

дбання матеріальних товарів споживач має змогу порівняти пропозицію різних продавців, використовуючи такі методи як тестування, пробні покупки тощо. Виходячи з отриманих результатів, споживач складає власну думку щодо якості товарів різних продавців. В сфері послуг застосування даних методів неможливо. До головних факторів, які впливають на сприйняття якості страхових послуг з ДМС, ще до укладання договору страхування, за результатами проведених досліджень можливо віднести наступні: минулий досвід співпраці з даною страховою компанією; досвід співпраці з іншими страховими компаніями за іншими видами страхування; думка референтних груп; якість процесу пропозиції страхових послуг; компетентність персоналу страхової компанії; особистість людини, яка пропонує страхові послуги, якість матеріальних ресурсів, які використовуються при продажу. На всіх цих факторах страхові компанії повинні зосередити особливу увагу.

Третім етапом є реалізація страхової послуги. Послуги з ДМС відносяться до категорії товарів, придбання яких, споживач пов'язує з великим ризиком. Це пов'язано з тим, що ефективність та доцільність отриманого лікування, в більшості випадків пацієнт може визначити лише через певний, іноді досить довгий, проміжок часу. Але, вище зазначене стосується лише оцінки якості результату страхової послуги, якість процесу надання послуги споживач може визначити і визначає на протязі всієї взаємодії з страховою компанією, диспетчерським центром та медичними закладами.

Якість послуги з ДМС складається з трьох великих блоків. Перший, складається з якості діяльності самої страхової компанії. Другий блок – це якість медичних послуг. Цей блок сьогодні вітчизняні страхові компанії не можуть повністю взяти під свій контроль, вони можуть лише в деякій мірі впливати на діяльність медичних закладів та контролювати дії медичних працівників. Третій блок, це якість діяльності служби асістанс, якщо страхова компанія надає свої послуги з її допомогою. Цей блок теж знаходиться поза прямим контролем страхової компанії. За результатами проведених досліджень були визначені характеристики, які суттєво впливають на сприйняття споживачем якості послуги з ДМС і які знаходяться в межах контролю з боку страхової компанії. Умовно їх можна поділити на декілька груп:

Характеристики, які споживач має можливість визначити до укладання договору: обсяг відповідальності; ціна; відстань до медичного закладу; кількість основних та додаткових послуг; ступінь пристосування страхової програми до потреб кожного клієнта; рівень обслугову-

вання; кваліфікація персоналу; зручність місця та часу придбання страхового поліса.

Характеристики, які оцінюються на протязі дії договору: рівень взаємодії страхової компанії з клієнтами; можливість та оперативність внесення змін в договір страхування.

Характеристики, які можна оцінити після настання страхового випадку: повнота та своєчасність виконання страховою компанією своїх зобов'язань; оперативність врегулювання страхових випадків; рівень медичної підготовки співробітників диспетчерського центру; рівень медичної підготовки лікарів та молодшого медичного персоналу медичних закладів; рівень технічного забезпечення медичного закладу; рівень забезпечення медикаментами.

Характеристики, які можна оцінити після закінчення дії договору: надання різноманітних знижок при умові продовження договору; пільгові умови при страхуванні інших членів родини тощо.

Крім цих характеристик, страховим компаніям треба також враховувати, що на відміну від матеріальних товарів послуги, а в особливості послуги, зв'язані з медичним обслуговуванням, не можна побачити, спробувати, а оцінити їх якість в цілому можливо, взагалі, лише через деякий час після їх придбання. Для того, щоб знизити невизначеність того, що вони купують, споживачі схильні аналізувати зовнішні ознаки якості страхової послуги. Скласти власне уявлення про якість послуг, страхової компанії споживачі можуть під впливом таких чинників як ціна, якість та зміст наданої інформації, розташування та інтер'єр приміщення, дії персоналу тощо.

Для того, щоб створити високий рівень якості послуг з ДМС, страхова компанія повинна керувати процесом надання страхових послуг, контролювати поведінку обслуговуючого персоналу та ресурси, необхідні для цього процесу. Послуги з ДМС страхова компанія повинна розглядати для себе як керовану систему. Якість страхової послуги у сприйнятті споживача буде залежати від якості функціонування кожного елемента системи окремо і від ефективності їх взаємодії.

1. Песоцкая Е.В. Маркетинг услуг. – СПб.: Издательство "Питер", 2000. – 160 с.; ил.
2. Badoc M. Marketing management pour les sociétés financières. – Les Editions d'Organisation, Paris, 1995. – 332 p.
3. Зубец А.Н. Страховой маркетинг. – М.: Издательский дом "АНКИЛ", 1998. – 250с.
4. Зубец А.Н. Маркетинговые исследования страхового рынка. – М.: 2001. – 314 с.
5. Гомелля В.Б., Туленцы Д.С. Страховой маркетинг (Актуальные вопросы методологии, теории, практики). Второе издание. – М.: "Ан-ки", 2000. – 128 с.
6. Kurtenbach W.W., Kühlmann K., Käfer-Pawelka G. Versicherungsmarketing. Eine praxisorientierte Einführung in das Marketing für Versicherungen und ergänzende Finanzdienstleistungen, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. – Verlag Fritz Knapp GmbH, Frankfurt am Main, 1995. – 319 p.
7. Энджел Дж. Блэкуэлл Р. Миниард П. Поведение потребителей. – СПб: Питер Ком, 1999. – 768 с.

Надійшла до редколегії 05.01.06

В. Веретнов

НЕПРОПОРЦІЙНЕ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ: МОЖЛИВОСТІ ТА РИЗИКИ ДЛЯ СТРАХОВИКІВ

Нерозвиненість непропорційної форми перестрахування у сьогоденні страхової індустрії України має певні причини. Усвідомлення та вирішення цих проблем може відкрити шлях до швидкого розвитку непропорційного перестрахування, подальшого підвищення професійного рівня суб'єктів ринку перестрахування та зокрема до якісного удосконалення страхового бізнесу України.

There is lack of development of non-proportional form of reinsurance exists at the insurance market of Ukraine. These problem is through knowing and troubleshooting can open way to sustainable development of non-proportional reinsurance, increase level of professionalism and quality at the insurance business of Ukraine.

Перестрахування в звичайному сенсі цього слова це вторинне страхування. В економічній та діловій літературі існує понад 40 варіантів визначення поняття страхування. Якщо спробувати їх якість узагальнити, то отримаємо декілька видів дефініцій. А саме що страхування, по-перше це офіційний соціальний механізм керування

ризиками, по-друге це відносини з приводу захисту інтересів осіб при настанні визначених подій, по-третє це торговельна спекуляція, в якій страховик за премію продає страховальникові впевненість у збереженні в цілому його майна чи добробуту, ризикуючи отримати збиток або прибуток в залежності від кількості застрахованих.

Багатомірність поняття страхування підтверджує нижченаведені два таких визначення. Страхування по Ребулю: страхування це протилежність гри. Грає саме той, хто не застосовує ні яких мійр до проти імовірної загибелі майна. "Що є ставкою коли ви не страхуєтесь?" "Ставка це завжди значна частина вашого майна, ваш спокій, ваша честь, ваше майбутнє, честь ваших дітей". Не можливо перемогти випадок. Тобто людина, що не страхується схожа на азартного гравця[1; с.232].

Страхування по Колеру: це перемога людського мислення над грубими силами життя, перемога логіки мислення над безглуздими обставинами з якими нам доводиться боротися [2; с.367].

Отже, другими словами це спроба людини перетворити фізично-руйнівне в економічне не подолане. Ціль страхування це відшкодування шкоди та збитків. Засіб яким це робиться це розподіл ризику між багатьма страхувальниками, або якщо розглядати страхування як перманентну господарчу діяльність, то це керування ризиками певних суб'єктів – з одного боку це страхувальник, з другого боку страховик, з третього пере страховик. Підставою для цієї діяльності є як відповідні закони так і договори. Але здійснення її на практиці визначається діловими звичаями.

В економічній літературі існує два підходи до визначення перестрахування. В першому фахівці ототожнюють поняття страхування та перестрахування, мовляючи що в них єдина природа управління ризиками. В другому підході акцент робиться на різницю зокрема якщо в перестрахованні суто економічні відносини пов'язані з прийняттям ризику отримання премії та в разі настання страхового випадку виплата частини відшкодування, то в страхуванні є не тільки фінансово-економічні, а ще і майнові відносини в якості об'єктів страхування, які можуть переходити за певних обставин на деякий час у власність страховика.

Розглядаючи тему перестрахування на непропорційній основі, мається на меті дослідити сутність та адекватність застосування цієї форми перестрахування в страховому бізнесі в умовах вітчизняних ринкових відносин. Непропорційне перестрахування в Україні якщо порівняти з міжнародною практикою займає відносно пропорційного в страхових портфелях відносно невелику питому вагу. Цей стан речей що склався тобто відставання цієї форми перестрахування на вітчизняному ринку обумовлений декількома причинами. Вони є факторами, що спотворюють певний вплив та мають негативні наслідки щодо збалансованості за ризиками страхового портфелю які потребують своєчасного подолання.

По-перше це історичний фактор, коли світовий досвід фахівців визначається більше ста років.

Непропорційне перестрахування виникло у дев'ятнадцятому столітті, тобто майже через п'ять віків після цієї галузі в цілому. Його вперше запровадили професійна перестраховальна компанія "Колонія Рейншуранс"(1846 рік, Німеччина) нині Американська перестраховальна група "Gen Re", що контролюється найбагатшим зі страховиків президентом Страхової компанії "Berkshire Hathaway Company" Уоренном Баффетом [3;с.35]. На теренах СНГ лише фахівці іностраху СРСР мали відповідний досвід, достатній для того щоб займатися непропорційним перестрахуванням.

По-друге це юридичний фактор. На жаль в договорах які регламентують діяльність з перестрахування зустрічаються різні тлумачення застережень що спричиняє різні помилки чи конфліктні ситуації. Маючи зрозумілі конкретні однозначно сформульовані умови перестраховальних договорів прописаних законодавцем ми позбавилися існуючих технічних труднощів при

укладанні перестраховальних угод. Якщо українське страхове законодавство, що регулює відносини страхування, перестрахування міститься у декількох томах, то на заході воно складається в цілі бібліотеки. Судова практика та її прецеденти в сфері страхування, перестрахування за кордоном стають надбанням для фахівців та складають ті самі ділові звичаї.

По-третє це мовний фактор. Саме завдяки недостатній кількості та якості носіїв іноземних мов серед вітчизняних страховиків ми маємо складнощі як в комунікації так розумінні та залученні закордонного досвіду в практику перестрахування.

По-четверте це економічний фактор. Він визначається усвідомленням фахівцями доцільності проведення перестрахування на непропорційних засадах. Непропорційне перестрахування як його визнана чають у фахових словниках це форма перестрахування при якій відповідальність пере страховика не залежить від відповідальності страховика. Пояснюється це тим що при непропорційному перестрахованні збитки відшкодовуються у разі, коли вони перевищують певну суму, чи коли загальна сума збитків за певною групою ризиків перевищує встановлений ринок збитковості зазначений у відповідному договорі [4;с.37]. Отже сутність непропорційного перестрахування полягає в тому, що відшкодування, яке надається пере страховиком, визначається тільки розміром збитку і не залежить від страхової суми, а тому немає пропорційного розподілу відповідальності за окремим ризиком і оригінальною премією. Призначення непропорційного перестрахування – гарантувати відповідальність страховика за прийнятими ризиками щодо великого сукупного збитку за визначений період. Отже, у непропорційному перестрахованні цедент сам оплачує збитки до певного розміру, а перевищення цього розміру оплачує пере страховик у межах ліміту відповідальності за договором. Відповідальність за непропорційним договором устанавлюється в абсолютній сумі (договір ексцедента збитку) чи у відсотках (договір ексцедента збитковості). У непропорційних договорах утримання цедента називають першим збитком, франшизою, пріоритетом. Відповідальність пере страховика – покриттям.

Непропорційне перестрахування представлене договором ексцедента збитку та договором ексцедента збитковості.

Згідно з договором ексцедента збитку механізм перестрахування вступає в дію тоді, коли остаточна сума збитку за застрахованим ризиком перевищує межу обумовленої в договорі суми у разі настання страхового випадку. У разі недостатньої місткості першого ексцедентного договору у договорі ексцедента збитку, як і в договорі ексцедента суми, застосовують другий, третій і наступні ексцеденти. Але спосіб розподілу відповідальності в ексцедентних договорах непропорційного перестрахування відмінний від того, що характерний для пропорційного ексцедентного покриття. На відміну від договорів ексцедента суми, де пере страховики беруть участь у всіх і в кожному збитку незалежно від його розміру, у договорах ексцедента збитку пере страховики відшкодовують лише ті збитки, які перевищують встановлений страховиком (цедентом) пріоритет [5; 49].

Непропорційне перестрахування має певні особливості:

- ✓ страховик може захиститися від великих збитків що впливають на його фінансові результати;
- ✓ пере страховик не бере участь у дрібних збитках що покриваються страховиком;
- ✓ обсяг обліку бухгалтерських операцій зменшується, оскільки враховуються лише окремі збитки, або

фінансові результати страхування. Але водночас зростає потреба в підготовчій роботі;

- ✓ тантьєма в договорах цієї форми як правило не передбачається;

- ✓ перестраховальна премія за договорами непропорційного перестрахування підраховується не для кожного ризику, що передається, а для всього портфеля з одного або кількох видів страхування на рік.

Приклад трактування суті непропорційного перестрахування наводить економіст та практик перестрахування Г. Грішин. В справі *Bonner v Cox* рішення комерційного суду свідчить що в договорах XL на перестраховальника не накладається презюмований обов'язок додержуватись інтересів пере страховиків при прийомі ризиків. Комерційні інтереси сторін страховика та пере страховика не співпадають. Вони не є партнери по спільному бізнесу. Одна з цілей страховика забезпечити можливість прийому нових ризиків. Тому приймаючи ризики страховик спирається на існуючий захист. Страховик повинен приймати ризики після відповідного аналізу. Але якщо він зробив помилку, хто повинен платити за неї? В непропорційному страхуванні в тому числі і перестраховик [6; с.58].

Баланс інтересів зберігається хоча здавалось би існує слабка позиція перестраховика, яка посилюється завдяки захисту пов'язаним з недотриманням контрагентом принципу найвищої довіри (UGF – Utmost Good Faith).

Особливістю українського ринку перестрахування є те що професійних пере страхових компаній не багато. Тож вхідним і вихідним перестрахуванням займаються звичайні страхові компанії. Де які з них притримуються стратегії співробітництва мають можливості розвитку партнерських стосунків завдяки пропорційному перестрахуванню де передбачена тантьєма та участь в прибутках по закінченню договорів.

Проведення непропорційного перестрахування для пере страховика доцільне та вигідне за дотриманням певних умов. Зокрема це об'єднання професійних управлінського, фінансового, страхового (андерайтингового) підходів та інструментів для досягнення певного синергетичного ефекту. Наприклад, щодо фінансових інструментів вико-

ристання в оцінці ризику та відповідно величини премії та обсягу та лімітів відповідальності за методологій управлінського обліку в залежності від ряду факторів – обсягу портфелю, структури постійних та змінних витрат тощо. Тобто в оцінці пере страховиком страховика, як плідний співпраці приймають участь не тільки суто страхові, але й управлінські та фінансові компетенції.

Треба відмітити що ці вимоги щодо системних знань страховика в умовах користування внутрішнім ринком перестрахування при низькій збитковості страховиків здаються неактуальними. Щодо сучасних вимог то тут достатньо підтримувати постійно займаючись практикою перестрахування добрі особисті стосунки с вітчизняними клієнтами та закордонними контрагентами повільно навчаючись від останніх. Але ситуація зміниться, якщо наші страховики досягнувши системних професійних компетенцій почнуть залучати іноземні інвестиції не тільки для того щоб щільніше освоїти вітчизняний страховий ринок, але виходити з страхуванням ризиків на не пропорційній основі на закордонних страховиків, як клієнтів з перестрахування. В результаті отримаємо розвиток експорту страхових послуг завдяки вхідному перестрахуванню іноземних страховиків.

Узагальнюючи, слід відмітити що непропорційне перестрахування в діяльності страховика відповідаючи на зовнішні ринкові вимоги сприяє збалансованому захисту портфелю буде відігравати важливу роль за умов якісного андерайтингу ризиків, врахування впливу правового договірної забезпечення, ефективного корпоративного управління, якісної комунікації та дотримання принципів ділових звичаїв.

1. *Воблый К.Г.* Основы экономики страхования. Репринтное издание М.: Анкил 1995, с.232; 2. *Kohler.* Das burgerliche Recht des Deutschen Reichs und Preussens, B. VI, 1910, с. 367; 3. *Уоренн Баффет.* Эссе об инвестициях и управлении компанией. – М.: "Альпина бизнес бук", 2005 – с.35; 4. *Ефимов С.Л.* Словарь страховщика. – М.: Анкил, 2000, с.37; 5. *Артамонов А.П.* Практика непропорционального перестрахования. – М.: Издательский дом: "Страховое Ревю", 2001 – с.49; 6. *Гришин Г.К.* Особенности транснационального перестрахования Лондон: "Финансовые услуги", 2005 – с.58.

Надійшла до редколегії 05.01.06

Е. Галицька, канд. екон. наук, Н. Ковтун, канд. екон. наук

СТАТИСТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОЦІНКИ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

Розглянуто методи побудови статистичних групувань, продемонстровано можливість їх застосування при аналізі страхової діяльності.

Methods of statistical grouping construction are examined. Opportunities of their use in the insurance activity analysis are investigated.

За дуже короткий історичний період страхування з державної монополії перетворилось у комерційну сферу діяльності, що динамічно розвивається. З розвитком ринку страхування в Україні виникає необхідність в різноманітній статистичній інформації, розширенні інформаційної бази, удосконаленні методів обробки статистичних даних та проведення аналізу страхової діяльності. Сучасні страхові компанії оцінюють свою діяльність, вивчають частоту настання страхових випадків, розмір і структуру страхових платежів та страхових виплат, проводячи як ретроспективний аналіз, так і визначаючи перспективи діяльності на майбутнє. Це дає можливість виявити найважливіші тенденції розвитку страхового ринку та оцінити спектр страхових послуг. При цьому широко використовуються методи статистики.

Аналіз існуючих публікацій показав, що на сьогодні статистичне забезпечення аналізу діяльності страхових організацій знаходиться на дуже низькому рівні. Ступінь розробки даної проблеми носить більш теоретичний ха-

рактер [1-4]. На сьогодні існує ряд проблемних питань, які стосуються проведення комплексного статистичного аналізу діяльності страхових організацій. Вирішенню однієї з таких проблем і присвячена дана робота, яка мала на меті визначити основні методологічні засади побудови статистичних групувань та продемонструвати можливості використання їх в аналізі страхової діяльності. В ході дослідження були використані загальнонаукові та статистичні методи, зокрема, метод групування, узагальнюючих показників, табличний метод.

Метод групувань – є одним із найпоширеніших і найважливіших методів статистики. Який лежить в основі зведення статистичних даних. Від того, як здійснено групування зібраної інформації, залежить якість проведення статистико-економічного аналізу. Можна зібрати цікавий статистичний матеріал, але неясно його систематизувати чи згрупувати, і це вже не дозволить досягти мети дослідження. З наукового погляду, застосовуючи метод групувань в аналізі страхової діяльності бажано покла-