев распределение вероятности количества событий сильно асимметрично относительно своего центра" [60, с.58] .

Несмотря на значение количества договоров в обеспечении устойчивости страхового портфеля, многие отечественные страховые организации должного внимания этому фактору не уделяют.

Следует отметить, что показатель количества действующих договоров как характеристике устойчивости портфеля присущи, на наш взгляд, серьезные недостатки, что затрудняет использование его в качестве оценочного. Причины этого можно сформулировать следующим образом. Во-первых, с развитием страхования утрачена адекватность понятий количества договоров и количества объектов страхования. Риск существует в отношении объектов страхования и его раскладка проводится между ними; раскладка риска между объектами трансформируется в раскладку ущерба между страхователями с помощью актуарных расчетов и тарифа как инструмента раскладки - однако это происходит в рамках сформированного портфеля. Во-вторых, договоры могут иметь разные рисковые характеристики. В частности, в настоящее время широко развиты комбинированные виды страхования, которые обеспечивают возможность дополнительной раскладки ущерба в рамках одного договора. По сути комбинированными являются большинство договоров промышленного страхования.

В-третьих,*согласно постулатам* страховой математики устойчивость небольшого страхового портфеля растет с каждым новым договором только в том случае, если риск по этому договору не является выдающимся, т.е. находится в пределах среднеквадратического отклонения имеющихся в портфеле страховых сумм. Другими словами, рост числа договоров сопровождается ростом устойчивости страхового портфеля только в том случае, если страховые суммы однородны.

Выше отмечалось, что закон больших чисел проявляется только в качественно однородных совокупностях. Применительно к страховому портфелю, требования качественной однородностипредъявляются к объектам страхования и к риску. Крупнейший русский специалист в области страхового дела П.А. Никольский отмечает: "страховые предприятия нуждаются не только в возможно большем количестве застрахованных в нем рисков, но также и в том, чтобы эти риски отличались одинаковой вероятностью гибели и одинаковой ценностью". Болгарский специалист в области страховой математики И. Кацаров отмечает, что:

средний риск по совокупности застрахованных объектов будет наименьшим, если страховые суммы этих объектов одинаковы;

средний риск увеличивается настолько, насколько в него включаются объекты с различными страховыми суммами.

Выборка должна быть однородной, иначе в ней не действуют статистические закономерности, а без этого невозможно сформулировать обязательства страховщика и страхователя, а также планировать и прогнозировать кругооборот средств страхового фонда. Достичь однородности выборки можно только путем соответствующего подбора рисков, что требует внимания страховщика как на стадии разработки правил и условий страхования, так и на стадии фактического формирования страхового портфеля.

Реализация в практике страхового дела закона выборки и распределения рисков должна обеспечивать гомогенность страхового портфеля. В зарубежном страховании гомогенность считается одним из важнейших признаков правильно сформированного портфеля. Однако гомогенность - это понятие теоретическое, тот идеал, к которому надо стремиться, но практически недостижимый в реальности. Даже при проведении одного вида страхования по унифицированным условиям страховщик не сможет сформулировать однородную страховую совокупность, поскольку в принципе не существует объектов, имеющих одинаковые признаки.

Задача формирования однородного портфеля ставит перед страховщиком вопрос об отборе рисков. Поскольку страховой договор есть торговая сделка, при ее заключении страховщик предъявляет известные требования к страхователю. Эти требования имеют целью уменьшение технико-страхового риска, то есть риска страховщика. Требования связаны с обязанностью страхователей по предоставлению преддоговорной информации и с его поведением во время действия договора и после его окончания. "Требовательность", внимание страховщика ко включаемым в совокупность рискам имеет двойной эффект. С одной стороны, этим обеспечивается состав совокупности, который приближается по своим характеристикам к теоретической модели, принятой при расчетах различных технических страховых показателей. Практически это означает, что фактические результаты будут незначительно отклоняться от предвиденных. Этот момент важен для страховщика, поскольку с ним связаны размер отчислений в технические резервы, характер инвестиционной политики, перестраховочная деятельность и т.д. С другой стороны, строгие условия приема на страхование не являются союзником в борьбе с конкурентами на страховом рынке. Обычно страхователи склонны ориентироваться на тех страховщиков, которые работают на более либеральных условиях, что однако не исключает возможности страховщика быть вполне конкурентноспособным и при строгих условиях приема на страхование.

В связи с тем, что сформировать достаточно большой и в то же время однородный (гомогенный) страховой портфель весьма затруднительно (если вообще возможно), страховщик вынужден выравнивать риски путем их разделения. Отметим, что с позиций обеспечения устойчивости выравнивания риска отвечает стремлению страховой организации как системы к внутреннему упорядочению. Страховщик разделяет риски до включения их в портфель между самим страховщиком с одной стороны, и страхователем, перестраховщиком или состраховщиком - с другой.