

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОГО ТАРИФА ПО ВИДАМ СТРАХОВАНИЯ ИНЫМ, ЧЕМ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ**А.В. Вериго**

Полоцкий государственный университет, anverigo@yandex.ru

Цена страховой услуги (страховой тариф), как и любая рыночная цена, колеблется под воздействием спроса и предложения. Однако, в страховании цена за страховую услугу устанавливается до наступления страхового случая, т.е. тогда, когда основная часть расходов страховщика еще предстоит и потому неизвестна. Ввиду вероятностного характера выплат фактор неопределенности в первую очередь затрагивает калькуляцию затрат страховщика на покрытие ущерба. Нижняя граница страхового тарифа определяется равенством между поступлениями страховых взносов (премий) и страховыми выплатами плюс расходы на ведение дела. На практике для контроля данного соотношения рассчитывается комбинированный коэффициент (с учетом перестрахования и без учета перестрахования), который характеризует эффективность страховой деятельности. Пороговое значение комбинированного коэффициента, как с учетом, так и без учета перестрахования – не более 1,0 [1]. Верхняя граница страхового тарифа ограничена не только спросом, но и выработанными в современной экономической мысли принципами тарифной политики.

В Республике Беларусь страховой тариф по видам добровольного страхования устанавливается страховщиками по согласованию с Министерством финансов. Исследуем основные аспекты нормативного регулирования состава страхового тарифа и методики его формирования. Согласно Инструкции «О порядке оформления и согласования правил страхования и страховых тарифов по добровольным видам страхования» Утвержденной Постановлением Министерства финансов Республики Беларусь от 22.10.2003 N 145 (далее Постановление) страховой тариф включает в себя базовый страховой тариф и применяемые к нему корректировочные коэффициенты. Базовый страховой тариф (брутто–тариф) состоит из нетто–тарифа и нагрузки (расходов на ведение дела). Под нетто–тарифом понимается часть страхового тарифа, предназначенная для формирования страховых резервов в соответствии с законодательством. Иными словами нетто–тариф предназначен для выплат. Под нагрузкой (расходы на ведение дела) понимается часть страхового тарифа, предназначенная для покрытия затрат страховщика на осуществление страхования. Как видно в составе нагрузки нет прибыли. Безусловно, страхование является системой социальной защиты, однако нельзя забывать о его коммерческой составляющей (получении прибыли). Страховые организации не являются благотворительными фондами и должны самостоятельно обеспечивать собственную финансово–хозяйственную деятельность. Сумма расходов на ведение дела нормируется в проценте относительно полученных сумм страховых премий (взносов). Превышение страховой организацией установленного законодательством норматива расходов на ведение дела влечет наложение штрафа. Регулирование расходов на ведение дела является необходимой мерой, так как с одной стороны защищает страхователей от чрезмерной нагрузки, с другой – защищает страховые организации от переманивания страховых агентов, обладающих широким кругом клиентов. Последняя проблема имеет место в России. Российские страховые организации с целью расширения страхового поля предлагают страховым агентам других страховых компаний значительные суммы комиссионных вознаграждений (до 80% от суммы собранных страховых взносов). Размер основной

части нетто–тарифа соответствует средней убыточности страховой суммы (лимита ответственности) за период страхования, а рисковая надбавка нетто–тарифа необходима для учета вероятного превышения количества страховых случаев относительно их среднего значения. В случае, когда отсутствуют фактические данные о результатах проведения страховых операций, величины необходимых статистических показателей могут быть оценены с применением математических методов обработки информации. Размер страхового тарифа как базового, так и корректировочных коэффициентов к нему должен быть экономически и математически обоснован страховщиком. Экономико–математическое обоснование должно быть основано на применении математических методов (методов актуарной математики, теории вероятности и математической статистики). Как видно действующие правила согласования страховых тарифов имеют лишь общие указания. Если принимать во внимание наличие большого количества математических методов, то с определенной долей условности можно утверждать, что актуарий может обосновать любую величину (необходимую для привлечения клиентов, ценовой конкуренции и т.п.) страхового тарифа. По мнению некоторых ученых, устранить данный недостаток можно принятием единых тарификационных систем. На наш взгляд, единая тарификация не может учесть всего разнообразия факторов и рисков, оказывающих влияние на деятельность конкретной страховой компании. Решением данной проблемы может стать разработка методики формирования страховых тарифов.

Как было отмечено выше, при обосновании страховых тарифов страховая организация должна определить два основных элемента: потенциальную сумму выплат по риску и сумму расходов на организацию страховой и иной связанной со страхованием деятельности. Средняя величина расходов страховщика на покрытие потенциального ущерба от одного риска, или нетто–премия по риску, рассчитывается на основе статистики ущерба по отдельным видам страхования, которая предоставляет информацию о частоте наступления, тяжести страховых событий, средних размерах ущерба, видах страховых случаев и т.д. Следовательно, калькуляция страхового тарифа базируется на наблюдениях и статистической обработке показателей прошлых лет. Рассчитанная на этой основе нетто–премия может быть достаточной для покрытия возможных ущерба в будущем только в том случае, если принятые для расчета показатели будут оставаться неизменными во времени. Однако на практике такой ситуации не бывает. Страховая деятельность связана с рисками, обусловленными самой техникой проведения страховых расчетов. Это может быть вызвано как случайными отклонениями (риск случайных отклонений: риск кумуляции, риск возникновения цепной реакции, крупные риски), так и длительным принципиальным изменением самого характера опасностей, вызывающих ущерб (риск изменения обстоятельств: новые тенденции в развитии системы денежного обращения; развитие техники; изменения законодательства; новые тенденции в общественном развитии; природные процессы) [2]. Кроме того, отклонение величины реального ущерба от калькулируемых показателей может быть также результатом ошибок, допущенных при анализе информации за прошлые периоды.

В отличие от риска случайных отклонений риск изменения обстоятельств рассчитать очень трудно. В данном случае расхождение между действительной и ожидаемой величиной ущерба является не результатом случайных колебаний убыточности на фоне неизменных обстоятельств, а следствием изменения самих этих обстоятельств. Заранее практически невозможно дать количественную оценку последствий этих изменений, поскольку они вызываются взаимодействием многих факторов в течение определенного периода времени, причем изменение самих этих факторов также невозможно предугадать [2].

Для минимизации риска изменения обстоятельств национальные страховые организации применяют ряд мер:

1. Создание дополнительных страховых резервов.
2. Сострахование, передача рисков в перестрахование.
3. Диверсификация рисков.
4. Включение в страховую премию различных корректировочных коэффициентов: в зависимости от вида, принимаемого на страхование иного имущества (строительных материалов, коллекций, картин, вещей индивидуального пользования и т.д.); в зависимости от принятия дополнительного риска, наличия улучшенных элементов, валюты и сроков уплаты; в зависимости от факторов, влияющих на степень риска (отсутствие постоянно проживающих, природно–климатические особенности в регионе, нахождение имущества в зоне повышенного риска и т.д.); в зависимости от непрерывности заключения и частоты страховых событий, другие группы коэффициентов.
5. Передача части ответственности страхователю (франшиза).

6. Определение рекомендуемого (минимального) размера страховой суммы.

Кроме перечисленных мер, страховщики также могут включить в договор страхования оговорки, ограничивающие его ответственность и предусмотреть возможность расторжения договора страхования после наступления страхового случая. Данные мероприятия, как правило, не используются на отечественном страховом рынке, ввиду низкой страховой культуры страхователей. В общем, страховая компания самостоятельно принимает решения о составе мер и содержании тарифной политики.

Риск заблуждения является следствием отсутствия полной и качественной статистической информации, критериев отбора факторов, надежности статистических методов оценки рисков. Как было отмечено выше, страховщики обладают полной самостоятельностью в выборе математических методов построения страхового тарифа. Помимо указанных направлений для минимизации риска заблуждения страховщики также должны своевременно корректировать состав признаков риска в случае изменения обстоятельств.

Вторым, не менее важным, вопросом при определении размера страхового тарифа является обоснование суммы расходов на ведение дела (далее РВД). Определим основные проблемы по данному направлению деятельности. Во-первых – нормативное регулирование размера РВД. Допустимый уровень РВД связан с объемом полученных сумм страховых взносов (премий), соответственно у маленьких страховых компаний или наоборот очень больших могут возникать трудности при выполнении установленного норматива расходов на ведение дела. Во-вторых – до сих пор актуарная наука и практика страхования занимались, в основном, расчетом нетто-премии. Вопросом, как правильно сосчитать расходы на ведение дела и как корректно включить в тарифную ставку все их составляющие, мало кто изучал. Для качественного выполнения планирования расходов на ведение дела актуарию, кроме математики, статистики и собственно страхования необходимо владеть организацией и управлением финансами. Наиболее сложным моментом в обосновании размера расходов на ведение дела является определение базы расчета отдельно для каждого вида расходов (постоянных, переменных, условно-постоянных, прямых и косвенных). Необходимо тщательно дифференцировать расходы. Так, например, затраты по урегулированию убытков могут быть прямо пропорциональны убыткам, а какие-то требуют своих фиксированных затрат. С учетом выше сказанного, очевидным становится необходимость формирования системы взаимосвязи аналитических показателей, формирующих страховой тариф.

Список использованных источников:

1. Рекомендации по анализу финансовой устойчивости страховых организаций К письму Министерства финансов Республики Беларусь от 01.06.2012 № 13–1–18/137. – Сайт Министерства финансов Республики Беларусь. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.minfin.gov.by/data/insuranse/rekomm_analiz.pdf. – Дата доступа: 02.09.2013.
2. Страховое дело: Учебник. В 2 т. (пер. с нем. О.И. Крюгер и Т.А. Федоровой). – т.1: Основы страхования / под ред. О.И. Крюгер. – М.: Экономистъ, 2004. – 447 с. – Сайт знай страхование. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.znay.ru/guide/gdv/01-05-1.shtml>. – Дата доступа: 10.09.2013.