

Аналіз фінансового стану страховиків – членів МТСБУ: методологічні аспекти



Наталія ГУДИМА,
Президент Ліги страхових організацій України

Для проведення фінансового аналізу діяльності страховика використовують різні системи аналітичних показників, які дозволяють дослідити вплив широкого спектра факторів. Важливе значення в процесі фінансового аналізу має ідентифікація ключових чинників, що впливають на активи та зобов'язання.

Очевидно, що аналіз поточного фінансового стану та прогноз розвитку здійснюються в умовах невизначеності. Ця невизначеність виникає під впливом різного роду факторів, які для цілей аналізу доцільно розбити на дві групи.

До першої групи відносяться зовнішні фактори, пов'язані зі змінами економічних процесів в суспільстві, новаціями законодавства, появою нових видів страхування, нестабільністю фінансового ринку тощо. Вплив зовнішніх факторів на фінансовий стан може бути оцінений або кількісно (наприклад, інфляція), або шляхом експертних оцінок (тих факторів, які не вимірюються кількісно, наприклад політична ситуація).

Друга група внутрішніх факторів пов'язана з ризиковим характером страхової, інвестиційної та загальногосподарської діяльності, зокрема, зміною стратегії розвитку, використанням нових фінансових інструментів. Ступінь впливу більшості внутрішніх факторів оцінюється кількісно.

Поява зовнішніх та внутрішніх факторів пов'язана з неповнотою та недостовірністю інформації щодо поточного фінансового стану.

За результатами досліджень різного впливу внутрішніх та зовнішніх факторів

необхідно сформувати систему показників, які дозволяють отримати кількісну оцінку поточного фінансового стану страхової компанії.

Фінансовий аналіз страхової компанії – це формування системи кількісних критеріїв, за якими вимірюватимуть вплив ідентифікованих ключових факторів на фінансовий стан страхової організації. Такими критеріями є аналітичні показники, що оцінюють певні фактори впливу. Деякі з аналітичних показників широко застосовуються на Заході, наприклад ROE (*Return on Equity*).

Оцінку фінансового стану компанії необхідно починати з використання групи загальних показників, що характеризують основну діяльність страховика. Більшість з них може бути представлена в нетто- та бруutto-показниках відносно зовнішнього перестраховання.

При цьому бруutto-показники відображають гіпотетичну картину фінансового стану страховика у випадку, коли вся премія залишається на власному утриманні страховика. Бруutto-показники страхових зобов'язань, відображені в премії та страхових резервах, дають максимальну оцінку, оскільки оригінальний страховик залишається відповідальним за договором страхування.

Нетто-показники відображають реальну картину і одночасно дозволяють оцінити порівняно з бруutto-показниками вплив перестраховання на діяльність страховика.

Базовими показниками системи оцінки фінансового стану є показники, що характеризують операції, які здійснює страховик для визначення тенденцій розвитку, змін в

часі фінансового стану. Декілька з них буде наведено нижче.

З метою оцінки позиції компанії на ринку вводиться показник охоплення страхового ринку як частка зібраних премій у загальному обсязі страхових премій по ринку.

Цей показник є ключовим для аналізу умов конкуренції, виявлення порушень антимонопольного законодавства, моніторингу перестрахованими компаніями фінансового стану партнерів з перестраховання.

На базі інформації про страхові премії та виплати аналізується структура портфеля, питома вага і динаміка премій та виплат за видами страхування.

Структуру портфеля, зокрема його диверсифікованість, відображають андеррайтинг і якість тарифної політики страхової компанії. Інформативною є також динаміка структури портфеля в часі, що може свідчити про необхідність контролю за достатністю страхових резервів.

Деформування структури страхового портфеля в часі пов'язане з різким збільшенням платежів за окремими видами страхування, що свідчить про зміну тарифної політики, як правило, за рахунок оптимізації андеррайтингової політики в рамках довгострокової програми.

Але іноді страховики обирають інший шлях: використовують демпінг в тарифній політиці для отримання додаткових переваг в конкурентній боротьбі. І саме цей випадок потребує особливо ретельного аналізу фінансової стійкості страхової компанії.

Для аналізу структури страхового портфеля використовують показник питомої

ваги виду страхування в загальному обсязі портфеля страховика. Цей показник розраховується як відношення премій за видом страхування до загальної величини бруто-премії страховика:

$$П.в. = \frac{\Pi_i}{\Pi_{\text{брутто}}} \times 100\%,$$

де: Π_i – премії за видом страхування, нараховані у звітному періоді;

$\Pi_{\text{брутто}}$ – загальна величина бруто-премії у звітному періоді.

Порівняння здійснюється за періодами, які передують звітній даті, і з середнім портфелем по ринку. У багатьох компаній спостерігається збільшення частки обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів у загальному обсязі бруто-премії. За оцінками експертів, безпечний рівень цього виду страхування в портфелі страховика не повинен перевищувати 30–35% від загальної суми зібраних премій. Недотримання рекомендованого значення цього показника може свідчити про збільшення імовірності того, що коштів страхових резервів не вистачить на виконання зобов'язань за виплатами.

Для аналізу розвитку в часі основної діяльності страховика використовують показник темпів росту премій та виплат, який є співвідношенням значення абсолютного показника за звітний період до значення цього показника за попередній звітний період.

Темп росту премій для i -го звітного періоду:

$$T_{i(p)} = \frac{\Pi_i}{\Pi_{i-1}} \times 100\%,$$

де: Π_i та Π_{i-1} – поточні та відповідні попередні значення бруто-премії.

Зазвичай розрахунковим періодом є рік, що дозволяє вирівняти нерівномірність надходжень страхових платежів, зокрема сезонні коливання.

Показник темпів росту премій використовують для виявлення «сірих схем», тобто виділяють страховиків, у яких страхові премії ростуть в декілька разів швидше, ніж у інших учасників ринку.

Для оцінки стабільності розвитку страхової діяльності розраховують показники темпів приросту страхових платежів та виплат в звітному періоді відносно попереднього звітного періоду.

Темп приросту премій в i -му періоді оцінюється:

$$T_{i(p)} = \frac{\Pi_i - \Pi_{i-1}}{\Pi_{i-1}} \times 100\%$$

або

$$T_{i(p)} = T_{i(p)} - 100\%.$$

Це відносний показник, що визначається як співвідношення значення абсолютного приросту премій в i -му періоді $\Delta\Pi_i = \Pi_i - \Pi_{i-1}$ до цього ж показника за попередній звітний період (Π_{i-1}).

Від'ємне значення показника темпу

росту означає зниження обсягів страхових операцій. При цьому позитивне значення ще не є свідченням про розвиток діяльності, оскільки його необхідно порівняти зі значенням рівня інфляції. Рекомендовані припустимі межі змін приросту платежів – від -33% до +33%.

Можливі порушення рекомендованих значень показника темпу приросту платежів в сторону збільшення можуть бути внаслідок запровадження нових продуктів або освоєння нових сегментів страхового ринку. При цьому така ж картина – різке збільшення премій – спостерігається, коли страхова компанія намагається покрити заявлені збитки шляхом збільшення вхідних грошових потоків.

Різкий приріст платежів в сторону збільшення означає приріст зобов'язань страховика і потребує підвищення контролю за адекватністю страхових резервів та власного капіталу.

Зниження нижньої межі слід розглядати як зниження збалансованості страхового портфеля, що призводить до порушення основних умов застосування закону великих чисел під час розрахунку тарифів і, як наслідок, неадекватності страхових резервів. В такому випадку треба звернути увагу на якість андеррайтингу та менеджменту.

В рамках здійснення аналізу варто приділити увагу показнику рівня виплат. Цей показник використовують у світовій практиці (*Claims Ratio*), він показує скільки страховик виплачує з кожної гривні зібраної премії за видом страхування. Порівняння слід здійснювати з відповідними середніми значеннями по ринку.

Рівень виплат розраховується таким чином:

$$Р.в. = \frac{В_{\text{брутто}}}{\Pi_{\text{брутто}}} \times 100\%,$$

де: $В_{\text{брутто}}$ – виплати-брутто за договорами страхування;

$\Pi_{\text{брутто}}$ – страхові премії-брутто.

Цей показник визначає загальний рівень виплат страхової компанії у відсотках відносно обсягу зібраних страхових премій за період без перестраховання. Оптимальне значення цього показника залежить від спеціалізації страховика, але можна рекомендувати достатньо консервативне обмеження значення показника – 40%.

Збільшення значення показника до 60% і вище може означати некоректність розрахованих страхових тарифів або кумуляцію збитків, до яких страхова компанія виявилась не готовою, або агресивний розвиток бізнесу в минулому (демпінг на тарифах, різке збільшення клієнтської бази).

Показник, нижчий 5%, означає, що компанія ухиляється від сплати страхових виплат або страхування не є основною діяльністю цієї страхової компанії.

Оцінка рівня виплат може бути побудо-

вана на основі нетто-показників (*Net Loss Ratio*).

$$Оц.р.в. = \frac{В_{\text{нетто}}}{ЗСП_{\text{нетто}}} \times 100\%,$$

де: $В_{\text{нетто}}$ – виплати нетто;

$ЗСП_{\text{нетто}}$ – зароблена страхова премія нетто.

Залежно від спеціалізації страхової компанії оптимальним є значення в діапазоні від 5% до 60%. Оцінка рівня виплат досить часто використовується в західній практиці та визначає рівень виплат власних страхових операцій компанії за мінусом участі перестраховиків в отриманих преміях і здійснених виплатах.

Як правило, цей показник завжди вище показника рівня виплат за умов перестраховання «ексцедента збитка»: коли збитки нижче сум, обумовлених договором перестраховання, сплачуються самою страховою компанією.

При цьому надто високе значення показника говорить про незбалансованість страхового портфеля, можливо, про недосконалу політику перестраховання ризиків або про катастрофічні втрати.

Під час здійснення аналізу діяльності фінансового стану страхової організації важливим є андеррайтинг, який визначає майбутні збитки, структуру та методи розрахунку страхових резервів і оцінки зобов'язань страховика.

Замкнений характер перерозподільних відносин, який дозволяє здійснити розрахунки страхових тарифів, може бути причиною формування ресурсів, неадекватних зобов'язанням.

По-перше, розрахунок тарифу здійснюється для збалансованої сукупності, а діє тариф в умовах реального страхового портфеля.

По-друге, тарифи розраховуються на основі математичного очікування і дисперсії очікуваних виплат, які визначають ризикову надбавку. Причому питання, в якому розмірі прийняти ризикову надбавку, тобто якою гарантією безпеки забезпечені зобов'язання страховика, вирішується страховиками самостійно з урахуванням ринкової кон'юнктури.

Ризик неадекватної премії через прорахунки в тарифній політиці породжує неадекватність страхових резервів і, як наслідок, необхідність додаткових фінансових гарантій з метою виконання страхових зобов'язань.

Навіть при адекватності страхового тарифу страховому ризику не можна виключати ризик неадекватності страхових резервів. Очевидно, що страхові резерви, які формує страховик, є оцінкою зобов'язань страховика, що має імовірнісний характер, а виплата здійснюється на основі фактичного збитку.

Вірогідність розбіжності між обсягами сформованих страхових резервів і реальною сумою виплат приводить до додаткового фінансового забезпечення.