

Государственное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Ярославской области
Ярославский техникум управления и профессиональных технологий

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
МДК.03.02. «УЧЕТ СТРАХОВЫХ ДОГОВОРОВ И АНАЛИЗ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДАЖ (ПО ОТРАСЛЯМ)»
ПМ. 03 «СОПРОВОЖДЕНИЕ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ
(ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФРАНШИЗЫ, СТРАХОВОЙ СТОИМОСТИ И
ПРЕМИИ)»
для специальности СПО 080118 «Страхование дело (по отраслям)»

Ярославль

2013

Рассмотрена
методическим советом

Протокол № 1

от 10.09.13

секретарь методсовета

Андреев

УТВЕРЖДАЮ:

Зам.директора по ученой
работе

А.А.Демина

«10» 09 2013

Одобрена

цикловой методической комиссией

Председатель ЦМК Андреев

Автор:

Кривошекова М.Ю. , преподаватель ГОУ СПО ЯО ЯТУиПТ

Методическое пособие разработано на основе теоретического курса МДК02. 02. Учет страховых договоров и анализ показателей продаж (по отраслям) ПМ02. Сопровождение договоров страхования (определение франшизы, страховой стоимости и премии) для студентов очной и заочной формы обучения специальности 080118 «Страховое дело». Пособие ориентированно на освоение современных страховых технологий, новых форм и методов организации труда для обеспечения подготовки квалифицированных кадров в соответствии с потребностями инновационного развития отраслей страхования.

Оглавление

Оглавление.....	3
ТЕМА 1. АНАЛИЗ ЗАКЛЮЧЕННЫХ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УПРАВЛЕНИЮ УБЫТОЧНОСТЬЮ НА «ВХОДЕ».....	4
1.1 Анализ заключённых договоров страхования.....	4
1.2. Расчет аналитических показателей продаж страховой компании.....	4
1.3. Решение и управление убыточностью «на входе».....	8
1.4. Общая схема регулирования (единая для всех видов страхования).....	10
ТЕМА 2. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНА ПРОДАЖ И КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ОТКАЗОВ ОТ ПЕРЕЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРОДЛЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ.....	13
2.1. Анализ причин невыполнения плана продаж.....	13
2.2. Изучение динамики выполнения плана продаж договоров с указанием тенденции к росту и снижению.....	13
2.3. Качественный анализ отказов от перезаключения и продления договоров страхования.....	14
ТЕМА 3. АНАЛИЗ СТРАХОВЫХ ОПЕРАЦИЙ И РЕНТАБЕЛЬНОСТИ.....	16
3.1. Информационная база для анализа страховых операций. Приемы финансового анализа.....	16
3.2. Обобщающие показатели анализа страховых операций: объем полученных страховых премий, сумма произведенных страховых выплат, количество заключенных договоров, средний взнос на один договор.....	17
3.3. Анализ динамики средних показателей (средняя страховая сумма на один договор, средний взнос на один договор, средняя нагрузка на одного страхового агента).....	22
3.4. Анализ расходов страховщика: анализ страховых выплат, расходов на ведение дела	23
3.5. Анализ себестоимости страховых операций. Анализ сбалансированности, структуры, однородности страхового портфеля.....	24
3.7. Оценка эффективности страховых операций. Оценка рентабельности страховых операций на рубль собственного капитала и рентабельности страховых операций на рубль страховых взносов.....	29
ТЕМА 4. АНАЛИЗ ФИНАНСОВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	30
4.1. Финансовый результат деятельности страховщиков. Его экономическая природа...30	
4.2. Факторный анализ финансового результата деятельности страховой организации. Финансовый анализ формы № 2-страховщик «Отчет о прибылях и убытках страховой организации».....	34

ТЕМА 1. АНАЛИЗ ЗАКЛЮЧЕННЫХ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УПРАВЛЕНИЮ УБЫТОЧНОСТЬЮ НА «ВХОДЕ»

1.1 Анализ заключённых договоров страхования

Общее число договоров, заключённых страховым обществом в течение определённого времени (или фактическое количество застрахованных объектов страхования), называется страховым портфелем. Принцип анализа страхового портфеля заключается в определении следующих показателей в целом по портфелю (за анализируемый период):

1. Число убытков.
 2. Сумма выплат.
 3. Сумма собранных страховых взносов.
 4. Число заключённых договоров.
 5. Страховая сумма по заключённым договорам.
 6. Уровень выплат (отношение показателя 2 к показателю 3).
 7. Убыточность страховой суммы (отношение показателя 2 к показателю 5 должно соответствовать тарифной нетто-ставке).
 8. Средний размер убытка (отношение показателя 2 к показателю 1 позволяет проверять адекватность устанавливаемых франшиз и лимитов ответственности).
 9. Средний размер выплаты на один договор (отношение показателя 2 к показателю 4).
 10. Доля досрочно расторгнутых договоров и суммы возвращенной премии по ним.
- Те же самые показатели, рассчитанные по результатам работы страховой компании по разным видам страховой деятельности и продуктам в сравнении их со средними по портфелю, позволяют судить о целесообразности сохранения продуктов в портфеле.

1.2. Расчет аналитических показателей продаж страховой компании

Прежде чем говорить об управлении продажами, определимся с самой дефиницией «продажи», поскольку нельзя эффективно управлять объектом, не зная его содержания.

Термин «продажи» понимается как в узком, так и в широком смысле слова. Имидж продаж в большинстве случаев носит отрицательный характер, при этом здравого рационального объяснения этому нет. Считается, что:

- продажи – это не та деятельность, которой стоит заниматься. Такого мнения придерживаются многие люди, поскольку существует общее представление, что это занятие не развивает способности человека;
- хорошие продукты сами себя продают, и поэтому процесс их продаж только добавляет ненужные расходы;
- есть что-то негативное в продажах, и поэтому следует с должной осторожностью относиться к тем, кто зарабатывает себе на жизнь этим делом.

На самом деле дело обстоит далеко не так, поскольку:

- изначально ничего бессовестного или беспринципного в продажах или тех, кто занимается этим видом деятельности, нет. Продажи – это механизм обмена, при помощи которого удовлетворяются запросы и желания потребителей;
- в настоящее время деятельность в сфере продаж – это карьера, которая заслуживает должного внимания;
- даже самые хорошие продукты сами себя не продают. Отличный продукт может оставаться незамеченным до тех пор, пока его свойства и выгоды от приобретения не станут известны потребителю.

Хорошо известно, что жизненный цикл страховой услуги включает в себя разработку страхового продукта, его продажу и послепродажное обслуживание, в том числе урегулирование убытков (рисунок 1).



Рис. 1. Жизненный цикл страховой услуги

Продажа страховой услуги со стороны страховщика, являясь важной фазой ее жизненного цикла, одновременно означает покупку полиса страхователем.

Однако продажи – это не только механизм обмена и определенная фаза жизни страхового продукта. Продажи являются важнейшей составляющей маркетинга страховой компании. Классические пять «Р» маркетинга: Product (продукт), Price (цена), Promotion (продвижение), Place (место), People (люди) – содержат в себе продажи как функцию продвижения продукта.

Итак, давая определение дефиниции «продажи», подчеркнем, что продажи, во-первых, являются важной составной частью жизненного цикла страховой услуги.

Во-вторых, продажи – вид деятельности в сфере обмена, удовлетворяющий потребности покупателей.

В-третьих, продажи являются маркетинговой составляющей страхования.

Отсюда следует логичный вывод, что управление продажами – это управление определенным видом деятельности. Содержание управления продажами включает в себя планирование, организацию, мотивацию и контроль продаж.

Отправной точкой управления продажами является их планирование. Система планирования продаж включает в себя:

1. Виды и формы планов.
2. Методы планирования.
3. Нормативы и процедуры планирования.

Основными видами планов страховой компании являются стратегический и оперативный (бизнес-план). Между стратегическим и оперативным планами существует очень тесная взаимосвязь.

Для того чтобы понять эту взаимосвязь, рассмотрим структуру указанных выше планов. Как правило, стратегический план состоит из следующих разделов:

- предпринимательский замысел и основные бизнес-идеи;
- стратегические цели развития бизнеса;
- прогноз рынка и анализ конкуренции;
- маркетинговая стратегия;
- функциональные стратегии в области HR, IT, операционной поддержки, финансов и менеджмента;
- ресурсное обеспечение реализации стратегии.

Мы видим, что одним из разделов плана является маркетинговая стратегия. Логика разработки маркетингового раздела стратегического плана показана на рисунке 2.

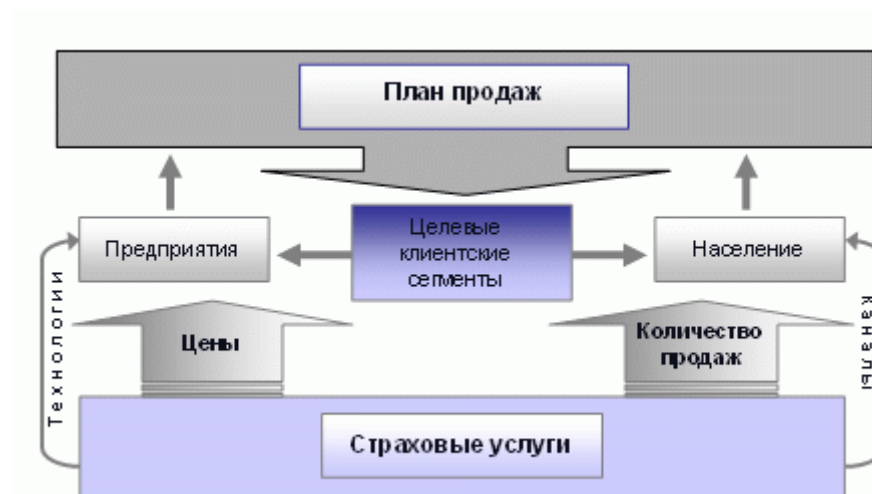


Рис. 2. Содержание маркетинговой стратегии

Для лучшего понимания этой логики рассмотрим процесс стратегического планирования продаж более подробно.

На основе прогноза развития рынка и анализа конкурентов страховая компания определяет целевые клиентские сегменты (ЦКС), которые являются ее потенциальными страхователями. Это могут быть юридические и физические лица, сегментированные по определенным критериям. Для указанных сегментов количественно планируются продажи конкретных страховых продуктов в натуральном выражении по определенным каналам и технологиям продаж. Примеры планирования количества продаж и сегментации розничных клиентов по целевым клиентским сегментам, а также продуктов-локомотивов приведены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Планирование количества продаж в натуральном выражении

По клиентским сегментам

	Ед. изм.	факт	1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
Число клиентских продаж, всего	тыс.	100	200	300	400	500	600
Продажи розничные	тыс.	50	100	150	200	250	300
Продажи корпоративные	тыс.	50	100	150	200	250	300

По продуктам розничного страхования

Розничные продажи	Ед. изм.	факт	1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
Имущественное страхование	тыс.	5	10	15	20	25	30
Личное страхование	тыс.	10	20	30	40	50	60
Автострахование	тыс.	15	30	45	60	75	90
Итого	тыс.	20	40	60	80	100	120
Всего:	тыс.	50	100	150	200	250	300

Для расчета плана продаж определяются количество продаж и средняя цена договора (полиса), произведение которых и представляет собой план продаж по видам страхования и клиентским сегментам. В стратегическом плане объемы продаж страховых услуг планируются, как правило, на 5 лет, исходя из предполагаемой доли рынка, которую хочет занять компания, либо исходя из темпов роста страховой премии, либо исходя из капитализации компании, рассчитанной по годам.

ЦКС и продукты-локомотивы розничных продаж

ЦЕЛЕВОЙ КЛИЕНТСКИЙ СЕГМЕНТ	ПРОДУКТЫ-ЛОКОМОТИВЫ
<u>VIP – КЛИЕНТЫ</u> среднедушевой доход более: - \$ 1800-2500 в месяц для Москвы, Санкт-Петербурга, Ханты-Мансийского автономного округа, Ямало-Ненецкого автономного округа; - \$ 800- 1 800 - для остальных регионов.	- комплексное страхование объектов частной собственности (недвижимости и прав на нее); - комплексные финансовые продукты (кредитование и страхование авто, потребительское и ипотечное кредитование и страхование); - ДМС; - Авто-КАСКО и ОСАГО.
<u>СРЕДНИЙ СЕГМЕНТ</u> среднедушевой доход более: - \$ 1 000-1 800 в месяц для Москвы, Санкт-Петербурга, Ханты-Мансийского автономного округа, Ямало-Ненецкого автономного округа; - \$ 400-800 для остальных регионов.	- комплексное страхование объектов частной собственности (недвижимости и прав на нее); - комплексные финансовые продукты (кредитование и страхование авто, потребительское и ипотечное кредитование и страхование); - ДМС; - Авто-КАСКО и ОСАГО.
<u>НИЖНИЙ МАССОВЫЙ СЕГМЕНТ</u> (нежелательный) среднедушевой доход более: - \$ 400 в месяц для Москвы, Санкт-Петербурга, Ханты-Мансийского автономного округа, Ямало-Ненецкого автономного округа; - \$ 200-400 для остальных регионов.	- ОСАГО; - страхование недорогого жилья (дачных строений).

При этом очевидно, что такой фактор как капитализация компании будет определяющим, поскольку стратегический план является ничем иным, как документом, отражающим рост стоимости страховой компании. А стоимость страховой компании, при прочих равных условиях, напрямую зависит от величины страховой премии и чистой прибыли.

Таким образом, прогнозные значения объема продаж стратегического плана являются основой для разработки плана продаж компании на год, который является составной частью бизнес-плана компании, что показано на рисунке 3.

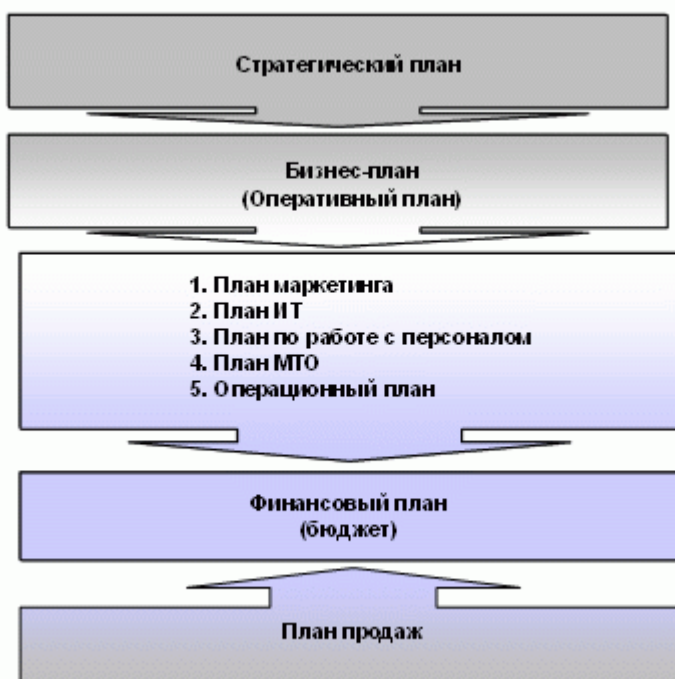


Рис.3. Взаимосвязь стратегического плана, бизнес-плана и плана продаж

Важность плана продаж в структуре бизнес-плана компании очевидна, поскольку он является финансовой основой доходной части бюджета. Именно исходя из доходов страховой компании будут осуществлены все ее затраты. Поэтому ошибка в планировании продаж либо невыполнение плана продаж могут привести к недостатку финансовых ресурсов для осуществления текущей деятельности компании. В российских условиях это особенно актуально, т.к. именно страховые премии, а не инвестиционный доход составляют основную часть бюджета доходов.

План продаж тесно связан с другими разделами бизнес-плана компании на год:

1. С финансовым планом (бюджетом) – в части дохода СК и затрат на продажи.
2. С планом маркетинга – в части создания системы продвижения продуктов.
3. С планом по работе с персоналом – в части затрат на продавцов.
4. С планом развития ИТ – в части программного обеспечения продаж.
5. С планом МТО – в части затрат на создание рабочих мест продавцов.

1.3. Решение и управление убыточностью «на входе»

К ключевым областям управления операционным результатом в страховой компании являются андеррайтинг, урегулирование убытками, перестрахование и управление аквизиционными расходами. В бизнес-процессе «андеррайтинг» формируется операционный результат «на входе», то есть на этапе селекции рисков, установления тарифов и формирования рентабельного портфеля, что приобретает особую значимость в свете возрастающей убыточности на российском страховом рынке.

Важность андеррайтинга для страховой компании связана с тем, что это та деятельность, которая позволяет компании взять риск на страхование неубыточной ценой.

Дословно «Underwriting» переводится с английского как «подписание под» чем-либо, под какими-либо условиями. Андеррайтинг, в широком смысле, - это и есть бизнес-процесс страхования, заключающийся:

- в принятии на страхование или отклонение от рисков, присущих данному объекту с целью формирования или корректировки условий страхового покрытия, условий договора страхования и определения страховых тарифов, обеспечивающих заданные значения убыточности по виду страхования и страховому портфелю в целом;
- в разработке методических материалов по защите всего или части страхового портфеля;
- в разработке и контроле исполнения страхователем рекомендаций по снижению принятых на страхование рисков.

В свою очередь, андеррайтер - это квалифицированный специалист либо специальная организация, действующие от имени страховщика и имеющие от него полномочия принимать на страхование или отклонять предложенные объекты страхования (риски), определять тарифные ставки и конкретные условия договора страхования этих объектов (рисков), исходя из норм страхового права и планируемых финансовых результатов в пределах имеющихся полномочий. Андеррайтинг – это профессиональный вид деятельности в страховании.

Однако во многих российских страховых компаниях продажи и андеррайтинг находятся во фронт-офисе. Это возможно в условиях низкой убыточности на рынке и небольшом портфеле договоров страхования. Когда же объем договоров страхования и убыточность возрастает, обособление бизнес-процесса «андеррайтинг» становится жестким императивом для рентабельного ведения страховых операций. При этом сотрудники продающих подразделений стремятся заключать любые договоры страхования (убыточные и рентабельные), а компании нужны только рентабельные полисы. Именно профессионально выстроенный андеррайтинг позволяет обеспечить рентабельность страховых операций.

Необходимость обособления андеррайтинга пределяется рядом причин:

1. Оценка риска – это основа экономической безопасности СК, поэтому заниматься этим должны full-time сотрудники, для которых андеррайтинг является профессиональным видом деятельности.

2. Необходимо создание гибкой системы «ценообразования» на страховые услуги.

3. Необходим контроль за структурой и убыточностью портфеля по продуктам, каналам продаж и целевым клиентским сегментам.

Бизнес-процесс «андеррайтинг» включает в себя процедуры идентификации объекта страхования, оценки рисков, принятия решения о страховании объекта, определения перечня основных и дополнительных условий договора, установления страховых тарифов и подписание его на этих условиях.

Создание системы андеррайтинга страховой компании предполагает:

1. Формирование целей и задач андеррайтинга.
2. Определение функций андеррайтинга.
3. Формирование уровней андеррайтинга.
4. Создание организационной структуры.
5. Подбор, обучение и развитие андеррайтеров.
6. Создание регламентов и инструкций по андеррайтингу.

Целью создания профессионального андеррайтинга является увеличение с учётом вероятностных критериев наступления страховых случаев положительной разности между полученной нетто-премией и сделанной страховой выплатой по договорам страхования, заключенным в течение определенного периода времени.

К задачам андеррайтинга относятся:

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

2. Установление числовых значений повышающих (понижающих) поправочных коэффициентов, учитывающих наличие (отсутствие) факторов, существенно влияющих на вероятность наступления страхового случая.

3. Определение перечня основных и дополнительных условий, включаемых в договор страхования.

4. Установление числовых повышающих (понижающих) поправочных коэффициентов, учитывающих наличие (отсутствие) в договоре страхования того или иного условия.

5. Селекция и антиселекция страхового портфеля.

Андеррайтинг выполняет четыре функции: аналитическую, методическую, практическую и контрольную. Существует также два вида андеррайтинга: индивидуальный и стандартный.

При этом под «индивидуальным (специализированным) андеррайтингом» понимается комплекс мероприятий по принятию на страхование рисков по заявленному объекту на основе изучения и оценки его индивидуальных особенностей и рисков с целью формирования условий страхования объема страхового покрытия, тарифа в целях обеспечения заданных значений убыточности по виду страхования (по страховому портфелю в целом). Такой андеррайтинг проводится, как правило, специалистами-андеррайтерами. Развитие российских страховщиков в этом плане сопровождается парадоксом: страховые компании длительное время вели страховой бизнес, не имея как такового «страхового производства», в котором работают именно андеррайтеры.

В то же время «стандартный андеррайтинг» - это комплекс мероприятий (процедура) по принятию на страхование рисков по заявленному объекту путем оценки соответствия установленным критериям стандартности (типовым условиям), определения условий страхования объема страхового покрытия и тарифа из числа заранее

установленных вариантов. Иначе говоря, это базовый объем действий по андеррайтингу, который проводится в типичных случаях и осуществляется самим продавцом. Критериями «стандартности» (то есть отбора случаев, когда возможно применение стандартного андеррайтинга) выступает ограниченный набор показателей по объекту страхования (виды и состояние объектов, перечень и соблюдение мер безопасности), условиям страхового покрытия (набор рисков и страховых случаев, исключения из покрытия, базовые тарифы поправочные коэффициенты к ним, франшизы). Эти параметры указываются в страховом продукте, тарифном руководстве, условиях заключения договора, условиях продаж и иных инструктивных материалах для продавцов. Инструкция по андеррайтингу создается по определенному виду страхования и включает в себя:

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

Таким образом, для управлению убыточностью страхового портфеля «на входе» необходимо создание в структуре страховой компании эффективной системы оценки риска на этапе заключения договора страхования, т.е. андеррайтинга.

1.4. Общая схема регулирования (единая для всех видов страхования)

Урегулирование убытков обеспечивает формирование операционного результата «на выходе» через осуществление процесса выплат. Рассмотрим роль этого бизнес-процесса в операционной деятельности компании.

Сегодня значение эффективной системы урегулирования убытков все больше возрастает. В развитом мире рентабельность собственно страховых операций составляет всего 1–2%. По данным страховых компаний США, убыточность собственно страховых операций (combined loss ratio) в 2012 году составила порядка 98%. Основной доход западные страховые компании получают от инвестирования накопленных средств, при этом доля инвестиционного дохода иностранных страховщиков достигает 70–75% от общего объема дохода страховой компании.

В России ситуация совершенно другая. Компании не располагают достаточными инвестиционными ресурсами, так как находятся на стадии развития, которое требует больших финансовых затрат. В структуре доходов российского страхового бизнеса инвестиционный составляет не более 5–10% от полученных страховщиками доходов. Основной же доход отечественных страховщиков составляет операционный результат как разность между полученными премиями и произведёнными страховыми выплатами.

При этом необходимо отметить, что на сегодня уровень выплат на российском страховом рынке постоянно растёт очень высокими темпами. Поэтому вопрос управления выплатами для российских компаний является достаточно важным. Опыт рынка Центральной и Восточной Европы показывает, что уровень выплат только в автостраховании может быть снижен на 12–13% за счёт трёх основных факторов: централизации процесса урегулирования убытков, разработки и внедрения жёстких процедур, обучения персонала.

Таким образом, в сложившейся ситуации для российских страховых компаний важнейшим вопросом является правильное построение системы урегулирования убытков.

Построение системы урегулирования убытков предполагает:

1. Описание бизнес-процесса «урегулирование убытков», определение целей, задач и функций.

2. Создание специализированных подразделений, занимающихся урегулированием убытков.
3. Формирование системы развития, обучения и мотивации сотрудников службы урегулирования убытков.
4. Материально-техническое оснащение службы.
5. Внедрение технологий урегулирования убытков.
6. Регламентация системы урегулирования убытков.

Целью создания системы урегулирования убытков является сокращение сроков рассмотрения исков, улучшение качества послепродажного обслуживания клиентов, снижение уровня убыточности и средней выплаты по страховому случаю. При этом в бизнес-процессе реализуются следующие функции:

- методолого-аналитическая, которая предполагает разработку нормативной базы и стандартов, обучение экспертов и сотрудников продающих подразделений и агентов, анализ убыточности по продуктам, и каналам продаж, кроме того, выработку рекомендаций и предложений по доработке страховых продуктов и повышению рентабельности страховых операций, участие в разработке технического задания на автоматизацию бизнес-процесса; посредством этой же функции реализуется задача по выработке строгих стандартов урегулирования убытков;

- контрольная функция предполагает контроль страховых выплат по продуктам и целевым клиентским сегментам, за соблюдением нормативов, стандартов и процедур в обособленных подразделениях компании, здесь же реализуется контроль количества, качества и стоимости проводимых работ с сервисными и аутсорсинговыми компаниями и ведутся базы по учету убытков;

- практическая функция предполагает строгое соблюдение всех этапов бизнес-процесса, стандартов и процедур от заявления застрахованного до страховой выплаты.

Система урегулирования убытков страховой организации предполагает создание в компании специализированных подразделений. Перед руководством компании стоит задача выбрать модель такой службы. Для российского рынка сегодня характерно создание самостоятельных структурных подразделений по урегулированию убытков, другими словами в большинстве российских компаний подразделение по урегулированию убытков является централизованным на все виды страхования. Западные же компании строят эту систему, внедряя специализированное подразделение по урегулированию убытков непосредственно в каждое отдельное бизнес-направление. Еще одна модель организации урегулирования убытков – передача этих функций на аутсорсинг. Чаще всего в России в подобных ситуациях страховая компания и аутсорсер входят в одну холдинговую группу. На отечественном рынке встречаются и такие прецеденты, когда компании не имеют вообще обособленных подразделений по урегулированию убытков. Это характерно для мелких компаний, и происходит, естественно, от нехватки ресурсов. Характерной особенностью российских страховых компаний является такая модель системы урегулирования убытков, когда за центральным офисом остается методологическая разработка всей нормативной базы, контрольная функция и урегулирование убытков по сложным видам страхования, а остальные функции выполняются на местах в филиалах. Хотя уже сейчас есть примеры, когда урегулирование убытков в компании осуществляется только из Москвы. Например, в «Русском страховом центре» филиалы участвуют в процессе урегулирования убытков, собирая первичные документы. Но РСЦ – компания корпоративного страхования, а страховщик, занимающийся розничным автокаско и ОСАГО, урегулировать все убытки через центр не сможет, если он не обладает мощной IT-системой. А вот если IT-система позволяет, то тогда филиалы будут заниматься только продажами страховых услуг, что с моей точки зрения совершенно правильно. Однако большинство компаний не могут сегодня это сделать ввиду отсутствия ресурсов, технологий и так далее. Нужно понимать, что вследствие внедрения такой системы затраты по урегулированию убытков значительно

снижаются. Централизация процессов урегулирования убытков – это один из факторов сокращения расходов, он способствует не только снижению уровня выплат, но и снижает затраты на саму службу по урегулированию убытков. За счет централизации процессов урегулирования убытков можно снизить уровень средней выплаты на 3%.

Важная составляющая эффективной работы службы урегулирования убытков – это строгая регламентация и стандартизация ее деятельности. Последовательной стандартизации должны быть подвергнуты все бизнес-процессы, начиная от порядка проведения осмотров объектов, и заканчивая порядком расчета ущерба. В связи с этим встает вопрос компетентности персонала. Эта проблема является на сегодня одной из ключевых для российского рынка. Персонал необходимо обучать, мотивировать и сертифицировать. Как показывает мой опыт работы, только за счет обучения персонала, создания собственных экспертов и их сертификации, можно снизить выплаты на 10–15%.

Во многих компаниях сегодня не выстроена система мотивации персонала. Мотивировать сотрудников службы урегулирования убытков можно в зависимости от разных показателей: снижения уровня убыточности, снижения размера средней выплаты, количество рассмотренных дел в день, количество рассмотренных дел на одного сотрудника, удовлетворенность клиента службой урегулирования убытков, количество клиентов, которые пролонгировали договоры страхования после прохождения процедуры урегулирования убытков в этой компании и др. В РСЦ система урегулирования убытков построена таким образом, что подразделение по урегулированию находится внутри так называемых операционных управлений по видам страхования (куда входит еще андеррайтинг и отдел сопровождения), а начальник управления отвечает за операционный результат по виду страхования. Это позволяет связать мотивацию сотрудников с операционным результатом, достигнутым общими усилиями команды.

Понятно, что, для того, чтобы создать эффективную службу урегулирования убытков нужно осуществить инвестиции в развитие этой службы. При этом, по собственному опыту скажу, что один рубль, вложенный в создание службы в четыре раза дает больший эффект, нежели просто сокращение неоперационных расходов по компании. Вывод очевиден: хочешь управлять убытками – строй систему сегодня. Завтра это может оказаться поздно.

ТЕМА 2. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНА ПРОДАЖ И КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ОТКАЗОВ ОТ ПЕРЕЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРОДЛЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Анализ причин невыполнения плана продаж

Для анализа причин невыполнения плана продаж следует построить диаграммы «Соответствия» и «Ишикавы». Диаграммы позволяют систематизировать и оценить взаимосвязь между причинами. Одной из таких причин является сокращение клиентской базы. Используя инструмент «5 почему?» можно выяснить, что у истоков этой проблемы стоит то, что нет единой базы клиентов и при уходе страхового агента, часть контактов и наработок по клиентам, с которыми работал агент, теряется.

2.2. Изучение динамики выполнения плана продаж договоров с указанием тенденции к росту и снижению

Динамика продаж страховых договоров за 3 года представлена на рис. 4.



Рис. 4. Динамика страховых премий и рентабельности страховых компаний, 2009 – 2011 гг.

Значительное увеличение собранной премии в 2010 и 2011 гг. (8,6% и 19,1%) и продолжение роста рынка в 2012 году – основные факторы, влияющие на функционирование страховых компаний и способствующие росту страховых портфелей.

Для обеспечения дальнейшего роста объема премий, страховщикам необходимо сконцентрировать свои усилия на разработке новых страховых продуктов. Кроме того, страховые компании должны переориентироваться на неценовую конкуренцию и развитие технологий.

Модно выделить следующие способы снижения убыточности:

1. Сегментация клиентской базы – поиск низкоубыточных сегментов (например, страхование автокаско для опытных водителей, VIP-страхование).

2. Конкуренция на уровне сервиса:

- сервис при заключении и сопровождении договоров страхования («личные кабинеты» в Интернете, помощь в сборе справок при наступлении страхового случая);
- дополнительные услуги (например, такси на случай аварии, ремонтная бригада при затоплении квартиры). Кроме того, страховые компании получают от сервисных партнеров доход – комиссионное вознаграждение.

Повысить рентабельность можно также за счёт снижения расходов на ведение дела:

- снижение управленческих расходов – централизация системы урегулирования убытков;
- снижение аквизиционных расходов на привлечение клиентов: кросс-продажи (например, ДСАГО и страхование от НС вместе с ОСАГО), повышение лояльности

клиентской базы (повышение качества урегулирования убытков и использование показателя возобновления договоров в качестве KPI;

- снижение комиссии страховым посредникам – конкуренция на уровне сервиса («личные кабинеты» агентов).

Динамику собранных премий в разрезе основных страховых продуктов, предлагаемых на российской страховом рынке, можно представить графически (рис. 5).

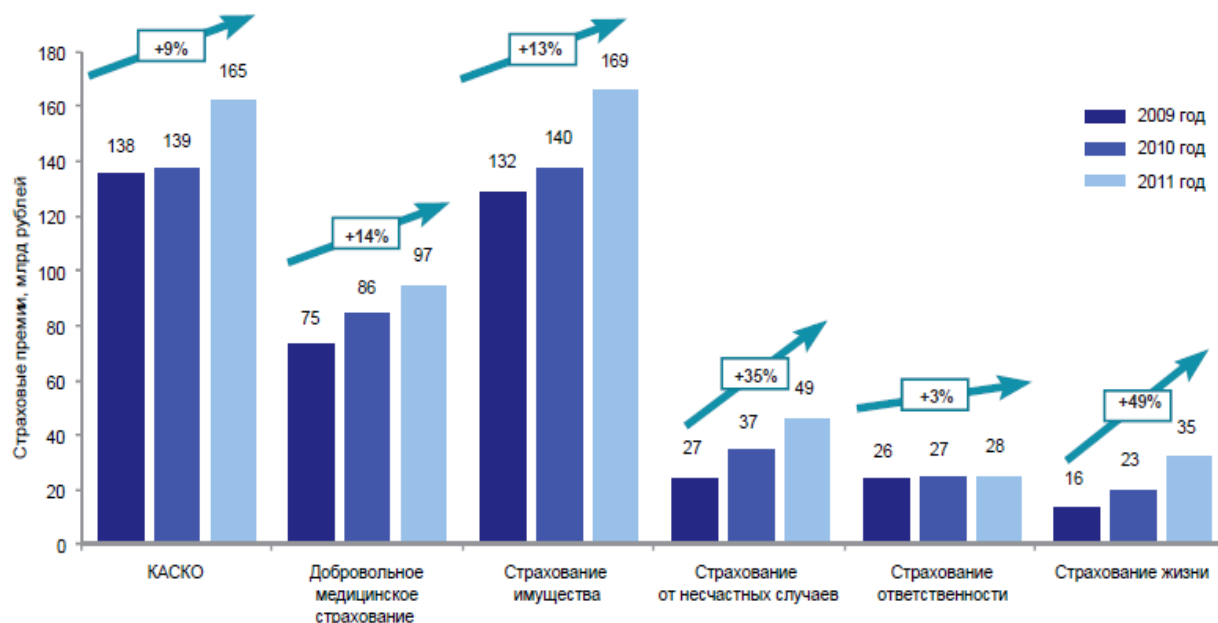


Рис. 5. Динамика страховых премий в разрезе продуктов

Таким образом, основной рост премии наблюдается в автостраховании и страховании имущества.

2.3. Качественный анализ отказов от перезаключения и продления договоров страхования

Общая характеристика потребления страховых услуг

Наиболее распространенными, как в рамках текущего, так и перспективного пользования, являются услуги ОСАГО (26% пользуются, 20% планируют). Сравнительно часто владельцы полиса ОСАГ являются одновременно и владельцами полиса каско (8% по факту, 6% в планах) и страховки на недвижимость (по 5%).

При этом только 9% страхователей имеют реальный опыт взаимодействия со страховыми компаниями на этапе выплат.

Наиболее распространёнными мотивами покупки страховых услуг является желание защитить своё имущество и обязательность страховки.

Мотивы отказа от покупки страховых услуг лиц, не имеющих ни одного полиса добровольного страхования: отсутствие имущества, которое было бы важно застраховать, или недостаточность денежных средств на его оплату.

Причины для отказа от услуг конкретной страховой компании - финансовые условия: повышение страховых взносов, низкие компенсационные выплаты, появление на рынке более выгодных ценовых предложений. Факторами второго порядка являются плохие отзывы о компании и низкий уровень обслуживания. Для определения распространённости мотивов переключения на услуги другой компании можно выделить три группы населения. Наиболее распространённым является кластер страхователей, ориентированных на цену (65%); реже встречаются группы, которые могут поменять

страховщика при неудовлетворительном качестве его работы (20%) или ухудшении его репутации (15%).

Среди поведенческих моделей выбора страховой компании со стороны потенциальных клиентов наиболее распространёнными являются: сравнение предлагаемых условий и ориентация на рекомендации друзей. Для активных клиентов чаще среднего встречается рациональная модель выбора одного из имеющихся предложений (45%), а также в равной степени проявляется ориентация на рекомендации друзей, знакомых (33%) и обращение в компанию, где раньше была страховка (29%).

При выборе страховой компании приоритетными характеристиками для опрошенных являются ее надежность (64%) и стоимость услуг (29%), а также рекомендации и оперативность выплат (по 19%).

ТЕМА 3. АНАЛИЗ СТРАХОВЫХ ОПЕРАЦИЙ И РЕНТАБЕЛЬНОСТИ

3.1. Информационная база для анализа страховых операций. Приемы финансового анализа

Информация о фактах хозяйственной жизни является объектом бухгалтерского учёта, а бухгалтерская (финансовая) отчётность является информационной базой для анализа деятельности страховщика. Для финансового анализа основной и доступной является публичная отчётность: форма № 1 - страховщик «Бухгалтерский баланс страховой организации», форма № 2 - страховщик «Отчёт о прибылях и убытках страховой организации».

Бухгалтерский баланс представляет собой способ периодического обобщённого выражения состояния средств страховой организации на определённую дату. Бухгалтерский баланс в первую очередь даёт возможность проанализировать общее финансовое состояние страховщика, представляя данные о средствах (активах) и их источниках (пассивах).

Для решения проблемы «наглядности» бухгалтерского баланса страховщика в целях финансового анализа страховой организации, необходимо раскрыть структуру состава активов страховой организации и источников их формирования. Структурно баланс страховой организации состоит из двух крупных блоков - актива и пассива. Условно в активе выделяются внеоборотные и оборотные активы, в пассиве - капитал и резервы, страховые резервы, долгосрочные и краткосрочные обязательства. Каждый из перечисленных разделов баланса состоит из крупных подразделов (см. табл. 3).

Таблица 3

Структура бухгалтерского баланса страховой организации

АКТИВ	ПАССИВ
I. Активы: Внеоборотные активы	II. Капитал и резервы
Оборотные активы	III. Страховые резервы
	IV. Обязательства:
	Долгосрочные обязательства
	Краткосрочные обязательства

Существуют различные интерпретации актива баланса. Согласно первой трактовке в активе баланса отражаются состав, размещение и фактическое целевое использование средств предприятия. Таким образом, актив баланса показывает, во что вложены ресурсы и каково функциональное назначение приобретённых хозяйственных средств. Также предполагается, что все компоненты актива могут быть подтверждены инвентаризацией, т. е. упор делается на вещностную природу представленных в активе объектов учёта.

Вторая трактовка заключается в рассмотрении актива баланса, как совокупности расходов предприятия, понесённых им в ходе предшествующих операций и финансовых сделок ради возможных будущих доходов. При таком подходе, условно называемом расходно-результативным, акцент ставится на факт вложения средств, подчёркивается финансовая природа отражаемых в активе объектов.

Интерпретация пассива баланса также не однозначна. С юридической точки зрения пассив баланса может трактоваться как сумма обязательств предприятия, поскольку он отражает отношения, возникающие в процессе привлечения средств. В таком понимании элементы пассива рассматриваются, прежде всего, как финансовые средства.

С экономической же точки зрения пассив представляет собой свод источников средств: каждая статья пассива в этом случае условный источник предоставления средств. Логика этого подхода заключается в том, что источники средств и сами средства -

абсолютно разные категории и поэтому должны быть представлены в различных разделах баланса (первые - в его пассиве, вторые - в активе).

Очевидно, что денежная оценка всех хозяйственных средств предприятия и денежная оценка всех источников хозяйственных средств совпадают это просто одни и те же объекты бухгалтерского учёта, рассматриваемые с разных точек зрения.

Отчёт о прибылях и убытках страховой организации предназначен для характеристики финансовых результатов деятельности страховщика за отчётный период. Отчёт о прибылях и убытках также содержит сведения о движении денежных средств (доходы и расходы по страховым и другим операциям) и даёт возможность выявить основные факторы, оказавшие существенное влияние на конечный финансовый результат.

Структурно отчёт о прибылях и убытках страховой организации состоит из трёх разделов, где в разделе I «Страхование жизни» и в разделе II «Страхование иное, чем страхование жизни» представлены результаты страховых операций. Это своего рода «выручка страховщика», исчисленная маржинальным методом. В разделе III «Прочие доходы и расходы, не отнесённые в разделы I и II» представлены данные результатов по инвестиционным и финансовым операциям, которые следует исчислить. Кроме этого, по статье 300 «Чистая прибыль (убыток) отчётного периода» формы №2 - страховщик, представлен общий финансовый результат деятельности страховой организации.

3.2. Обобщающие показатели анализа страховых операций: объем полученных страховых премий, сумма произведенных страховых выплат, количество заключенных договоров, средний взнос на один договор

Анализ страховых операций, как специфическое направление финансового анализа страховой организации, представляет собой оценку эффективности управления страховым портфелем с целью принятия управленческого решения. Информационной базой для анализа страховых операций служит финансовая и статистическая отчётность страховой организации.

Финансовый анализ страховых операций проводится с помощью таких приемов, как группировка, сравнение, выделение «узких мест», разложение обобщающих показателей на частные, факторный анализ и др. Однако специфика объекта анализа (страховые операции с вероятностным характером страхования) порождает и некоторые его особенности. Прежде всего, это связано с применением множества специфических показателей, в частности, таких как страховой портфель, средняя страховая сумма, убыточность страховой суммы, уровень выплат и т.д. Кроме того, следует учитывать, что твердого обоснования рекомендованных значений (нормативов) показателей анализа страховых операций нет, а применяемые инструменты (расчетные формулы), взятые из практики Госстраха, не учитывают изменений эксплуатационного цикла страховщика.

В задачи финансового анализа страховых операций входит оценка их влияния на формирование финансового результата деятельности страховщика. Страховые операции в общем виде можно представить как заключение договоров страхования и осуществления страховых выплат по ним. Заключение договоров связано с получением страховых премий, которые являются основным источником доходов страховщика. Отсюда наиболее обобщающие показатели анализа страховых операций – это объем полученных страховых премий и суммы произведённых страховых выплат.

Следует отметить, что сумма страховых взносов – это синтезированное выражение показателей количества действующих договоров и среднего взноса по видам страхования, причём количество действующих договоров, в свою очередь, формируется под воздействием величины страхового поля и страхового портфеля, а средний взнос – под воздействием страхового тарифа и страховой суммы. Иначе говоря, в системе показателей основным является объем поступивших премий.

Поступление страховых премий зависит от ряда факторов как экономического, так и социального характера. В частности, в процессе анализа страховых операций большое

внимание уделяется таким показателям, как количество заключенных договоров и средний взнос на один договор. Количество заключенных договоров, в свою очередь, зависит от платёжеспособности потенциальных страхователей, доступности страховых тарифов, профессионализма страховых агентов и ставки комиссионного вознаграждений и заключение договоров. Средний же взнос по одному договору страхования формируется под воздействием средней страховой суммы по одному договору и среднесложившегося страхового тарифа.

Факторный анализ открывает широкие возможности в изучении доходов страховщика. Он позволяет не только выявить факторы, оказывающие как положительное, так и отрицательное влияние на поступление страховых премий, но и измерить величину этого влияния на поступление страховых премий, но и измерить величину этого влияния на финансовую устойчивость.

Базой процесса страхования служит *страховое поле* — максимальное количество объектов, которое может быть охвачено страхованием, а фактическое число застрахованных объектов, конечно, меньше и выражается в процентах охвата, страхового поля.

Возможное при этом *страховое событие* — это потенциальный, гипотетический страховой случай, на предмет которого производится страхование (несчастный случай, болезнь, дожитие до определённого возраста, квартирная кража, пожар, автомобильная авария и т.д.).

Страховой случай — это свершившееся страховое событие, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести оплату страхователю или указанному им лицу.

При страховом случае с личностью страхователя или третьего лица выплата называется *страховым обеспечением*, а при страховом случае с имуществом — *страховым возмещением*. Страховое обеспечение выплачивается независимо от сумм, причитающихся получателям по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения ущерба.

Абсолютные показатели:

- страховое поле или число хозяйств (N_{max});
- общая численность застрахованных объектов или заключённых договоров — страховой портфель (N);
- число страховых случаев (n);
- число пострадавших объектов (n_n);
- страховая сумма всех застрахованных объектов (S);
- страховая сумма пострадавших объектов (S_n);
- сумма поступивших страховых платежей (V), %;
- сумма страховых выплат (W);
- общая сумма страховых выплат (Π).

Средние показатели:

1. Средняя страховая сумма застрахованных объектов:

$$\bar{S} = \frac{S}{N} \quad (1)$$

2. Средняя страховая сумма пострадавших объектов:

$$\bar{S}_r = \frac{S_r}{N_r} \quad (2)$$

3. Средний размер выплаченного страхового возмещения по объекту:

$$\overline{W} = \frac{W}{n_I} . \quad (3)$$

3. Средний размер страхового платежа (взноса):

$$\overline{V} = \frac{V}{N} . \quad (4)$$

Данные показатели используются для характеристики деятельности страховых компаний и анализа.

Относительные показатели:

1. Степень охвата страхового поля:

$$d = \frac{N}{N_{\max}} . \quad (5)$$

2. Степень охвата объектов добровольным страхованием:

$$d_A = \frac{N_A}{N_{\max}} , \quad (6)$$

где N_A — количество застрахованных объектов в добровольном порядке;

Этот показатель используется для характеристики уровня развития добровольного страхования.

3. Доля пострадавших объектов:

$$d_I = \frac{n_I}{N} . \quad (7)$$

Этот показатель характеризует удельный вес объектов, которые были повреждены в отчетном периоде.

4. Частота страховых случаев:

$$d_C = \frac{n_I}{N} \cdot 100 . \quad (8)$$

Частота страховых случаев показывает, сколько страховых случаев приходится в расчете на 100 застрахованных объектов (заключенных договоров).

5. Уровень опустошительности страховых случаев:

$$K_0 = \frac{n_I}{n_C} . \quad (9)$$

Этот показатель характеризует силу одного страхового случая (урагана, землетрясения, градобития и др.), выражающегося в масштабах разрушения.

6. Показатель полноты уничтожения:

$$K_I = \frac{W}{S_I} . \quad (10)$$

Этот показатель характеризует удельный вес суммы возмещения в страховой сумме пострадавших объектов. Предельное значение показателя не превышает 1.

7. Коэффициент выплат страхового возмещения

$$K_{ав} = \frac{W}{V} \quad (11)$$

Этот показатель характеризует размер выплат страхового возмещения на 1 (100) руб. поступивших страховых платежей и может быть использован для анализа финансового состояния страховых компаний. Чем меньше значение этого показателя, тем рентабельнее страховое учреждение.

8. Тяжесть риска

$$T_{\bar{S}} = \frac{\bar{S}_i}{\bar{S}} \quad (12)$$

9. Абсолютная сумма дохода страховых организаций

$$\Delta \bar{A} = V - W \quad (13)$$

10. Относительная доходность (процент дохода) страховых организаций

$$K_A = \frac{V - W}{V} \quad (14)$$

11. Уровень взносов по отношению к страховой сумме

$$K_{вт} = \frac{V}{S} \quad (15)$$

Этот показатель выражает размер взноса страховых платежей на 1 (100) руб. страховой суммы. Исчисленный числом по страховой компании показатель представляет сложившуюся усредненную ставку страховых платежей по всем видам застрахованного имущества.

12. Также одним из важнейших статистических показателей имущественного страхования является *уровень убыточности страховых сумм q*, представляющий собой долю суммы выплат страхового возмещения страховой сумме застрахованного имущества S, т. е.:

$$q = \frac{W}{S}, \quad (16)$$

по совокупности объектов

$$q = \frac{\sum W}{\sum S}, \quad (17)$$

$$\text{или} \quad q = \frac{\bar{W} \cdot n}{\bar{S} \cdot N}, \quad (18)$$

где $\overline{W}$ - средняя сумма страхового возмещения,

$$\overline{W} = \frac{\sum W}{N}, \quad (19)$$

$\overline{S}$ — средняя страховая сумма застрахованных объектов,

$$\overline{S} = \frac{\sum S}{N}, \quad (20)$$

n — число пострадавших объектов;

N — общее количество застрахованных объектов

$$\text{Если } \frac{n}{N} = d, \text{ то} \quad (21)$$

$$q = \frac{\overline{W}}{\overline{S}} \cdot d$$

$$K_T = \frac{\overline{W}}{\overline{S}}$$

13. Отношение (22)

называют *коэффициентом тяжести страховых событий*, следовательно:

$$q = K_T \cdot d \quad (23)$$

Динамику убыточности страховых сумм можно охарактеризовать **системой индексов**:

$$I_{\overline{q}} = \frac{I_{\overline{W}}}{I_{\overline{S}}} \cdot I_d, \quad (24)$$

$$\text{или } I_{\overline{q}} = I_{K_T} \cdot I_d \quad (25)$$

Используя связь показателей:

$$q = K_T \cdot d \quad (26)$$

и систему взаимосвязанных индексов, можно определить по страховой организации *абсолютный прирост (снижение)* уровня убыточности страховых сумм, обусловленный изменением уровня тяжести страховых событий и доли пострадавших объектов:

$$\Delta q = \Delta^T \cdot q + \Delta^d \cdot q, \quad (27)$$

$$\text{или } \Delta q = (K_{T1} - K_{T0}) \cdot d_1 + (d_1 - d_2) \cdot K_{T0}. \quad (28)$$

Средний уровень убыточности может быть рассчитан по формуле:

$$\overline{q} = \frac{\sum q}{n}, \quad (29)$$

где q — уровень убыточности отдельных видов имущества.

Средний уровень убыточности страховых сумм в общей сумме застрахованного имущества, т.е.

$$\bar{q} = \sum q \cdot d_s, \quad (30)$$

где d_s - доля страховой суммы отдельных видов застрахованного имущества в общей его страховой сумме по организации.

Для характеристики относительного измерения среднего уровня убыточности страховых сумм строится система индексов: переменного состава, постоянного состава и структурных сдвигов:

- индекс средней убыточности переменного состава:

$$I_{\bar{q}} = \frac{\sum q_1 \cdot d_{s1}}{\sum q_0 \cdot d_{s0}}; \quad (31)$$

- индекс средней убыточности постоянного состава:

$$I_q = \frac{\sum q_1 \cdot d_{s1}}{\sum q_0 \cdot d_{s1}}; \quad (32)$$

- индекс структурных сдвигов:

$$I = \frac{\sum q_0 \cdot d_{s1}}{\sum q_0 \cdot d_{s0}}; \quad (33)$$

На основе этих индексов рассчитывают абсолютное изменение средней убыточности:

$$\Delta \bar{q} = \Delta^q \cdot \bar{q} + \Delta^d \cdot \bar{q}; \quad (34)$$

$$K_{\bar{q}} = t \cdot \sqrt{\frac{1 - q}{N_q}}. \quad (35)$$

3.3. Анализ динамики средних показателей (средняя страховая сумма на один договор, средний взнос на один договор, средняя нагрузка на одного страхового агента)

Факторный анализ открывает широкие возможности в изучении доходов страховщика. Он позволяет не только выявить факторы, оказывающие как положительное, так и отрицательное влияние на поступление страховых премий, но и измерить величину этого влияния на финансовую устойчивость. Наглядно это иллюстрирует динамика средних показателей (по видам страхования) (табл. 4).

Таблица 4

Динамика средних показателей (по видам страхования)

Показатели	Кварталы (годы)			
	1-й	2-й	3-й	4-й
Страховая сумма, тыс.руб.	6345,5	6599,3	6863,2	7137,7
Количество договоров страхования, ед.	49207	51175	53222	55350
Средняя страховая сумма на один договор, тыс. руб.	128,9	128,9	128,9	128,9

Сумма полученных страховых премий, тыс. руб.	8603,5	8947,6	9305,5	9677,7
Средний взнос на один договор, тыс. руб.	0, 175	0, 175	0, 175	0, 175

Количество действующих договоров и их увеличение в значительной мере обусловлены нагрузкой на одного страхового агента. Поэтому при анализе особое внимание уделяется вопросам работы страховых агентов по заключению новых и возобновляемых договоров, обеспечению прироста месячного взноса, сокращению количества досрочно прекращенных договоров (табл. 5) - как показатель результативности труда страховых агентов. Однако рост нагрузки не может быть бесконечным, так как с увеличением нагрузки может снизиться качество страхового обслуживания.

Таблица 5

Динамика средней нагрузки на одного страхового агента

Показатели	Кварталы (годы)			
	1-й	2-й	3-й	4-й
Сумма полученных страховых премий, тыс. руб.	8603,5	8947,6	9305,5	9677,7
Количество действующих договоров страхования, ед.	49207	51175	53222	55350
Численность страховых агентов, чел.	52	54	61	57
Нагрузка на одного агента по договорам, ед.	946,2	947,7	872,5	971,1
Нагрузка на одного агента по премиям, тыс. руб.	165,4	165,4	152,5	169,8

3.4. Анализ расходов страховщика: анализ страховых выплат, расходов на ведение дела

В центре финансового анализа всегда остается анализ доходов и расходов страховщика.

По удельному весу и по значимости основной статьей расходов в страховой организации являются страховые выплаты. Анализ страховых выплат следует начинать с исследования динамических рядов объема выплат. Динамические ряды показателя объема выплат разрабатываются с помощью статистических методов: определяются темпы роста и прироста этих величин, цепные и базисные индексы. На данном этапе анализа выявляются виды страхования, выплаты по которым растут наиболее высокими темпами. Развернутая характеристика темпов роста страховых выплат служит базой финансового планирования, расчета себестоимости страховых услуг.

На следующем этапе анализа рассчитывается величина средней выплаты на один договор по каждому виду страхования и по каждому варианту ответственности. Динамику выплат по страхованию жизни отражает прежде всего рост страховой суммы или увеличение числа досрочно прекращенных договоров, в имущественном страховании - повышение количества страховых случаев или степени ущерба и т.д. При анализе объема выплат выявляется влияние как средней выплаты, так и количества выплат.

Важным элементом расходов страховщика являются расходы на ведение дела (РВД). Их анализ начинается с изучения динамики этого показателя и его структуры по основным статьям затрат (табл. 6). В состав расходов на ведение дела (вместе с комиссионным вознаграждением за заключение договоров страхования) включаются также налоги и сборы, уплачиваемые независимо от результатов финансовой деятельности страховой организации (налог на имущество, транспортный налог и т.п.).

Фактическую сумму РВД по какому-либо виду страхования следует сравнивать с нормативной, заложенной в тарифных ставках по видам страхования.

Таблица 6

Структура расходов на ведение дела

Показатели	Кварталы (годы)			
	1-й	2-й	3-й	4-й
Общая сумма расходов на ведение дела (РВД), тыс. руб.	2987,1	3452,7	4110,5	5891,7
Расходы на оплату труда, % к общей сумме РВД	7,3	9,8	10,7	12
Хозяйственные и канцелярские расходы, % к общей сумме РВД	1,7	2,2	3,0	3,8
Командировочные расходы, % к общей сумме РВД	0,2	1,4	2,7	3,2
Другие общехозяйственные расходы, % к общей сумме РВД	2,8	1,6	3,6	1,0

Анализ себестоимости страховых операций основан на изучении динамики относительных показателей - *затрат на рубль страховых взносов*. Себестоимость страховых операций определяется по формуле:

$$C_{с.о} = \frac{РВД}{СП},$$

(36)

где РВД - расходы на ведение дела по виду страхования (или в целом);
 СП - страховые премии (взносы) по виду страхования (или в целом).

Показатель $C_{с.о}$ - это фактически доля расходов на ведение дела в общем объеме поступлений. Зависимость здесь обратная: чем ниже значение этого показателя, тем эффективнее работает страховая организация. Среднее нормативное значение расходов на ведение дела (в международной практике - аквизиционные расходы) составляет 12%.

3.5. Анализ себестоимости страховых операций. Анализ сбалансированности, структуры, однородности страхового портфеля

Анализ страховых операций проводится в рамках определенной совокупности - страхового портфеля.

В литературе понятие страхового портфеля используется для обозначения совокупности страховых взносов (премий), принятой данной страховой организацией и характеризующей общий объем ее деятельности. Страховой портфель может также обозначать количество застрахованных объектов, число договоров страхования, а также размер общей страховой суммы. Как видим, «страховой портфель» - многозначное понятие, что необходимо учитывать и при анализе страхового портфеля, и в целом в управлении страховым делом.

Страховой портфель в значении количества договоров, совокупной страховой суммы и объема страховых премий в определенной мере характеризует также обязательства страховщика. В значении количества застрахованных объектов страховой портфель дает количественную характеристику страховой совокупности по состоянию на определенную дату. Качественные признаки страховой совокупности определяются рисковыми характеристиками объектов страхования, входящих в неё.

Итак, страховой портфель - это фактическое количество застрахованных объектов или число договоров страхования, документально подтвержденных в делах страховщика. В Законе РФ «Об организации страховой деятельности на территории РФ» **страховой портфель** определяется как обязательства страховщика, принятые им по договорам страхования. Величина обязательств страховщика выражается объемом страховой премии (ст. 010, ст. 080 ф. № 2-страховщик «Отчет о прибылях и убытках страховой организации»). Реальный страховой портфель отличается от расчетного. Это значит, что страховые тарифы, рассчитанные для ожидаемого портфеля, применяются для портфеля с другими характеристиками.

Формирование рационального страхового портфеля - фундамент всей дальнейшей страховой деятельности страховщика. В теории страхового дела сформулированы принципы, которыми должен руководствоваться страховщик при формировании страхового портфеля, однако в реальных рыночных условиях экономические, юридические, психологические и другие обстоятельства осложняют их реализацию. Основными принципами формирования сбалансированного страхового портфеля являются его рациональная достаточная величина, однородность, равновесие и стабильность. Главная цель формирования страхового портфеля состоит в достижении оптимального соотношения риска и дохода. Соблюдение принципов формирования страхового портфеля, как условие снижения риска потерь, берется за основу анализа его сбалансированности.

В общем виде сбалансированный страховой портфель можно оценить через одноименный коэффициент $K_{с.с.н.}$, исчисляемый как отношение сумм нетто-премии к объему брутто-премии и изменениям страховых резервов:

$$K_{с.с.н.} = \frac{СП_n}{СП_б + ИСР}, \quad (37)$$

где $СП_n$ - страховые премии (взносы) - нетто-перестрахование (стр. 010, стр. 080, ф. № 2);

$СП_б$ - страховые премии (взносы), всего (стр. 011, стр. 081, ф. № 2);

$ИСР$ - изменения страховых резервов (стр. 040, стр. 090, ф. № 2).

Коэффициент сбалансированности страхового портфеля показывает долю превышения поступлений над выплатами, т.е. обеспеченность страховых выплат средствами страховых резервов. Рекомендованное значение $K_{с.с.н.}$ по накопительным видам страхования составляет 20, по рисковому виду страхования - более 50. Коэффициент позволяет мгновенно определить правильность построения тарифных ставок по видам страхования иным, чем страхование жизни, и по страхованию жизни. Сравнивая его среднее значение с рекомендуемым, можно узнать, правильно ли в страховой организации осуществлялся андеррайтинг по уже заключенным договорам, является ли страховой портфель высокорискованным или же сбалансированным.

Анализ страхового портфеля относится к сфере внутреннего финансового анализа деятельности страховой организации. И все расчеты по оценке доходности, убыточности и эффективности операций по управлению страховым портфелем являются коммерческой тайной страховщика. Главная цель финансового анализа страхового портфеля - это оценка эффективности управления страховыми операциями, что, в свою очередь, предполагает их детальный анализ. Классический страховой портфель состоит из набора традиционных страховых услуг, представляемых согласно договорам личного и имущественного страхования. Сочетание разнородных рисков (например, накопительное - страхование жизни и компенсационное - страхование строений) недопустимо, ибо возникает проблема специализации страховщиков (по видам страхования), что только подчеркивает важность

изучения структуры страхового портфеля, его величины, однородности, равновесия и стабильности.

Структура страхового портфеля определяется как доля каждой совокупности договоров по видам страхования (в %) в общей величине страхового портфеля. Наименьший удельный вес вида договоров страхования, с позиций закона больших чисел, указывает на наибольшую вероятность наступления страховых случаев по ним, т.е. на ближайшие убытки по страховым выплатам. При анализе учитываются как количество договоров, так и объемы страховых премий, полученных по ним.

Величину страхового портфеля характеризуют количество договоров страхования, число застрахованных объектов и объем страховых премий (взносов). Страховая премия - это привлеченный (заемный) капитал, выражающий объем обязательств страховщика и служащий источником его дохода. Источником формирования страхового портфеля является поступление страховых премий, объем которых зависит от количества заключаемых договоров страхования. Число действующих договоров страхования, в свою очередь, определяется количеством заключенных и прекращенных договоров в отчетном периоде. Эти показатели, как и объемы страховых премий, анализируются в динамике по абсолютным и относительным величинам. Информационной базой анализа здесь служат данные статистических отчетов.

Большое внимание следует уделять анализу динамики стоимостных средних и относительных показателей, позволяющему выявить факторы, оказывающие влияние на рост (или снижение) поступлений страховых премий и числа заключенных договоров по каждому виду страхования. Это показатели средней страховой суммы, среднего взноса (страховых премий) и средней тарифной ставки на один договор (или однородную группу объектов страхования). Рост страховых премий и числа договоров страхования должен сопровождаться соответствующим ростом средних и относительных показателей. Однако возможен рост страховых премий при росте средней страховой суммы и снижении средней тарифной ставки, а также числа заключаемых договоров страхования. Если число договоров не растет или уменьшается, это свидетельствует об ухудшении работы страховщика и об ухудшении финансовой устойчивости страховых операций.

Однородность страхового портфеля оценивается по размеру страховой суммы и по величине риска. Для оценки однородности может быть использован показатель рассеивания страховой суммы, отражающей долю договоров с максимальными и минимальными размерами страховых сумм. Критерием однородности формирования страхового портфеля по страховым суммам выступает их нормальное распределение. При оценке степени однородности рисков руководствуются разбросом полученных значений.

В математической статистике нормальное распределение играет роль некоторого стандарта, с которым сравнивают другие распределения. При нормальном распределении наиболее вероятным значением случайной величины признается средняя арифметическая. Для проверки страховых сумм на однородность можно использовать статистический пакет «Stadia».

Величина риска по конкретному договору страхования, определенная до момента включения его в страховой портфель, находит отражение в страховом тарифе по виду страхования. Поэтому важно исследовать обоснованность применения тарифных ставок при заключении договоров страхования с целью установления степени риска по ним. Стремление к выравниванию страховых сумм породило потребность в перестраховании, когда страховщик исходя из своих финансовых возможностей оставляет на своей ответственности только часть застрахованного риска (собственное удержание), а другая часть передается другому страховщику.

Равновесие страхового портфеля - это оценка финансовой устойчивости страховых операций. Существует несколько подходов к оценке финансовой устойчивости страховых операций. При однородности страхового портфеля финансовая устойчивость страховых операций оценивается с использованием «коэффициента Ф.В. Коньшина»:

$$K = \sqrt{\frac{1-q}{n \cdot x \cdot q}}, \quad (38)$$

где q - средняя тарифная ставка по всему страховому портфелю;
 n - число застрахованных объектов.

Чем меньше значение коэффициента, тем выше финансовая устойчивость страховых операций. На величину показателя K , как видно из формулы, размер страховой суммы по договорам страхования не влияет. Показатель находится в обратной зависимости от числа договоров страхования и размера средней тарифной ставки, иными словами, чем больше заключено договоров страхования и выше размер страхового тарифа, тем меньше значение коэффициента и соответственно тем выше финансовая устойчивость страховых операций.

Стабильность страхового портфеля достигается при соблюдении обозначенных выше принципов. В частности, возобновление договоров страхования, превышение числа вновь заключенных договоров над числом договоров, по которым истек срок страхования, а также превышение объема страховых премий над объемом страховых выплат и экономия по расходам на ведение дела свидетельствуют о стабильности страхового портфеля конкретного страховщика, чему предшествует глубокий факторный анализ страховых операций.

3.6. Оценка убыточности страховых операций. Оценка финансовой устойчивости страховых операций

В теории страхового дела и на практике часто происходит подмена понятий «финансовая устойчивость страховых операций» и «финансовая устойчивость страховой организации». В отечественных трудах по теории страхового дела под финансовой устойчивостью страховых операций понимается постоянное сбалансирование или превышение доходов над расходами страховщика в целом по страховому фонду. Для оценки финансовой устойчивости страховых операций применяется расчетная формула Ф.В. Коньшина по оценке финансовой устойчивости страхового фонда $Kф.у$ как отношение доходов к расходам за тарифный период:

$$Kф.у = \frac{Д+З}{Р}, \quad (39)$$

где $Д$ – сумма доходов страховщика за тарифный период;
 $З$ – сумма средств в запасных фондах;
 $Р$ - сумма расходов страховщика за тарифный период.

Нормальным считается значение $Kф.у > 1$, когда сумма доходов с учетом страховых расчетов превышает все расходы страховщика.

На величину коэффициента финансовой устойчивости страховых операций оказывают влияние два фактора: число договоров и изменение убыточности страховой суммы. Увеличение значения этого коэффициента может быть достигнуто за счет роста числа договоров.

Применение данного коэффициента для оценки финансовой устойчивости страховых операций в современных условиях страхового рынка, когда финансовые средства страховщика обособлены, резко изменились их кругооборот, а также подход к формированию и определению состава расходов, затруднительно.

Оценивая финансовую устойчивость страховых операций, следует исходить из того, что при расчете страховых тарифов страховщик соблюдает главный принцип страхования - эквивалентность отношений страховых сторон. Страховщик считает, что ему необходимо собрать столько страховых премий, сколько потребуется для будущих

страховых выплат. Данное равенство, указывая на точку финансового равновесия, тем самым определяет финансовую устойчивость страховых операций. Превышение объема страховых премий над объемом страховых выплат (выручка страховщика) свидетельствует об эффективности страховых операций.

Концептуально оценить финансовую устойчивость страховых операций ($\Phi U_{c.o}$) по рисковому виду страхования возможно путем сопоставления показателей убыточности страховой суммы ($U_{c.c}$ - норма выплат) и убыточности страховых операций ($U_{c.o}$ - уровень выплат). Убыточность страховой суммы определяется как отношение объема страховых выплат к совокупной страховой сумме по заключенным договорам страхования и является основой нетто-части страховых тарифов по видам страхования. Убыточность страховых операций определяется как отношение объема страховых выплат-нетто к объему страховых премий-нетто (расчет производится с точностью до сотых). Следовательно, должно соблюдаться условие $U_{c.c} \geq U_{c.o}$. Если уровень выплат (фактическая убыточность) превышает норму выплат (расчетную убыточность), значит страховые тарифы рассчитаны неверно и страховые операции убыточны, т.е. финансово неустойчивы.

Наиболее точную оценку убыточности страховых операций дает расчет коэффициентов убыточности по видам страховых резервов. В связи с этим показатель убыточности страховой суммы можно представить в следующем виде:

$$U_{c.c} = \frac{CB_c \cdot CB_k}{CC_c \cdot CD_k}, \quad (40)$$

где CB_c - средняя сумма выплат по одному договору;

CB_k - количество произведённых страховых выплат;

CC_c - средняя страховая сумма по одному договору; CD_k - количество действующих договоров страхования.

С учетом влияния страховых резервов показатель убыточности страховых операций будет выглядеть как:

$$U_{c.o} = \frac{CB_o + PY_k}{RNP_n + СП_o - RNP_k}, \quad (41)$$

где CB_o - страховые выплаты за отчётный период;

PY_k - резервы убытков на конец отчётного периода;

RNP_n - резерв незаработанной премии на начало отчётного периода;

RNP_k - резерв незаработанной премии на конец отчётного периода;

$СП_o$ - страховые премии (взносы) за отчетный период.

При оценке финансовой устойчивости страховых операций можно воспользоваться директивами ЕС по страхованию (от 24.07.1973 г.), учитывая современные условия страхового рынка. Приведем некоторые из формул расчета финансовой устойчивости страховых операций. Так, фонд предстоящих выплат F рассчитывается по следующей формуле:

$$F = a \cdot n \cdot q, \quad (42)$$

где a - средняя страховая сумма на один договор или объект страхования;

n - количество договоров страхования;

q - вероятность убыточности, или нетто-ставка, приходящаяся на 100 руб. страховой суммы.

С учетом вероятности безубыточности операций $(1 - q)$ среднее квадратическое отклонение R определяется как:

$$R = a \sqrt{n \cdot q \cdot (1 - q)} \quad (43)$$

Коэффициент финансовой устойчивости страховых операций составит:

$$K_{\text{фy}} = R/F, \quad (44)$$

рекомендуемое значение $K < 0,1$. На величину коэффициента финансовой устойчивости страховых операций оказывают влияние два фактора: число договоров и вероятность убыточности. Увеличение значения этого коэффициента может быть достигнуто за счёт роста числа договоров.

Анализ финансовой устойчивости страховых операций непосредственно связан с анализом страхового портфеля, который, по сути, выявляет специфику деятельности страховщика и предполагает различные подходы.

3.7. Оценка эффективности страховых операций. Оценка рентабельности страховых операций на рубль собственного капитала и рентабельности страховых операций на рубль страховых взносов

Эффективность страховых операций $ПЭ_{с.о}$ можно определить как отношение технического результата к нетто-премии:

$$ПЭ_{с.о} = \frac{BC}{СП_n} \cdot 100, \quad (45)$$

где BC - выручка страховщика или технический результат по операциям страхования (стр. 010-стр. 030; стр. 080-стр. 110, ф. №2);

$СП_n$ - нетто-премии (стр. 010; стр. 080, ф. № 2).

Значение $ПЭ_{с.о}$ должно быть больше 15%.

Для оценки эффективности политики страховой компании рассчитывается показатель рентабельности страховых операций на рубль собственного капитала ($ПР_{с.к}$). Это, по сути, модифицированная формула Дюпона, где чистая прибыль соотносится с собственным капиталом:

$$ПР_{с.к} = \frac{ЧП}{СК} \times 100 \quad (46)$$

При анализе финансово-экономической ситуации в страховой компании используется показатель рентабельности страховых операций в расчете на рубль себестоимости. Под себестоимостью, как отмечалось, понимается отношение расходов страховщика (сумма страховых выплат, отчислений в страховые резервы и расходов на ведение дела) к объему страховой премии. Отношение чистой прибыли к себестоимости - это устаревший показатель страховой деятельности, который был применим в условиях плановой экономики. В современных условиях чаще соотносят чистую прибыль с объемом страховых взносов, получая значение *рентабельности страховых операций на рубль страховых взносов* ($ПР_{с.о}$):

$$ПР_{с.о} = \frac{ЧП}{СП},$$

(47)

где $ЧП$ - чистая прибыль (стр. 300, ф. № 2);

$СП$ - объем страховых премий (стр. 011, стр. 081, ф. № 2).

Полученные значения рентабельности показывают, какой доход в течение года получал страховщик с 1 руб. собственного капитала или с 1 руб. страховой премии, но в любом случае видно, что формирование рентабельности происходило под влиянием результата страховых операций.

ТЕМА 4. АНАЛИЗ ФИНАНСОВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

4.1. Финансовый результат деятельности страховщиков. Его экономическая природа

В рыночных условиях повышается ответственность и самостоятельность предприятий в выработке и принятии управленческих решений по обеспечению эффективности их деятельности, по достижению высоких финансовых результатов. Рассматривая значимость и важность этого направления финансового анализа для страховых организаций, остановимся прежде всего на экономической природе финансового результата.

Финансовый результат страховой организации - экономический итог финансово-хозяйственной деятельности страховщика за отчетный период в форме прибыли или убытка, отражающий успех или неудачу бизнеса, как в количественном, так и в качественном выражении..

Конечный финансовый результат деятельности страховщиков складывается из доходов от проведения страховых, инвестиционных и финансовых операций, уменьшенных на сумму расходов по всем названным операциям. Финансовый результат (прибыль или убыток) является обобщающим качественным показателем деятельности страховой организации.

В условиях рынка страховщики осуществляют не только страховые операции, но и ряд других операций, свойственных любому хозяйствующему субъекту. Таким образом, финансовый результат деятельности страховой организации представляет собой совокупный итог страховых, инвестиционных, финансовых и других операций. И следовательно, полноценный анализ финансового результата предполагает изучение результатов каждого вида деятельности страховщика и факторов, влияющих на них, что должно найти отражение в системе показателей финансового состояния страховщика.

Анализ финансовых результатов деятельности страховщика позволяет не только подвести итоги его работы за этот отчетный период, но и определить перспективы его развития. Положительный финансовый результат способствует повышению потенциала страховой организации, ее финансовой устойчивости, поскольку часть полученной прибыли может быть направлена на увеличение размера собственного капитала. Отрицательный финансовый результат означает, как правило, уменьшение величины собственных средств, за счет которых обычно покрываются убытки. В последнем случае важно понять, с чем связаны убытки - или со случайным стечением обстоятельств (например, с более высокой по сравнению со среднестатистической величиной страховых выплат), или это закономерность, и необходимо принять определенные меры (повышения тарифных ставок, изменения структуры страхового портфеля, корректировки инвестиционной политики и т.п.).

Анализ финансовых результатов позволяет выявить причинно-следственную связь изменений основных показателей финансовой устойчивости с технологией страхового процесса, осуществляемой тем или иным страховщиком. Следует отметить, что воздействие отдельных факторов часто происходит 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. При этом важно учесть воздействие инфляции на расходы по ведению дела, прибыль, рост собственных средств, на обусловленное ею изменение спроса на страховые

услуги, объем операций и т.д. Ту же сложность и опосредованность воздействия можно видеть на примере финансового результата деятельности страховой организации, который сам формируется под влиянием разнообразных факторов внешнего и внутреннего порядка и четко проявляется при особенностях определения налогооблагаемой базы для уплаты налога на прибыль страховщиками.

При подведении итогов хозяйственной деятельности страховой организации финансовый результат определяется за один год, при оценке эквивалентности страховщика и страхователя - за тот период, который был принят за основу при расчете тарифа. Финансовый результат (прибыль или убыток) страховой организации выявляется путем сопоставления доходов и расходов страховщика.

Доходом страховщика называется совокупная сумма денежных поступлений на его счета в результате осуществления им страховой и иной не запрещенной законодательством деятельности. *К расходам* страховой организации относятся затраты, связанные с осуществлением ее деятельности по видам операций. Определение доходов и расходов страховых организаций регламентируется ст. 293 и 294 гл. 25 Налогового кодекса РФ. Так, в соответствии со ст. 293 Налогового кодекса РФ, к доходам страховых организаций относятся:

1. Доходы от страховой деятельности:

- страховые премии (взносы) по договорам страхования, сострахования и перестрахования. При этом страховые премии (взносы) по договорам сострахования включаются в состав доходов страховщика (состраховщика) только в размере его доли страховой премии, установленной в договоре сострахования;
- суммы уменьшения (возврата) страховых резервов, образованных в предыдущие отчетные периоды с учетом изменения доли перестраховщиков в страховых резервах;
- вознаграждения и танъемы (форма вознаграждения страховщика со стороны перестраховщика) по договорам перестрахования;
- вознаграждения от страховщиков по договорам сострахования;
- суммы возмещения перестраховщиками доли страховых выплат по рискам, переданным в перестрахование;
- суммы процентов на депо премий по рискам, принятым в перестрахование;
- доходы от реализации перешедшего к страховщику в соответствии с действующим законодательством права требования страхователя (выгодоприобретателя) к лицам, ответственным за причиненный ущерб;
- суммы санкций за неисполнение условий договоров страхования, признанные должником добровольно либо по решению суда;
- вознаграждения за оказание услуг страхового агента, брокера;
- вознаграждения, полученные страховщиком за оказание услуг сюрвейера (осмотр принимаемого в страхование имущества и выдачу заключений об оценке страхового риска) и аварийного комиссара (определение причин, характера и размеров убытков при страховом событии);
- суммы возврата части страховых премий (взносов) по договорам перестрахования в случае их досрочного прекращения;
- другие доходы, полученные при осуществлении страховой деятельности;

2. Доходы от инвестиционной деятельности:

- доходы от размещения средств страховых резервов и собственных средств;
- прочие доходы;

3. Доходы от финансовой и иной деятельности:

- суммы, поступившие в погашение дебиторской задолженности, списанной в предыдущие периоды на убытки;
- списанная кредиторская задолженность;
- проценты к получению;
- внереализационные доходы;

- другие виды доходов и поступлений, относимые в соответствии с действующим законодательством на финансовые результаты.

Следует отметить, что существуют различные классификации расходов страховой организации и различные трактовки понятия себестоимости страховых операций.

Себестоимость страховых операций в широком смысле означает совокупность всех затрат страховщика на оказание страховой услуги, как непосредственных - страховых выплат и расходов на ведение дела, так и различных отчислений, предусмотренных действующим законодательством. Под себестоимостью в узком смысле понимаются расходы страховой организации на ведение дела.

Состав и структуру расходов страховщика определяют два экономических процесса: погашение обязательств перед страхователями и финансирование деятельности страховой организации. В связи с этим в страховом деле принята следующая **классификация расходов**:

- расходы на выплату страхового возмещения и страховых сумм;
- отчисления и резервы взносов;
- отчисления на предупредительные мероприятия;
- расходы на ведение дела, предназначенные для финансирования деятельности страховой организации. Состав расходов на ведение дела в российских страховых организациях также регламентируется Налоговым кодексом РФ.

Таким образом, к *расходам страховой организации* относятся расходы, понесенные **при осуществлении страховой деятельности**:

1. Суммы отчислений в страховые резервы (с учетом изменения доли перестраховщиков в страховых резервах), формируемые в соответствии с законодательством о страховании в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

2. Страховые выплаты по договорам страхования, сострахования и перестрахования: выплаты рент, аннуитетов, пенсий и прочие выплаты, предусмотренные условиями договора страхования.

3. Суммы страховых премий (взносов) по рискам, переданным в перестрахование. Данные положения настоящего подпункта применяются к договорам перестрахования, заключенным российскими страховыми организациями с российскими и иностранными перестраховщиками и брокерами.

4. Вознаграждения и тантёмы по договорам перестрахования.

5. Суммы процентов на депо премий по рискам, переданным в перестрахование.

6. Вознаграждения состраховщику по договорам сострахования.

7. Возврат части страховых премий (взносов), а также выкупных сумм по договорам страхования, сострахования и перестрахования в случаях, предусмотренных законодательством и (или) условиями договора.

8. Вознаграждения за оказание услуг страхового агента и (или) страхового брокера.

9. Расходы по оплате организациям или отдельным физическим лицам оказанных ими услуг, связанных со страховой деятельностью, в том числе:

- услуг актуариев;
- медицинского обследования при заключении договоров страхования жизни и здоровья, если оплата такого медицинского обследования в соответствии с договорами осуществляется страховщиком;
- детективных услуг, выполняемых организациями, имеющими лицензию на ведение указанной деятельности, связанных с установлением обоснованности страховых выплат;
- услуг специалистов (в том числе экспертов, сюрвейеров, аварийных комиссаров, юристов), привлекаемых для оценки страхового риска, определения страховой стоимости имущества и размера страховой выплаты, оценки последствий страховых случаев, урегулирования страховых выплат,

- услуг по изготовлению страховых свидетельств (полисов), бланков строгой отчетности, квитанций и иных подобных документов;
- услуг организаций за выполнение ими письменных поручений работников по перечислению страховых взносов из заработной платы путем безналичных расчетов;
- услуг организаций здравоохранения и других организаций по выдаче справок, статистических данных, заключений и иных аналогичных документов;
- инкассаторских услуг.

10. Другие расходы, непосредственно связанные со страховой деятельностью.

В составе расходов по страховой деятельности особое место занимают *расходы на ведение дела*, которые включают в себя расходы на оплату труда, хозяйственные и канцелярские расходы, расходы на командировки, операционные и другие расходы. Источником финансирования расходов на ведение дела (РВД) является нагрузка в структуре страхового тарифа.

Расходы на ведение дела классифицируются по различным признакам. В зависимости от функций затрат в процессе хозяйственной деятельности и в соответствии со структурой отчета о прибылях и убытках страховой организации ***расходы на ведение дела*** делятся на следующие группы:

1. Операционные расходы (расходы, непосредственно связанные с заключением и исполнением договоров страхования).
2. Расходы, связанные с инвестиционной деятельностью.
3. Управленческие расходы (расходы, не связанные непосредственно с предоставлением страховой защиты).

По существу затрат расходы на ведение дела можно подразделить на расходы по оплате труда, отчисления в государственные внебюджетные социальные фонды, расходы на подготовку персонала, на рекламу, хозяйственные расходы и т.д.

По *времени возникновения* расходы на ведение дела подразделяются на:

1. Расходы, предшествующие заключению договора страхования (сбор статистической информации, затраты на изготовление бланков).
2. Расходы, возникающие на стадии заключения договора страхования (аквизиционные расходы).
3. Расходы, проводимые в течение срока действия договора (затраты по передаче риска в перестрахование).
4. Расходы, возникающие при наступлении страхового случая (расходы по расследованию и урегулированию страхового случая).

В составе расходов выделяются постоянные, которые относятся ко всему портфелю заключенных договоров страхования, и на переменные, которые могут быть отнесены на отдельный вид или договор страхования.

В *мировой практике* расходы на ведение дела подразделяются на:

1. Аквизиционные - расходы, которые производятся с целью заключения новых договоров страхования.
2. Инкассовые - расходы на оплату труда работников страховой компании за сбор страховых платежей и обслуживание страхователей.
3. Ликвидационные - производятся после наступления страхового случая и включают в себя оплату услуг специалистов (сюрвейеров, аварийных комиссаров, юристов и т.п.) по оценке ущерба и определению величины страховой выплаты; расходы, связанные с урегулированием ущерба; транспортные и судебные расходы и т.д.
4. Управленческие - расходы, связанные собственно с управлением страховой организацией, они включают в себя оплату труда административно-управленческого персонала, отчисления в государственные внебюджетные социальные фонды, административно-хозяйственные расходы, оплату консультационных, информационных и аудиторских услуг, расходы на рекламу и публикацию годовой отчетности, оплату услуг банка и т.д.

До определения финансовых результатов проводятся специальные расчеты сумм отчислений в страховые резервы, а также сумм возврата страховых резервов, отчисленных в предыдущие периоды. Страховая организация не должна стремиться к получению сверхприбыли от страховых операций, поскольку этим нарушается принцип эквивалентности взаимоотношений страховщика и страхователя. Более того, в страховом деле сам термин «прибыль» достаточно условен, так как страховые организации не создают национальный доход, а лишь участвуют в его перераспределении. Основным источником получения прибыли страховщика являются средства страховых резервов, которые в силу своей экономической природы дают наибольшую и значимую прибыль при инвестировании.

4.2. Факторный анализ финансового результата деятельности страховой организации. Финансовый анализ формы № 2-страховщик «Отчет о прибылях и убытках страховой организации»

Как отмечалось, задача анализа финансовых результатов деятельности страховой организации заключается в выявлении не только конечного финансового результата, но и факторов, его обусловивших, а также в определении резервов увеличения доходов от основной (страховой) и инвестиционной деятельности.

Финансовый анализ целесообразно начинать с рассмотрения формы № 2-страховщик «Отчет о прибылях и убытках страховой организации», где количественно определены основные факторы конечных финансовых результатов деятельности страховщика. Концептуально финансовый результат деятельности страховой организации можно представить как

$$\Pi(Y) = D - P, \quad (48)$$

где $\Pi(Y)$ - прибыль (убыток),
 D - доходы, P - расходы страховщика.

При этом

$$D = D_{c.o} + D_{i.o} + D_{f.i}, \quad (49)$$

где $D_{c.o}$ - доходы по страховым операциям;

$D_{i.o}$ - доходы по инвестиционным операциям; $D_{f.i}$ - доходы по финансовым операциям;

$$P = P_{c.o} + P_{i.o} + P_{f.o}, \quad (50)$$

где $P_{c.o}$ - расходы по страховым операциям;

$P_{i.o}$ - расходы по инвестиционным операциям;

$P_{f.o}$ - расходы по финансовым операциям;

В методике финансового анализа подчеркивается необходимость изучения реального результата страховых, финансовых, инвестиционных операций. Реальный результат деятельности страховщика представляет собой сальдо по всем видам операций за год. Сальдо по каждому виду деятельности может колебаться от прибыли до убытка, под воздействием различных внешних и внутренних обстоятельств, причем эти колебания не взаимообусловлены.

Разделы I и II, а также строки 070, 170, 180-190 формы № 2-страховщик содержат по сути факторное разложение маржинального дохода по страховым и инвестиционным операциям. Первичное факторное разложение исходит из двух каналов формирования дохода:

- дохода от страховых операций (полученные страховые премии минус сопряженные затраты);
- дохода от инвестиционных операций (размещение средств страховых резервов минус сопряженные затраты).

При этом в отчете страховщик разграничивает доход от инвестирования средств страховых резервов по договорам страхования жизни и средств по договорам страхования иным, чем страхование жизни. В свою очередь, нетто-премия определяется как разница брутто-премии и переменных затрат по данному направлению деятельности (объем страховых премий, отданных в перестрахование; оплаченные убытки; изменения страховых резервов; расходы по ведению страховых операций). Чистый доход по инвестициям рассчитывается как разница валового дохода по инвестициям и величины затрат, сопряженных с инвестиционной деятельностью.

Связи с этим отметим специфику формы № 2-страховщик. Если результат от операций по страхованию жизни (стр. 070) с экономической точки зрения представляет собой маржинальный доход по страхованию жизни, то результат от операций страхования иного, чем страхование жизни (стр. 170) является нетто-комиссией страховщика по прочим видам страхования. Для получения величины маржинального дохода по видам страхования иным, чем страхование жизни, следует к величине нетто-комиссии добавить величину чистого инвестиционного дохода (разница строк 180 и 190 формы № 2-страховщик).

К побочным (нерегулярным) каналам доходов и расходов относятся:

- операционные доходы и расходы, кроме сопряженных с инвестициями,
- внереализационные доходы и расходы,
- чрезвычайные доходы и расходы.

Факторный анализ финансовых результатов следует проводить на основе принципа «затраты - генераторы затрат (показатели объема - валового дохода)» по отдельным направлениям деятельности страховой организации. При этом взаимосвязь затрат и валового дохода (генератора затрат) количественно устанавливается через показатель маржинального дохода (разницы валового дохода и затрат) по направлениям деятельности страховщика.

Общая формула факторного разложения конечных финансовых результатов деятельности страховой организации может быть выражена как общий маржинальный доход, т.е. как совокупность маржинальных доходов по страховым, инвестиционным и финансовым операциям:

$$\Pi(Y) = \sum MD_0, \quad (51)$$

где $\Pi(Y)$ - прибыль (убыток);

$\sum MD_0$ - совокупный маржинальный доход по страховым, инвестиционным и финансовым операциям:

$$\sum MD_0 = MD_{c.o} + MD_{u.o} + MD_{\phi.o}, \quad (52)$$

где $MD_{c.o}$ - технический результат (выручка страховщика) по страховым операциям (суммы строк 070, 170, ф. № 2);

$$MD_{c.o} \mathcal{K} = СП_n + ДИЖ - ОУ_n + ИРСЖ_u - РВСО_u - РИЖ; \quad (53)$$

$$MD_{c.o} ИЖ = СП_n + ИРНП_n - СУ_n + ИДР - ОРПМ - ОФПБ - РВСО_n \quad (54)$$

где $MD_{c.o} \mathcal{K}$ - маржинальный доход по страхованию жизни;

$МД_{с.о.ИЖ}$ - маржинальный доход по страхованию иному, чем страхование жизни;
 $СП_n$ - страховые премии (взносы) по видам страхования - нетто-перестрахование;
 $ДИЖ$ - доходы по инвестициям по страхованию жизни;
 $ОУ_n$ - оплаченные убытки (страховые выплаты) - нетто-перестрахование;
 $ИРСЖ_n$ - изменение резервов по страхованию жизни - нетто-перестрахование;
 $РВСО_n$ - расходы по ведению страховых операций по видам страхования - нетто-перестрахование;

$РИЖ$ - расходы по инвестициям по страхованию жизни;
 $ИРНП_n$ - изменение резерва незаработанной премии - нетто-перестрахование;
 $СУ_n$ - состоявшиеся убытки - нетто-перестрахование;
 $ИДР$ - изменение других резервов;
 $ОРПМ$ - отчисления в резерв предупредительных мероприятий;
 $ОФПБ$ - отчисления в фонды пожарной безопасности;
 $МД_{и.о}$ - сальдо по инвестиционным операциям (разница стр. 180, ф. №2):
 $МД_{и.о} = ДИ - РИ$,
 где $ДИ$ - доходы по инвестициям;
 $РИ$ - расходы по инвестициям от операций страхования иным, чем страхование жизни;

$МД_{ф.о}$ - сальдо по финансовым операциям (стр. 210-220 + 230-200, ф. №2):

$$МД_{ф.о} = ОД - ОР + ВРД - ВРР - УР, \quad (55)$$

где $ОД$ - операционные доходы, кроме связанных с инвестициями;
 $ОР$ - операционные расходы, кроме связанных с инвестициями;
 $ВРД$ - внереализационные доходы, кроме дооценки финансовых вложений;
 $ВРР$ - внереализационные расходы, кроме дооценки финансовых вложений;
 $УР$ - управленческие расходы.

Положительный финансовый результат деятельности страховщика обусловлен прежде всего финансовой устойчивостью страховой организации, т.е. его достижение во многом зависит от управления факторами, обеспечивающими стабильное финансовое состояние страховщика.

После анализа отчета о прибылях и убытках переходят к рассмотрению бухгалтерского баланса страховой организации, обращая особое внимание на оценку экономического потенциала и показателей финансовой устойчивости страховщика.

4.3. Оценка результатов инвестиционных операций страховщика

Анализ показателей финансовых результатов позволяет уяснить причинно-следственную связь изменений основных показателей финансового состояния страховой организации с технологией страхового и инвестиционного процессов, осуществляемой тем или иным страховщиком. Во многом оптимизация финансового результата зависит от инвестиционной деятельности страховой организации.

Показатели, характеризующие *эффективность инвестиционной деятельности страховщика* ($ПЭ_{ио}$), можно определить путем деления полученного за год дохода от инвестиций на среднегодовой объем инвестиционных активов. Для того чтобы оценить доходность от инвестиций, полученный результат следует сопоставить со среднегодовой учетной ставкой рефинансирования Центрального банка РФ.

$$ПЭ_{ио} = Д_{и}/А_{и} \times 100\%, \quad (56)$$

где $Д_{и}$ - годовой доход от инвестиций (стр. 020 + стр. 180, ф. № 2-страховщик);
 $А_{и}$ - среднегодовой объем инвестиционных активов (стр. 120, ф. № 1-страховщик).

