Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.
Свидетельство ПИ № ФС77-27908 от 12.04.2007.

Учредитель и издатель
ООО «Современные страховые технологии»

Редакция

главный редактор
Елена Шарова

дизайн, верстка и фотографии
Татьяна Белкина

директор по развитию
Екатерина Вундер

Адрес
115583, Москва, ул. генерала Белова, д. 26
http://www.consult-cct.ru

Подписка по телефону/факсу
(495)641-05-67

по e-mail:
list@consult-cct.ru

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать» – *81097*

Подписано в печать 29.07.10
Тираж 2000 экз.

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии ООО «Технология ЦД»

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

Балакирева Вера Юрьевна,
заместитель директора, Департамент финансовой политики, Министерство Финансов РФ

Демидов Дмитрий Валерьевич,
генеральный директор, ЗАО «Мюнхенское перестраховочное общество Перестрахование жизни Восточная Европа/Средняя Азия»

Иванов Игорь Евгеньевич,
заместитель генерального директора, ОСАО «РЕСО-Гарантия»

Робулец Татьяна Юрьевна,
генеральный директор, ООО «Современные страховые технологии»

Ромашова Марина Петровна,
начальник отдела мониторинга страховых и социальных программ Управления страхования, ОАО «Газпром»

Владимир Хосе Эченикэ,
заместитель декана по общественным связям экономического факультета МГУ им. Ломоносова, к. э н., доцент кафедры управления рисками и страхования

Мнение автора может не совпадать с мнением редакции.

Все права защищены. Никакие материалы или их части не могут быть воспроизведены каким-либо способом или переведены без письменного разрешения владельца авторских прав.

© ООО «Современные страховые технологии»

Фото: Татьяна Белкина

Несмотря на то, что мы готовили этот номер журнала в условиях установившейся в Москве африканской жары, наши авторы проявили такую активность, что часть статей пришлось отложить до следующего выпуска: ни один из трендов сегодняшнего рынка оставить без внимания мы не могли.
Во-первых, это касается «вилки» по ОСАГО. Во-вторых – пакета законопроектов об ОМС. В-третьих, закона о банкротстве, который имеет отношение, в том числе, и к страховым компаниям. В-четвертых – ситуации со страховыми посредниками.
В дополнение к рыночным трендам мы рассказываем об эффективных технологиях продаж, инструментах, позволяющих совершить технологический прорыв в условиях изощренной конкуренции, публикуем статьи методического характера, экспертные оценки страховых продуктов и форм отчетности, статью психолога и ставший традиционным страховой детектив.
Когда вы получите этот номер, надеюсь, жара спадет, и успешный опыт коллег очень пригодится в работе.

С уважением, Елена Шарова,
главный редактор журнала
«Современные страховые технологии»

Содержание

ИНДИКАТОРЫ РЫНКА

5.....
Дорогая «вилка» к ОСАГО

В РУСЛЕ СОБЫТИЙ

12.....
«Оптимистичный» ОМС

18.....
Обзор законодательства

МЕХАНИЗМЫ ПРОДАЖ

23.....
Дмитрий Балакин: «Главный рецепт успешных продаж – одна линия бизнеса и один партнер»

30.....
Почему растут продажи автокаско в прямой модели

ПРОДУКТОВАЯ ЛИНЕЙКА

37.....
Скидка за страховые случаи

IT В СТРАХОВАНИИ

41.....
Ольга Степеннова: «Достижение максимальной эффективности программ ДМС невозможно без высокотехнологичных решений»

49.....
Корпоративный портал как инструмент для регионального развития

МЕТОДОЛОГИЯ СТРАХОВАНИЯ

57.....
Особенности страхования движимого имущества на крупных объектах

АКТУАРНЫЕ РАСЧЕТЫ

67.....
Расчет премии за риск, связанный с колебаниями курсов валют

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

80.....
Страховщики вынуждены «подрезать» перспективный канал продаж

БУХГАЛТЕРИЯ И ФИНАНСЫ

88.....
Мифы и реальность МСФО

ПСИХОЛОГИЯ БИЗНЕСА

93.....
Андеррайтер vs агент: конфликты в страховом орнаменте

СТРАХОВОЙ ДЕТЕКТИВ

101.....
Французский роман

Дорогая «вилка» к ОСАГО

Уже более четырех лет Федеральная антимонопольная служба на мероприятиях Российского союза автостраховщиков изредка поднимает вопрос о том, не пора ли снять ограничения по максимальному размеру ставки премии в ОСАГО. Что касается страховщиков, то в большинстве своем они хоть и выступают за либерализацию рынка, но почему-то боятся сделать первый шаг, пытаясь переложить ответственность за возможность будущего коллапса то на Минфин, то на ту же ФАС.

Две головные боли

С нового года рынок ОСАГО немного потряхивает: с рынка одна за другой уходят компании. И хотя доля каждой из них не велика, вместе они все же создают негативный шум на рынке, оседая обязательствами на фондах РСА. Как сообщил на страховом форуме в Санкт-Петербурге новый глава РСА Павел Бунин, в 2010 году выплаты из компенсационных фондов союза могут достигнуть 4,94 млрд рублей. По его словам, на июнь 2010 года с начала года было выплачено 2,058 млрд рублей компенсаций, тогда как за весь прошлый год выплаты составили 3,434 млрд рублей. Всего в 2009 году РСА и рынок ОСАГО покинули 17 компаний, против 14 за период с 2006 по 2008 годы. На 2010 год РСА дает неутешительный прогноз: рынок могут покинуть 22 компании. На июнь 2010 года с рынка ОСАГО уже ушло шестеро игроков.

Эти печальные события стали дополнением к традиционной «точке напряжения» РСА – взаимоотношениям с Федеральной антимонопольной службы. В последнее время эти взаимоотношения все чаще напоминают игру то ли в шахматы, то ли в поддавки, причем «дамка» все чаще у Союза.

Например, осенью 2009 года Служба вынесла предписание РСА, в соответствии с которым Союз должен был отменить свое решение по ограничению размера комиссионного вознаграждения страховым посредникам. В октябре 2009 года общее собрание РСА приняло решение оспорить данное предписание в суде. В апреле 2010 года Арбитражный суд подтвердил законность предписания ФАС. Вместе с тем, с 1 января 2010 года вступили в силу изменения в закон об ОСАГО,

в соответствии с которыми РСА в правилах своей профессиональной деятельности может ограничивать размер комиссионного вознаграждения. Соответствующие правила профессиональной деятельности утверждены президиумом РСА и согласованы с Минфином. Таким образом, как констатировал занимавший в то время пост главы РСА Андрей Кигим, с 1 января 2010 года ограничения комиссионного вознаграждения по ОСАГО в размере 10% снова действуют.

Еще одним показательным примером может служить вопрос квотирования бланков строгой отчетности (БСО).

Антимонопольная служба заявила, что намерена возбудить дело о квотировании РСА бланков полисов ОСАГО после того, как получила заявление от участников рынка, недовольных существующим порядком выдачи новых бланков полисов (предусматривающих выделение бланков исходя из объемов продаж в предыдущем временном периоде). Однако не успело это заявление прозвучать, как стало известно что, группа депутатов во главе с Владиславом Резником уже внесла на рассмотрение нижней палаты парламента законопроект, узаконивающий существующий порядок квотирования БСО у РСА. Вот такие вот шашки.

Видимо, похожей ситуацией станет и «вилка». Напомним, что само это понятие появилось в «автогражданке» несколько лет назад с подачи той же ФАС. Служба тогда предлагала расширить барьер по комиссионным и позволить страховщикам конкурировать по цене не только вниз, но и вверх – причем с увеличением цены полиса предполагался и рост качества услуг. Однако тогда идея не нашла поддержки в Минфине, посчитавшим ее не своевременной. Не поддержали ее и страховщики, как всегда заявив о потенциальной демпинговой опасности предложения.

Но прошло несколько лет, и Минфин в борьбе со страховщиками за повышение лимитов вновь достает старый «козырь» в виде либерализации рынка.

К сожалению, как станет ниже

понятно, «вилка» стала, по сути, разменной картой.

Тарифы в обмен на лимиты

Больше полугода Минфин ведет борьбу за увеличением лимитов. По словам заместителя директора Департамента финансовой политики Минфина Веры Балакиревой, при возможном повышении лимита по страхованию жизни до 500 тысяч рублей тарифы на ОСАГО вырастут примерно на 30% (что, по мнению Минфина, вполне посильно для населения). При этом лимиты в части возмещения вреда имуществу могут быть скорректированы незначительно, поскольку существующий сейчас лимит выбирается полностью и его существенное увеличение приведет к серьезному росту тарифов.
Вера Балакирева сообщила, что помимо увеличения лимита по жизни будет изменен подход к части расчета страховой выплаты. Сейчас пострадавшие в ДПТ лечатся главным образом бесплатно (по ОМС), что и является основной причиной маленьких выплат по ОСАГО в части вреда жизни и здоровью (менее 1% от общего объема). В связи с этим рассматривается вариант увязки размера выплаты по ОСАГО с фактически причиненным ущербом жизни и здоровью пострадавшему в ДТП.
По словам Веры Балакиревой, сейчас Минфин ведет консультации с Российским союзом автостраховщиков по ряду спорных моментов, касающихся тарифов по ОСАГО. Между тем, источники ПРАЙМ-ТАСС утверждают, что если до осени страховщики не договорятся с Минфином о повышении тарифов в обмен на рост лимитов, то позднее сделать это будет нереально в связи с началом предвыборного сезона, когда никакие изменения, которые явно ударят по электорату, просто не будут пропущены.
Однако понимая, что пока страховщики не готовы к росту выплат по жизни и здоровью, Минфин достает «из рукава» старый проект по либерализации цен в ОСАГО (или, по сути, переоформленный проект ФАС).
В нем министерство предлагает поправку о предельных уровнях тарифов на ОСАГО. Конкретные «вилки» тарифов, их минимум и максимум, в документе не прописан – запланировано, что предельные уровни будут устанавливаться подзаконным актом.
Сразу после подобного предложения РСА выступает с заявлением о поддержке Минфина в части увеличения лимитов выплат по ОСАГО, однако с оговоркой на адекватное повышение тарифов.
Как заявил начальник управления методологии страхования РСА Алексей Карпицкий, «по оценкам союза, изменения лимитов, предложенные Минфином, должны

будут привести к росту тарифов на ОСАГО на 35-40%. Примерно о таких же цифрах идет речь в финансовом обосновании законопроекта, которое подготовил Минфин». При этом, Алексей Карпицкий обрушился с критикой на «либерализацию» тарифов, назвав ее преждевременной. По его словам, РСА относится к введению этой нормы настороженно, и это связано с тем, что в настоящее время ситуация на рынке ОСАГО достаточно сложная, выплаты из компенсационных фондов РСА превышают поступления в три раза. В связи с этим в своем заключении на законопроект РСА будет предлагать отказаться от либерализации тарифов, сообщил он.
Но, видимо, торги по размерам увеличения и тарифов, и лимитов между Минфином и страховщиками ОСАГО подходят к концу. Иначе чем объяснить, что в конце июня Вера Балакирева, комментируя поправки в закон об ОСАГО, которые готовит в настоящее время министерство, сообщила, что оно пока не планирует либерализацию тарифов на ОСАГО. Она отметила, что установление предельных уровней тарифов по ОСАГО уже предусмотрено действующим законом об ОСАГО и ранее на эту норму просто никто из страховщиков внимания не обращал.
Так, статья 8 закона об ОСАГО устанавливает, что страховые тарифы по обязательному страхованию (их предельные уровни), структура страховых тарифов и порядок их применения страховщиками при определении страховой премии по договору обязательного страхования устанавливаются Правительством РФ. «Таким образом, в предложенных Минфином поправках никаких ноу-хау и революций не содержится», – констатировала Вера Балакирева, уточнив, что возможность установления предельных уровней – это задел на будущее, когда рынок будет готов к свободному плаванию. Г-жа Балакирева также сообщила, что для установления предельных тарифов не хватает статистики и ее необходимо накопить.
Между тем, как сообщил ССТ источник внутри РСА, «в Минфине решили отказаться от этой идеи, поняв, что ее не нужно сейчас реализовывать». Получить комментарий в Минфине, почему идея либерализации тарифов была отложена, не удалось.
Косвенно эту мысль подтверждает первый вице-президент «Росгосстраха» Дмитрий Маркаров, входящий в президиум РСА: «Думаю, что это не актуально, поскольку даже Минфин передумал на что-то делать на эту тему. Но вообще это не очень позитивная идея. В Минфине понимают, что слишком рано устанавливать «вилку», которая может приве-

сти к потерям в финансовом состоянии компаний. И если есть верхняя планка, значит, появится и нижняя. А следом появятся те, кто в погоне за клиентом построит новые пирамиды».

Что думают по поводу «вилки» страховщики

По мнению Евгения Уфимцева, заместителя гендиректора «ВСК», тарифы по ОСАГО должны быть едиными.

«Для нас очевидно, что возникновение разницы тарифов (минимум/максимум) приведет к дальнейшему обострению и без того серьезной проблемы демпинга, а круг компаний, покинувших рынок, может серьезно расшириться. На данном этапе развития рынок ОСАГО претерпевает значительные изменения, в частности, вводятся новые лимиты и порядок выплат. Добавлять к этому либерализацию тарифов было бы неверно. За столь короткое время страховщиками по объективным причинам не накоплено достаточной практики для принятия ответственных и сбалансированных решений по этому вопросу», – считает Евгений Уфимцев. Эксперт дополняет, что «расходы на ведение дела, предусмотренные в нынешнем варианте закона, призваны обеспечить некоторый баланс между надежностью выплат и стремлением страховщиков привлечь больше клиентов. Если будет одобрена разница минимум/максимум, то ведущие рискованную тарифную полити-

ку компании, воспользовавшись возможностью предлагать скидки за счет РВД, будут ставить под удар свои резервы, поддерживать которые на приемлемом уровне во время спада удается далеко не всем, особенно это касается средних и мелких компаний. В конечном итоге пострадают интересы страхователей».

Генеральный директор СГ «Генезис» Виктор Юн подходит к вопросу системно. С одной стороны, он уверен, что идея введения нерегулируемых тарифов по ОСАГО совершенно правильная: «Регулирование тарифов в страховании экономически нецелесообразно: страховая компания

должна рассчитывать тариф, исходя из наработанного опыта и статистики». В то же время Виктор Юн отмечает, что «либерализация тарифов по ОСАГО на сегодняшний день – самоубийство для рынка. Во-первых, страховые компании и так демпингуют, платят завышенное комиссионное вознаграждение посредникам и проводят различные маркетинговые акции в ущерб собственной финансовой устойчивости. ОСАГО на сегодняшний день не прибыльно. Если либерализовать тарифы по этому виду страхования, то на следующий день полисы ОСАГО будут продаваться по тысяче рублей».
Кроме того, эксперт связывает тарифы с прозрачностью компании и общей стратегией ее развития: «Прежде чем страховые компании получат возможность устанавливать тарифы по ОСАГО, акционеры и топ-менеджеры компаний должны научиться относиться к своему бизнесу адекватно, не считать прибылью средства, остающиеся в компании после выплат, правильно оценивать обязательства, вести отчетность по МСФО и понимать, в каком состоянии находится компания и по каким ценам должны продаваться ее услуги. Необходимо, чтобы структура владения страховой компанией была более прозрачной. Клиенты и Страховой надзор должны понимать, каковы стремления собственников: любой ценой нарастить портфель компании, чтобы продать ее или сбежать с деньгами, или развивать прибыльный страховой бизнес в течение долгих лет. Когда на рынке останутся только компании, пришедшие «всерьез и надолго», понимающие свои долгосрочные задачи, можно будет либерализовать тарифы. Стоит отметить, что в развитых странах тарифы по ОСАГО перестали регулироваться спустя 10-15 лет после введения этого вида страхования. Можно разрешить страховщикам самим устанавливать тарифы по ОСАГО тогда, когда для них ОСАГО не будет основным видом деятельности. К примеру, в Европе и США продается комбинированный полис автострахования, который включает ОСАГО, каско и часто – ДСАГО. Стоимость полиса формируется с учетом комбинированного тарифа по этим видам страхования».

Генеральный директор СГ «Межрегионгарант» Евгений Потапов считает, что «стоимость полиса ОСАГО в любом случае должна обеспечивать работоспособность системы и не порождать новых банкротств. Поэтому, минимальная «отпускная» цена этой услуги должна быть не ниже текущего уровня, а по-хорошему – должна увеличиться. Тогда рынок ОСАГО сможет нормально функциони-

ровать: ведь очевидно, что очень многие компании будут продавать полисы именно по минимальной стоимости. В случае такого развития ситуации выиграют компании, ориентированные на высокий сервис, которые смогут получать более-менее адекватное вознаграждение за оказанные услуги в рамках ОСАГО. Таким образом, если минимальная стоимость ОСАГО не будет заниженной, то у автовладельцев будет выбор – покупать полис по минимальной стоимости и довольствоваться отсутствием сервиса или заплатить за полис дороже, но получить полноценное обслуживание на высоком уровне».

Либерализацию – по госзаказу

Однако в своих разговорах страховщики забыли еще об одном государственном ведомстве – ФАС. Последняя, посмотрев на дискуссию между Минфином и РСА, решила внести свою лепту. Служба предлагает опробовать тарифную «вилку» в ОСАГО на госзаказе. Об этом ССТ сообщила начальник управления контроля и надзора за финансовыми рынками Федеральной антимонопольной службы Юлия Бондарева.

«Ценовая конкуренция всегда положительно сказывается на качестве предложения, и страховщики будут вынуждены в погоне за конкурентами предлагать потребителям сервис более высокого качества. Однако мы понимаем опасность одновременной либерализации рынка и потенциальное желание некоторых страховщиков создавать очередные «пирамиды». Поэтому в качестве первого шага, который позволит определить потенциал предложения по либерализации тарифа (так называемая «вилка» по ОСАГО, убирающая границы тарифных ставок, – прим. ред.), предлагаем опробовать ее на торгах по государственному заказу, а также на торгах по конкурсам естественных монополий», – отметила Юлия Бондарева.

Между тем, по мнению Дмитрия Маркарова, «в предложениях ФАС насчет госзаказа определенный смысл есть, ведь это клиенты с большим парком, где можно сократить какую-то часть издержек. Однако все это приведет к обнулению ставок и их снижению, и все равно приведет к потерям».

«Мы считаем, что выиграют страховщики из третьей десятки, готовые представлять качественный сервис, что даст им возможность вырваться вперед. Если мы отработаем модель на органах государственной власти, то простые потребители не смогут сразу пострадать в случае ухода компаний», – подвела итог Юлия Бондарева.

Артем Барабанов

«Оптимистичный» ОМС

9 июля 2010 года Госдума приняла в первом чтении пакет законопроектов об обязательном медицинском страховании, который должен заработать с 2011 года.

Вся власть – федеральному фонду ОМС

По мнению ряда экспертов, новый закон, призванный упорядочить существующую систему финансирования ОМС, предусматривает лишь «косметический» ремонт отжившей свое системы и ущемляет права застрахованных. Например, он ставит крест на независимой экспертизе качества медуслуг, позволяет страховщику взыскать с застрахованного расходы на лечение при нарушении им врачебных предписаний. Медобслуживание для бедных будет ухудшаться, а для богатых улучшаться, считают оппоненты предлагаемой реформы. Законопроект в первую очередь направлен на то, чтобы позволить финансово сбалансировать систему ОМС, поскольку сегодня тарифы на медуслуги в разных регионах отличаются в 2–10 раз. Новые изменения заставляют субъектов РФ перечислять взносы за неработающих (дети, пенсионеры, безработные) в полном объеме, тогда как сегодня региональные бюджеты выделяют средства на эти цели по принципу «кто сколько может».

Законопроект закрепляет отказ от страховой медицины в пользу бюджетно-распределительной системы оказания медуслуг. Тем не менее, разработчик законопроекта – Минздравсоцразвития – преподносит как одно из преимуществ нового закона возможность направить дополнительные средства на модернизацию здравоохранения. Напомним, что с 2011 года взнос на ОМС увеличивается на 2% — до 5,6%. Это позволит в 2011-2012 годах получить дополнительные 460 млрд рублей, из которых 300 млрд рублей предполагается направить на ремонт и реконструкцию больниц и поликлиник, 24 млрд рублей – на информатизацию здравоохранения (в том числе, электронный полис ОМС), еще 136 млрд рублей – на обеспечение стандартов оказания медицинской помощи (зарплату медиков, обеспечение лекарствами и питанием больных, расходы на материалы и диагностические

средства). Но уже с 2013 года эти средства пойдут на оплату медуслуг в системе ОМС по полному тарифу, который будет покрывать все расходы медучреждения (на текущий ремонт, коммунальные платежи, покупку оборудования до 100 тыс. руб., которые сегодня покрываются за счет бюджетов). Исключение составят затраты на капитальный ремонт и покупку дорогого оборудования — на это будут выделяться бюджетные средства.

Предполагается отказ от многоканального, в первую очередь, федерального финансирования обязательного медицинского страхования. Все взносы по ОМС будут собираться и распределяться федеральным фондом ОМС. Собираемых средств и прежде не хватало на оплату медуслуг (за счет страховых взносов покрывалось до 65% расходов). Тогда как новый законопроект нацелен на полную оплату тарифов (с включением в него всех затрат, включая расходы на приобретение оборудования до 100 тыс. руб и т.д.), правда, с переходным периодом в два года. При этом основным плательщиком взносов оказывается работодатель, которому придется перечислять за каждого своего работника 12 тысяч рублей в год, из которых только треть пойдет на оплату медпомощи самому работнику.

Еще почти треть (27%) этих средств пойдет на дотирование услуг для неработающих, поскольку взносы за неработающее население определены для бюджетов субъектов федерации из расчета 3 тыс. рублей в год за человека. И еще 40% – на развитие сети медучреждений (сейчас на эти цели собираемые взносы не идут).

Куда пойдут деньги за больным

Новый закон декларирует массу нововведений, таких, например, как право выбора пациентом клиник и врачей, права на возмещение ущерба, страхование от финансовых рисков страховщиков, укрепление финансовой достаточности системы ОМС. «Центральным элементом системы ОМС становится человек, которому обеспечивается право выбора врача, медучреждения, страховой компании», — отметил первый зампред комитета Госдумы по охране здоровья Николай Герасименко, представляя новый закон депутатам. Он подчеркнул, что с принятием этого закона больной сможет напрямую обратиться в любую поликлинику, ка-

кую пожелает. Однако как на практике это будет реализовано, не ясно, поскольку и со стороны клиники, и со стороны конкретного врача просто может не быть на то согласия. При этом почему-то за пациентом вводится право один раз в год выбирать себе страховщика и врача, тогда как по существующим нормам это право у него не ограничено. По мнению некоторых депутатов, закон далеко не совершенен и не улучшает положение застрахованных. Проект еще нуждается в доработке: целесообразно более чётко разграничить и определить функции, полномочия и ответственность всех участников системы ОМС. «Ситуация с финансированием медуслуг для населения не улучшится, – полагает депутат Госдумы Оксана Дмитриева, – поскольку в прежний тариф предполагается включить и другие статьи расходов, в том числе, текущий ремонт и коммунальные платежи».

«Медобслуживание для бедных будет ухудшаться, а для богатых улучшаться – вот к чему ведет предлагаемый законопроект, поскольку он допускает частные клиники в систему ОМС»,– считает депутат Михаил Емельянов от «Справедливой России». Новый закон предполагает, что деньги пойдут за пациентом, который будет выбирать для себя лучшее, а значит, немалые средства из ОМС поступят в хорошо обеспеченные, в том числе, частные клиники, а районные бедные клинки будут получать еще меньше финансирования, объяснил Емельянов. Герасименко парировал это тем, что отказаться от включения частных клиник в систему ОМС нельзя, поскольку «надо создавать конкуренцию – иначе загнивание». Вопросы вызывает и статья, по которой страховая компания имеет право предъявлять гражданину иск за несоблюдение предписаний врача. «Если пациенту выписывают дорогие лекарства, которые он не может позволить себе купить, это тоже будет означать, что он нарушил режим», – возмущался Емельянов.

Улучшится ли положение застрахованных?

Прежде с критикой законопроекта выступило экспертное сообщество, в том числе, страховые компании и сами медики. Так, бизнес не устраивает то, что новый закон не прописывает механизмы успешной реализации нововведений, а также увеличение финансовой нагрузки. В Институте современного развития (ИНСОР), считающемся мозговым центром Кремля, указывали, что закон не просчитан финансово и ухудшает положение застрахованных.

Новый закон декларирует и массу других нововведений, таких, например, как права на возмещение ущерба, страхование от финансовых рисков страховщиков, укрепление финансовой достаточности системы ОМС. Но все они «законодательно не поддержаны механизмами их успешной реализации», говорится в экспертном заключении Российского союза промышленников и предпринимателей. И РСПП уже выступил против принятия нового законопроекта об ОМС в его нынешнем виде.
Кроме того, новый проект закона ограничивает конституционное право граждан на бесплатную медпомощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, превращая граждан в «застрахованных лиц», сокрушаются юристы. И предупреждают, что без предъявления полиса медицинскую помощь в России получить может оказаться невозможным. По мнению участников рынка, новый законопроект нуждается в серьезной доработке. «За пациента никто не несет ответственность», – считает генеральный директор СК МАКС Надежда Мартьянова. Если работодатель платит деньги за своего работника, он должен участвовать в контроле качества: в противном случае непонятно, за что тот платит. А если работников лечат плохо, должна быть возможность выйти из системы.

«И идея перехода на одноканальное финансирование, и идея полного тарифа сами по себе хороши, но также важно какими

Немного статистики:

Сегодня Россия находится на 88 месте в мире по уровню финансирования медицины и 137 по показателям здоровья. Для сравнения США – на 37.
Медицина в нашей стране давно не бесплатна. Согласно исследованию ВШЭ, более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% – за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% – за стоматологические услуги.
Чем беднее регион, тем больше его жители тратят личных денег на лечение, компенсируя недостаток государственного финансирования. Как показало «Национальное обследование благосостояния домохозяйств и участия в социальных программах» (НОБУС), в экономически развитых регионах бесплатно лечится около 70% заболевших, а в депрессивных регионах – только 55%.

способами они достигаются, какие механизмы будут включаться, – считает заместитель генерального директора «РОСНОМС» Юрий Бондарев. – Думаю, что у богатых регионов может возникнуть некое недоумение. Диспропорция очень выражена».
Сейчас по данным директора департамента развития медстрахования Минздравсоцразвития Владимира Зеленского, тарифы, например, в Москве могут быть в 2 раза выше, чем в Подмосковье, и из-за этого Москве с областью рассчитываться проблематично. В целом по стране разница между «бедными» и «богатыми» регионами наблюдается десятикратная. Пока не ясно, насколько эти препятствия новый

законопроект сможет исключить, поскольку им вводятся единые требования лишь к составу базовых программ ОМС.
Интересно, что при этом, только в рамках базовой программы застрахованный сможет рассчитывать на получение медпомощи в любой точке страны. Однако по данным генерального директора Межрегионального союза медицинских страховщиков Дмитрия Кузнецова, из базовой программы исключены практически все социальные инфекционные заболевания, включая туберкулез и венерические заболевания, а также наркологические заболевания, алкоголизм, все стоматологические заболевания, восстановительное и реабилитационное лечение, спортивная медицина, лечение последствий радиации, медицина катастроф. Кроме того, нет ясности с тем, включены или нет в базовую программу анестезиология и хирургия, острые заболевания и состояния, несовместимые с жизнью.
Сомнения экспертов вызывает и вопрос перехода на единые стандарты медпомощи. Как заметил исполнительный вице-президент РСПП Виктор Черепов, когда пару лет назад эксперты провели необходимы расчеты, выяснилось, что такой переход потребовал бы 10-15 кратного увеличения нынешнего бюджета здравоохране-

ния. Впрочем, директор департамента развития медстрахования Минздравсоцразвития Владимир Зеленский и сам признался, что хотя тарифы и должны быть посчитаны исходя из заданных стандартов, но «написать те стандарты, которые впишутся в определенные финансовые ограничения чрезвычайно проблематично. Мы тогда окажемся весьма дефицитными даже при ставке в 20%». При этом Зеленский добавил, что сейчас начинается пилотное внедрение таких стандартов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических, и помощи при ДТП.

Крест на независимой экспертизе

Ряду экспертов вводимые изменения представляются не более чем манипулированием, которое усугубит существующий хаос.
«Система не изменится, пока не будет принято жестких правовых решений, – полагает Александр Саверский, президент «Лиги защиты пациентов». – Не понятно, как будут увязаны страховые тарифы и новые нормы госзаданий».
По мнению экспертов, законопроект ставит крест на независимой медицинской экспертизе, которая позволяла пациенту отстаивать свои права в суде: теперь чтобы быть экспертом страховой организации, врач обязан будет работать еще и в ЛПУ.
«Подобное уже происходит в Смоленской области, в Санкт-Петербурге, в Нижнем Новгороде, где экспертов обязали работать в лечебных учреждениях, – говорит профессор Алексей Старченко, член правления «Лиги пациентов». – Я не видел ни одного мало-мальски серьезного заключения этих экспертов, потому что они фактически скатываются на позиции ЛПУ, которое угробило пациента. Они не привлекаются к ответственности за дачу ложных показаний, в лучшем случае извиняются, говоря, что ошиблись».
Нынешняя система далеко не совершенна, но с новой рассчитывать на реальную защиту своих прав пациентам придется разве что в Европейском суде по правам человека, делают неутешительный вывод эксперты.
За те 10 лет, что у нас на словах шла реформе ОМС, это, по крайней мере, первый реальный шаг к изменению системы, полагают участники рынка. И сожалеют о том, что он делается в спешке. Несмотря на то, что законопроект вызывает неоднозначные оценки у самих участников рынка, его разработчики рассчитывают, что он заработает уже с 1 января 2011 года.

Ирина Курагина

Алексей ИГНАТОВ,
генеральный директор, ООО «Темис-Лекс»

Фото: Татьяна Белкина

Обзор законодательства

27.07.2010 г. вступает в силу Федеральный закон от 22.04.2010г. № 65-ФЗ «О внесении изменений в закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – Закон № 65-ФЗ).

Кратко об основных новеллах (в данном материале мы не будем касаться изменений, затрагивающих иных участников делового оборота, кроме субъектов страхового дела):

1) С 01.01.2012г. повышены требования к минимальному размеру уставного капитала страховщиков. Для страховых организаций, занимающихся исключительно медицинским страхованием, до 30 000 000 рублей, для всех остальных до 120 000 000 рублей (с сохранением действующих коэффициентов).

2) Орган страхового регулирования (сейчас это ФССН России) наделяется полномочиями по назначению временной администрации, приостановлению и ограничению полномочий исполнительного органа страховщика в случаях, предусмотренных ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)».

3) Для получения лицензии на осуществление страхования соис-

кателю дополнительно необходимо будет представлять документы, подтверждающие источники происхождения денежных средств, вносимых учредителями соискателя лицензии (физическими лицами) в уставный капитал.

4) Срок на принятие решения о выдаче или об отказе в выдаче лицензии увеличивается вдвое (до 120 дней). При этом решение о выдаче или об отказе в выдаче лицензии на осуществление дополнительного добровольного и (или) обязательного вида страхования, а также на осуществление перестрахования, принимается в течение 60 дней. О принятых решениях соискателю сообщается в течение 5 рабочих дней с момента его принятия.

5) Предусмотрен разрешительный порядок смены наименования, места нахождения и почтового адреса субъекта страхового дела в период ограничения или приостановления действия лицензии. Также в данный период будет необходимо получать разрешение органа страхового надзора на открытие филиалов/представительств.

6) Одновременно с приостановлением действия лицензии орган страхового надзора назначает временную администрацию страховой организации (за исключением случаев, когда временная администрация назначена ранее или на момент принятия решения о приостановлении лицензии в отношении страховщика введена одна из процедур, применяемых в деле о банкротстве).

На отдельных нововведениях хотелось бы остановиться несколько подробнее.

Во-первых, в качестве мер по предупреждению банкротства законодатель установил:

- оказание финансовой помощи финансовой организации ее учредителями (участниками) и другими лицами
- изменение структуры активов и пассивов
- увеличение размера уставного капитала финансовой организации и величины ее средств (капитала)
- реорганизация.

Перечень приведенных мер не является исчерпывающим и в отдельных случаях могут быть применены иные, не запрещенные законом меры (п.1 ст.183.1 Федерального закона «О несостоятельности (банкротстве)», далее – Закон о банкротстве);

Основаниями для применения указанных выше мер по предупреждению банкротства являются:

- неоднократный отказ в течение месяца в удовлетворении требований кредиторов по денежным обязательствам. Под таким отказом понимается неисполнение или ненадлежащее исполнение требований кредиторов по денежным обязательствам в тече-

ние десяти рабочих дней со дня возникновения обязанности удовлетворения таких требований, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

• Неисполнение обязанности по уплате обязательных платежей в срок свыше десяти рабочих дней со дня наступления даты ее исполнения.

• Недостаточность денежных средств для своевременного исполнения денежных обязательств и (или) обязанности по уплате обязательных платежей, если срок исполнения таких обязательств и (или) обязанности наступил (п.1 ст. 183.2 Закона о банкротстве).

Статьей 184.1 Закона о банкротстве дается пояснение о том, что именно следует понимать под отказом в удовлетворении требований кредиторов по денежным обязательствам, предусмотренным пп.1 п.1. ст. 183.2:

1) неисполнение или ненадлежащее исполнение в срок, установленный федеральным законом или договором страхования, обязанности по осуществлению страховой выплаты или выплаты страховой суммы *либо* неисполнение или ненадлежащее исполнение указанной обязанности, установленной вступившим в законную силу судебным актом;

2) неисполнение или ненадлежащее исполнение иного требования кредиторов по денежным обязательствам.

На данных нормах хотелось бы сделать особый акцент в силу большого количества вопросов, возникающих у наших клиентов об их толковании.

Поясним на элементарном примере: в течение одного месяца страховая организация дважды

отказывает в выплате страхового возмещения по событиям, которые не являются страховыми случаями. Допустим, при страховании имущества по риску «пожар», страхователь (выгодоприобретатель) требовал выплаты страхового возмещения в связи с повреждением застрахованного имущества в результате стихийного бедствия (наводнение). Страховщик вполне обоснованно отказывает в выплате, ссылаясь на то, что данное событие лежит за пределами действия договора страхования, однако страхователь (выгодоприобретатель) полагает, что отказ незаконен и страховая организация тем самым не исполняет его, как кредитора, требования. Возникает закономерный вопрос: кто наделен полномочиями по установлению факта о неисполнении (ненадлежащем исполнении) страховщиком обязательств, вытекающих из договора страхования? Очевидный, казалось бы, ответ, – суд, ломается, с точки зрения обывателя, о вторую часть подпункта 1 пункта 1 ст. 184.1, гласящего: «*либо* неисполнение или ненадлежащее исполнение указанной обязанности, установленной вступившим в законную силу судебным актом». Буквальное же толкование позволяет сделать следующие выводы. В первой части обсуждаемой нормы речь идет о возникновении обязательств страховщика в связи с наступлением страхового случая. Рассмотрев пакет документов, изучив обстоятельства наступления убытка и установив его размер, страховщик выносит решение о выплате страхового возмещения либо отказывает в выплате, не признавая наступившее событие страховым случаем. Страхователь

(выгодоприобретатель), являясь кредитором в обязательстве, может в судебном порядке потребовать взыскания суммы страхового возмещения, считая, что его права нарушены незаконным, с его точки зрения, отказом. Вынося решение об удовлетворении исковых требований или об отказе в иске, суд расставляет все на свои места. Если требования удовлетворены, то страховщик не исполнил или исполнил ненадлежащим образом свои обязательства по осуществлению страховой выплаты. Если же суд встал на сторону страховой организации, то факт неисполнения (ненадлежащего исполнения) не установлен и заявленные требования незаконны.

Говоря о неисполнении или ненадлежащем исполнении указанной обязанности, установленной вступившим в силу судебным актом, законодатель, скорее всего, имел в виду попросту неисполнение решения суда, тем более, что в п.2 ст.184.1 сказано буквально следующее: «предусмотренная подпунктом 1 пункта 1 настоящей статьи обязанность удовлетворения требований кредиторов по денежным обязательствам, состав и размер которых установлены вступившим в законную силу судебным актом, возникает с даты предъявления к исполнению исполнительного листа, выданного на основании вступившего в законную силу судебного акта».

Дмитрий Балакин: «Главный рецепт успешных продаж – одна линия бизнеса и один партнер»

По итогам третьего квартала 2009 года страховая компания «СиВ Лайф» собрала более 700 миллионов рублей страховой премии и менее чем за два года своей деятельности вошла в число 10 крупнейших компаний, специализирующихся на страховании жизни. О том, каким образом удалось совершить такой прорыв, нашему журналу рассказывает генеральный директор ООО «Страховая компания «СиВ Лайф» Дмитрий Балакин.

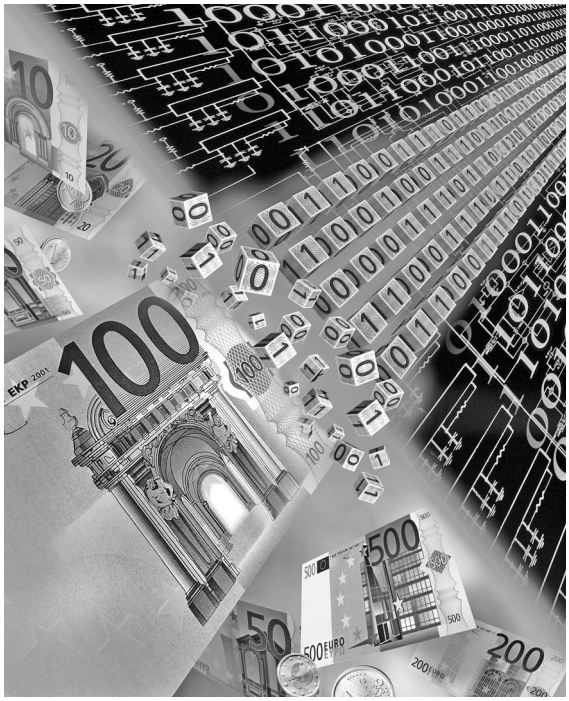
«Современные страховые технологии»: *Дмитрий Олегович, Ваша компания показала такие результаты по продажам страхования жизни через банковский канал, каких не показывает никакая другая компания на российском рынке. В чем тут секрет?*

Дмитрий Балакин: В принципе все очень просто. Мы взяли немецкую модель банковского страхования и перенесли ее на российскую почву. По оценкам независимых экспертов, эта модель считается наиболее эффективной для банковского страхования в Германии. Наша материнская компания Talanx и компании в её структуре, которые занимаются банковским страхованием, например, TARGO Versicherungen, считаются наиболее эффективными по продаже продуктов страхования жизни через банки. Каждый из продавцов этой компании заключает больше 90 договоров страхования жизни за год, что является своего рода бэчмарком по отношению к другим уважаемым немецким страховым компаниям.
В основе нашего подхода лежит коучинговая модель, согласно которой сами мы ничего не продаем, а прилагаем усилия к тому, чтобы банк успешно продавал продукт по страхованию жизни. Первые два условия успешных продаж – качественный продукт и качественный сервис. А третье условие – это система коучинга продавцов. Итак, у нас есть коучи, они отвечают за продажи в конкретных подразделениях или в конкретных каналах продаж банка. За каждым коучем закреплено определенное количество банковских подразделений.

ССТ: *Коуч – ваш сотрудник?*
Д.Б: Наш тренер. Он получает хорошую стабильную зарплату в нашей компании и имеет опыт активных продаж накопительного страхования жизни. Он хорошо понимает продукт и умеет его продавать. Как тренер коуч должен рассказать сотруднику банка о продукте и о том, как его продавать, а главное – с помощью разных инструментов мотивировать сотрудников к продажам. Самый простой из этих инструментов – установление и поддержание доверительных отношений, чтобы людям было приятно общаться.

ССТ: *А как насчет материальной мотивации?*
Д.Б: Материальная мотивация возможна только со стороны банка, у нас ее нет. Если банк считает, что правильно заплатить деньги за продажу, то он платит. Если банк считает, что правильно премировать сотрудника, он премирует. Мы как сторонняя организация можем только что-то рекомендовать, не более того. Ведь если сотрудник банка будет получать деньги из двух рук,

то возникнет вопрос, кто им управляет? Возможность платить в определенном смысле всегда означает возможность управлять



ССТ: *Насколько я знаю, иногда банки выдвигают требования к страховой компании, чтобы та тоже участвовала в мотивации. Например, выделяла деньги на проведение конкурсов и их призовые фонды. Или сама проводила конкурсы.*
Д.Б: Мы так делать не можем. «Ситибанк», если находит нужным, проводит конкурсы. Мы со своей стороны, повторюсь, можем только давать рекомендации.

ССТ: *Что главное в модели, которую вы применяете? Почему она позволяет достичь выдающихся финансовых результатов?*
Д.Б: Существенной частью результатов, которые мы показываем, является абсолютная фокусировка на банковском страховании. У нас нет людей, которые работают с агентами, нет людей, которые работают с брокерами, и никто не занимается корпоративными продажами. Все наши сотрудники занимаются исключительно банковским страхованием. Второй важный момент в достижении высоких показателей – работа всего с одним банком, всего с одним партнером – в то время, как у многих ведущих российских страховых компаний по 15-20 банков-партнеров. Наш стиль работы – абсолютная фокусировка во всем: занимаемся только одной линией бизнеса (банковским страхованием) только с одним партнером.

ССТ: *Почему у вас табу на расширение списка банков? Почему бы не расширить успех?*
Д.Б: Наша компания специализируется на бизнесе с одним конкретным банком. Все остальное теоретически можно обсуждать

с акционерами, но тот бизнес, за который я отвечаю, это бизнес с «Ситибанком». Безусловно, в фокусировании присутствуют некие ограничения, но, думаю, именно фокусирование позволяет нам получить лучший результат – хотя, конечно, при таком подходе к ведению бизнеса партнер должен быть достойным.

ССТ: *Какая задача стоит перед продавцами? Есть ли у них планы по продажам?*
Д.Б: От нас никаких планов нет. Задачи продавцам ставит только «Ситибанк».

ССТ: *А вы ставите «Ситибанку» план по продажам?*
Д.Б: «Ситибанку» мы тоже планы не ставим, но, безусловно, оговариваем ожидаемые результаты, и каждая из сторон понимает, чего хочет другая. Что касается продавцов, то нормальной считается ситуация, когда продавец «Ситибанка» за месяц продает хотя бы два полиса по лайфу. Если таких продаж вообще не происходит, ситуация выходит из рамок допустимого. Иными словами, в «Ситибанке» существуют определенные ожидания по активности, то есть, по количеству заключенных сделок. Судя по всему, на уровне более высоких структурных единиц, чем продавцы, существуют определенные ожидания по продажам. Но не планы, нет – все-таки банк занимается предоставлением спектра финансовых услуг и выставлять продавцам план по продажам страховок не совсем правильно.
То, как складываются наши отношения с «Ситибанком», свидетельствует об их достаточно зрелом уровне. «Ситибанк» показывает высокие результаты по продажам накопительного страхования жизни уже много лет. Если бы нашим партнером был банк, для которого лайф был бы новым продуктом, думаю, отношения строились бы несколько иначе. Тем не менее, если продавцами накопительного страхования жизни являются сотрудники банка, то в конечном итоге банк диктует, как этих людей вознаграждать, как поощрять, какие меры взыскания применять.

ССТ: *Заказчиком продукта является банк? Или страховая компания тоже может что-то предлагать?*
Д.Б: Оба партнера могут предложить продукты, и в дискуссии рождается определенная истина.

ССТ: *Возможно ли расширение спектра продуктов?*
Д.Б: Накопительное страхование жизни очень консервативная отрасль, в том числе, и с продуктовой точки зрения. Но мы горды тем, что в самом начале сотрудничества с «Ситибанком» ввели новые опции для нашего консервативного продукта, а именно, накопительное страхование в иностранной валюте. Сначала это были рубли и доллары, позже мы добавили евро. До этих нововведений клиентам «Ситибанка» предлагали только рублевые накопительные проекты. В сегодняшних сложных условиях накопительная программа в трех валютах позволяет клиенту диверсифицировать валютные риски достаточно широко и минимизировать их.
Еще одно наше нововведение – добавление к годовым платежам полугодовых и квартальных, что позволило расширить наш клиентский сегмент и увеличить продажи.

ССТ: *Как проводится обучение сотрудников банка?*
Д.Б: Когда приходит новый сотрудник банка, он должен освоить определенную учебную программу. Продукты по страхованию жизни являются ее частью. Обучение – в том числе, тренинги – проводят наши сотрудники. Новый сотрудник банка сразу же попадает в зону пристального внимания одного из наших коучей, который проводит обучение нашему продукту сверх стандартного курса и тому, как этот продукт продавать. В дальнейшем тот же коуч будет курировать нового продавца.

ССТ: *Сколько времени занимает первичное обучение? Принято ли периодически проводить обучение, направленное на решение вопросов, которые возникают в процессе работы?*
Д.Б: Первичное обучение проводят в течение одного дня. В это время рассматривается всего один продукт. Дополнительное обучение проводится только в том случае, если вводятся новые опции нашего продукта. В противном случае повторений нет.

ССТ: *А если новый сотрудник что-то не понял? Или ему попался сложный клиент? Опять же вечная тема – работа с возражениями?*
Д.Б: Если падает средний взнос или средняя продолжительность полиса, то мы проводим дополнительные тренинги для

всех продавцов «Ситибанка». Происходит это довольно редко – один-два раза в год.

ССТ: *Иными словами, конкретные вопросы по работе с возражениями, подбором клиентов – в компетенции коуча? Он постоянно отвечает на вопросы продавцов?*
Д.Б: Концепция нашего коучинга – коуч учит ловить рыбу, но не ловит ее для своего подопечного. Поскольку каждый коуч работает с большим количеством продавцов, если он будет сидеть рядом с каждым из них и вместе с ним «вытягивать рыбку», то количество «рыбок», которые он поймает за день, будет сильно ограничено. Если же он научит своих подопечных «ловить рыбу» и будет периодически смотреть, как человек «забрасывает удочку» и проходит все остальные этапы, то такой подход даст более высокую производительность. Именно этим и занимаются наши коучи: объясняют, что нужно делать. Иногда могут провести мастер-класс. Однако продажи происходят потому, что сотрудники «Ситибанка» обучаются продавать, а не потому, что коуч сидит рядом с продавцом.

ССТ: *Коучей учат в России? Кто их учит?*
Д.Б: Первых коучей, которых мы взяли, учили немцы. Мы и сейчас поддерживаем связи с Германией. Так, в прошлом году в качестве поощрения за достигнутые результаты вся команда наших коучей ездила в Германию смотреть, как работают немецкие коллеги. Это очень мотивирует. Новых коучей мы учим своими силами, то есть, опытные стажируют новичков.

ССТ: *Можно ли в отсутствии планов говорить о какой-то специфической системе контроля продаж?*
Д.Б: У нас есть наше внутреннее управление контроля продаж и внутренние планы. Мы ежедневно получаем статистику, ко-

торая показывает, где какие продажи состоялись. Это позволяет нам держать руку на пульсе.

ССТ: *Почему повторить ваши результаты не удалось ни одной компании? В чем главный секрет?*
Д.Б: Безотказно действующей магической формулой я считаю нашу бизнес-модель, которая, как я уже говорил, основана на фокусировке на одном партнере и одной-единственной линии бизнеса

ССТ: *То есть, если какая-то молодая страховая компания захочет повторить ваш успех, то ей нужно выбрать достойный банк, сосредоточиться на одном продукте, который будут продавать, и ни на что больше не обращая внимание, тренировать сотрудников этого банка?*
Д.Б: Думаю, что если эта компания поставит своей задачей не просто продажи накопительного страхования жизни, а именно банковское страхование, это будет правильно.

ССТ: *Иными словами, хитрость еще и в том, что банковский менеджер интерпретирует страхование жизни как часть инвестиционного портфеля человека, верно?*
Д.Б: Безусловно. Я уверен, что можно очень успешно продавать и через агентов, и через брокеров, через другие каналы, но если говорить о продажах через банки, то для получения хороших результатов надо очень сконцентрироваться.

ССТ: *В чем Вы видите основную ошибку рынка?*
Д.Б: Я не вижу ошибок, наоборот – вижу прогресс и считаю, что рынок в сегменте банковского страхования развивается очень активно. Если пять-шесть лет назад продажи накопительного страхования жизни или даже страховых продуктов через банки были не очень большими, сейчас они гораздо больше.

Беседовала Татьяна Робулец

Почему растут продажи автокаско в прямой модели

В кризисный 2009 год на 20% сократился спрос на автокаско, при этом прямые продажи (через интернет и по телефону) тех же полисов двукратно возросли. Эксперты полагают, что в 2012 году прямое страхование займет от 7 до 12% рынка, а в 2015 году, возможно, и 25-30%. В текущем году, по прогнозу «Эксперт РА», объем премий здесь в 4 раза превысит показатель 2008 года и достигнет 3,2 млрд рублей.

Экономия времени, сервис и цена

Сегодня многие компании, работающие в рамках прямой модели, показывают существенный рост сборов по автокаско на фоне общего падения рынка автострахования (-14%).

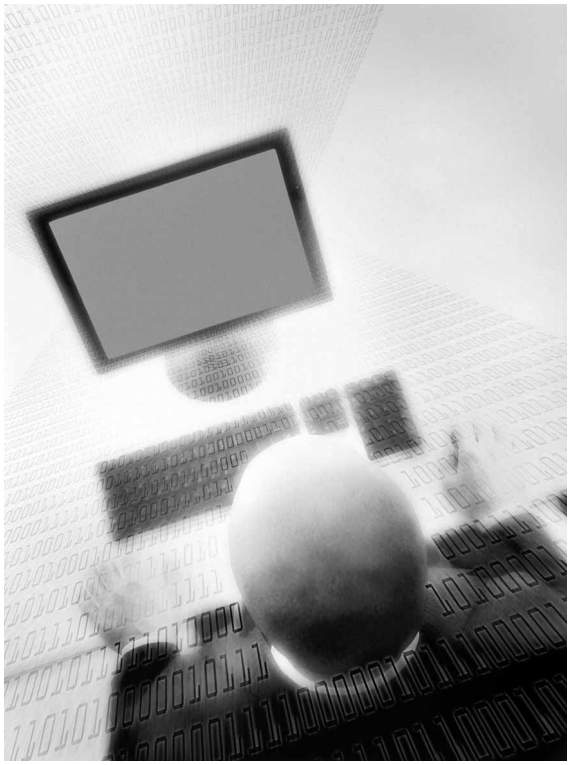
«В первом квартале этого года по директ-направлению мы собрали 70 млн рублей страховых премий, что на 40% выше, чем за аналогичный период прошлого года, – говорит заместитель генерального директора «КИТ Финанс Страхования» Александр Потитов. Положительную динамику подтверждают и в «Ренессанс страховании»: «По итогам первого квартала сборы Ренессанс Direct превысили 120 млн рублей, что более чем на 20% превышает аналогичный показатель прошлого года».

Подобный динамичный рост компании объясняют не только активным маркетинговым продвижением директ-страхования, но и его выгодными сторонами для потребителей: возможностью сэкономить (10%-20%), быстро и просто, в любое удобное время оформить полис, пролонгировать его, внести в него изменения, использовать преимущества удаленного урегулирования (с возможностью получить направление на ремонт с места ДТП, если авария небольшая), легко получить обратную связь.

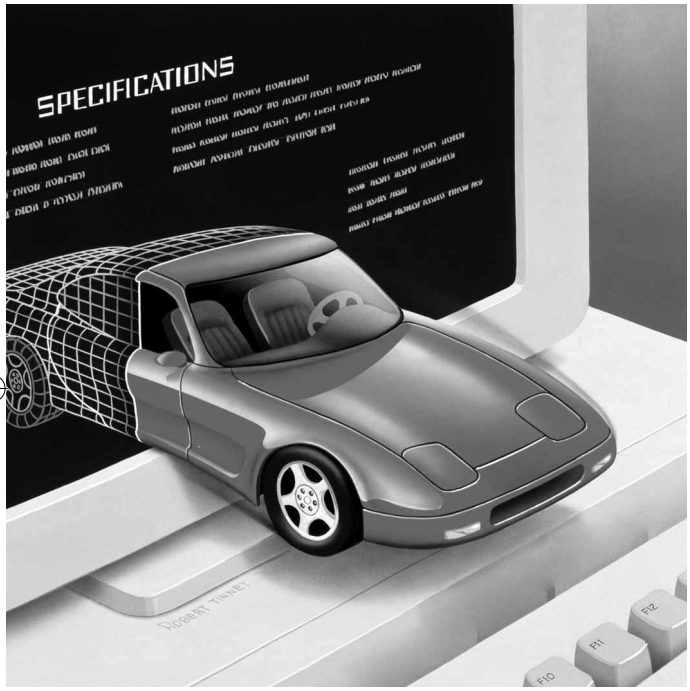
Оптимистичные прогнозы с перспективой охвата direct-страхованием в ближайшие годы четвертой, а то и третей части рынка не в последнюю очередь связываются direct-страховщиками с активным развитием интернета. «В России уже сегодня более 35 млн пользователей интернета, и количество их постоянно растет, – констатирует исполни-

тельный вице-президент Группы «Ренессанс Страхование» Ольга Ослон. – Очень скоро купить страховку через интернет или заявить подобным образом страховщику о страховом случае для миллионов людей станет настолько же естественным, как найти необходимую информацию на интересующую тему в Яндексе или там же посмотреть пробки на дорогах перед выездом из офиса».

Экономия времени, сервис и цена – это те преимущества, которые обеспечивают рост продаж в прямой модели, – резюмирует директор по страхованию и развитию бизнеса «ИНТАЧ СТРАХОВАНИЯ» Мария Мальковская, замечая при этом, что многие автовладельцы в период кризиса стали более требовательными к сервису.
Как показали исследования по качеству обслуживания клиентов последних месяцев «КИТ-Финанс Страхования», для клиентов стали важны такие простые вещи, как возможность дозвониться до компании, простота обращения и получение обратной связи. И в этом direct-страховщики стараются преуспеть. «Если клиент позвонил, то по любому вопросу его сразу проконсультируют, не будут переключать с одного эксперта на другого, в крайнем случае, найдут для него в течение получаса специалиста и перезвонят, – говорит руководитель управления актуарных расчетов «Контакт-Страхования» Вера Гудкова. – В итоге уровень перезаключения договоров у нас выше, чем у традиционных компаний». Для клиента, конечно же, актуален и сам момент истины – как общается страховая компания со страхователем в период урегулирования страхового события, насколько слаженно идет процесс взаимодействия, присутствует ли практика отказа в выплатах по необоснованным причинам и формальным основаниям.



«Клиенту важно, чтобы урегулирование проходило быстро, комфортно и доброжелательно, – констатирует Ослон. – Доброжелательность, конечно, зависит от тех людей, которые работают в компании. Но быстрота и удобство зависят от того, насколько прост, прозрачен и управляем процесс выплат внутри компании». А это получается только в случае, если процесс полностью автоматизирован, полагает Ослон. Впрочем, если еще в момент оформления полиса клиент смог получить полную информацию по вопросу, от каких рисков он на самом деле застрахован, то исключаются недоразумения при урегулировании страхового события. Впрочем, это актуально при любом способе приобретения страховки, другое дело, что в данное случае клиенту самому приходится вникать в то, за что он действительно платит. А значит, у него будет меньше вопросов к страховщику в момент обращения за выплатой.



«В момент покупки полиса страховая компания должна четко объяснить клиенту все условия: какие именно расходы и в каком размере она возмещает, тогда клиент точно знает, чего ожидать от урегулирования, и он никогда не будет разочарован несправедливостью выплаты, – дополняет Ослон. – Именно поэтому на нашем сайте мы реализовали возможность для клиентов, самостоятельно покупающих полис, видеть, какие опции каско входят в полис и как меняется цена в зависимости от выбора клиента». Клиент сам решает, нужен ли ему аварийный комиссар, хочет ли он, чтобы его машина ремонтировалась только на определенном сервисе, короче говоря, он всегда знает, за что платит.

В сегменте прямого страхования клиент, как правило, лучше информирован о возможностях

франшиз и поэтому не удивительно, что у отдельных страховщиков сегодня через этот канал уже каждый третий полис продается с франшизой. По мнению прямых страховщиков, франшиза (позволяющая снизить цену полиса) влияет на объемы продаж. Если у универсальных компаний до последнего времени франшиза в большинстве своем не пользовалась особой популярностью у автомобилистов (как правило, она включалась в условия 2-3% продаваемых полисов), то direct-страховщики ее сегодня активно продвигают. Отсутствие интереса к франшизе прежде объяснялось тем, что ее применение порой не очень заметно сказывалось на стоимости полиса, а агенты (работающие за процент с продаж) не особо заинтересованы экономить деньги клиентов. Между тем, этот инструмент активно применяется на развитых рынках, например, в Европе редкая компания продаст страховку на машину без франшизы.

«Поскольку мы не работаем через агентов и можем сами мотивировать сотрудников колл-центра, то наш результат совсем иной: 75% полисов продается уже сейчас с франшизами», – отмечает Мальковская. И если еще пару лет назад у клиентов direct-страховщика преобладала самая маленькая франшиза (5 тысяч рублей), то в период кризиса предпочтения клиентов несколько изменились: размер средней франшизы составляет уже 10-15 тысяч рублей.

«У нас клиент может сам при желании выбрать франшизу (от 0,5% до 10% от страховой суммы) с первого или со второго случая, последнее предложение в большей степени популярно у страхователей, – замечает Гудкова. – Для машин 2004 года выпуска и старше предусмотрена обязательная франшиза в 5% по ущербу и 15% по угону. Но от франшизы по ущербу можно и отказаться – в этом случае надо будет больше заплатить за страховку».

Индивидуальный расчет

Потенциальные клиенты direct-страховщиков – те, кто сам готов подобрать для себя наиболее выгодное на рынке предложение.

«Как правило, это люди занятые, которые ценят сервис, знают цену деньгам и умеют соотносить оба критерия. Конечно, цена для них хотя имеет значение, но далеко не финальное» – полагает Мальковская. Люди, которым могла быть интересна прямая модель, есть в любой возрастной группе, замечают страховщики. Конечно, в меньшей степени к ней склонны люди старшего поколения, более ориентирован-

ные на контакт с посредником. Но именно по таким клиентам в сравнении с молодыми водителями страховщики имеют меньшую убыточность.

«Только 40% клиентов старше 45 лет готовы к прямой модели страхования, – признается Мальковская. – Но поскольку для этой возрастной группы имеет значение и период присутствия компании на рынке, то как только наши акционеры (компания RSA, которой 300 лет) довели до 100% свою долю в капитале компании, этот факт немедленно сказался на портфеле компании».

Каждый страховщик в состоянии управлять процессом привлечения наиболее интересных ему клиентов. Но именно работа в прямой модели позволяет страховщикам наиболее оперативно исследовать спрос, проводить гибкую ценовую политику, вести учет большего числа тарифных факторов. При проведении андеррайтинговой стратегии, например, в «ИНТАЧ СТРАХОВАНИИ» учитывается интерес компании к водителям от 30 лет со стажем не менее 5 лет. Но это не значит, что не страхуют более молодых и менее опытных. Просто восемнадцатилетнему мальчику на спортивной машине (как потенциально высокорискованному клиенту) будет дано предложение, фактически означающее, что компания не хотела бы брать его на страхование. При расчете тарифа здесь также учитывают ряд поведенческих факторов, которые между собой еще и комбинируются.

«Кто холост и детей не имеет, получает больший тариф в сравнении с людьми семейными», – говорит Мальковская. По мнению страховщиков, эти обстоятельства сказываются на манере поведения за рулем, человеку семейному да еще с детьми есть что терять. Стоить полис таким клиентам может в итоге до 15-20% дешевле. Но вот что удивительно: оказалось, что на такие скидки могут рассчитывать только семьи, воспитывающие не больше четырех детей. Если же их хотя бы пятеро, статистика страховщиков говорит не в пользу многодетных.

У каждой кампании может быть и свой стоп-лист на определенные марки машин. «Контакт-Страхование», например, сегодня не берется страховать машины vip-класса, такие как Мазератти. Здесь откажут в принятии на страхование иностранной машины старше 10 лет, и отечественной 2005 года выпуска и старше.

«Мы ввели ряд ограничений (по ценовому сегменту) на небольшие машины с определенного года выпуска, например, Нисан Микро 2001 года уже не возьмем на страхование, – рассказывает Вера Гудкова. – Подходим к это-

му очень избирательно, машины, попавшие в стоп-лист, как правило, и не страхуют».

Момент истины

Урегулирование у страховщиков, работающих в прямой модели, как правило, полностью контролируется компанией, и на аутсорсинг не отдается. «Сейчас мы полностью контролируем урегулирование, требования к этому процессу у нас очень высокие и отдать его не аутсорсинг мы не можем, – отметили в «ИНТАЧ СТРАХОВАНИИ». – В то же время в Европе этот процесс зачастую отдают партнерским компаниям».

«Недавно мы ввели ускоренное урегулирование, когда в момент регистрации убытка, не относящегося к числу тяжелых (повреждено не больше трех деталей), мы сразу направляем клиента через колл-центр на сервис, который ему подходит», – рассказывает Мальковская. Контроль качества урегулирования, например, в «ИНТАЧ СТРАХОВАНИИ» базируется на том, что компания специально собирает все отзывы клиентов, регистрирует их в системе и, таким образом, те СТОА, которые обслуживают клиентов хорошо, попадают в «зеленую зону» страховщика. А поскольку на такие СТОА в первую очередь получают направления клиенты, не отдающие предпочтения какому-либо сервису (и таких большинство), то это еще является и той оптимальной мерой, которая позволяет страховщику всегда договориться со СТОА.

«Количество СТОА, находящихся в «зеленой зоне», у нас стабильно: это крупные сетевые мультибрендовые сервисы, которые позволяют выстроить отноше-

ния по всем возможным маркам и моделям, – добавляет Мальковская. – У клиента есть право в момент покупки полиса сразу выбрать определенный сервис, в котором он хочет обслуживаться. Если же у него нет преференций или он не знает, куда он хочет, то мы ему порекомендуем

СТОА, находящиеся рядом с ним, либо ту, которая оптимальна для марки и модели его машины».

Подводя итог, отметим, что продажи в прямой модели растут прежде всего потому, что они выгодны и удобны потребителю. К тому же прямые страховщики оперативно исследуют спрос и способны быстро реагировать на его изменения.
Однако стоить учесть, что в период кризиса увеличились риски direct-страховщиков, зависимых на начальном этапе от финансовой поддержки собственников. Поэтому тех, кто пришел здесь работать надолго, следует отличать от временщиков. Достаточно вспомнить пример РАСО, которая заявила о запуске РАСО Direct в марте 2009 года, когда у компании уже были проблемы с выплатами. А уже апреле того же года ФССН приостановила действие ее лицензии из-за большого числа жалоб клиентов на задержки и невыплаты, а в сентябре 2009 ее лицензия окончательно была отозвана.
Сегодня будущее и состоятельность прямого страхования находятся в прямой зависимости от решений акционеров этих компаний, которые субсидируют бизнес в расчете на его успешный рост в будущем. Поэтому потребителям стоит при выборе такого страховщика не в последнюю очередь обращать внимание и на то, кто стоит за данным проектом. Например, основным акционером «ИНТАЧ СТРАХОВАНИЯ» является крупнейшая мировая английская компания – RSA, КИТ-Финанс Страхования – консорциум инвесторов во главе с ОАО РЖД и менеджмент страховой компании.

Ирина Курагина

Скидка за страховые случаи

Журнал «Современные страховые технологии» открывает новую рубрику, в которой эксперты рынка будут оценивать новые страховые продукты. В этот раз речь пойдет о продукте, который минувшей весной вывела на рынок компания «ИНТАЧ СТРАХОВАНИЕ».

Редакция получила пресс-релиз, в котором говорится следующее: Компания «ИНТАЧ СТРАХОВАНИЕ» объявляет о выходе нового продукта по каско – «Опытный водитель». Приобретая этот продукт, потребитель может значительно уменьшить сумму премии, ограничив число страховых случаев, которые покрывает полис. Например, выбрав ограничение «только один страховой случай», автовладелец может сэкономить 20% от премии по каско. В случае если установлен лимит «только два страховых случая», скидка от премии по каско составит 10%. «Таким образом мы даем понять, что быть аккуратным водителем выгодно», – отмечает генеральный директор ОАО «ИНТАЧ СТРАХОВАНИЕ» Георгий Аликошвили. Полис действует в течение года либо до момента достижения установленного по полису допустимого количества убытков. Другими словами, если установлен лимит на один страховой случай по каско, то при его наступлении действие полиса прекращается.

Редакция предложила экспертам рынка прокомментировать потребительские свойства нового продукта «ИНТАЧ СТРАХОВАНИЯ».

Мелкие царапины или крупный убыток?

Идею ограничения количества страховых случаев на рынке эксплуатируют уже давно – например, «Ингосстрах» и «Росгосстрах» предлагают своим клиентам продукты с практически идентичными названиями: «По первому страховому случаю» и «До первого страхового случая» соответственно.
Главный вопрос, который возникает при ограничении числа страховых случаев, как им распорядится потребитель?

«Легко предположить, что «растратив» допустимые страховые случаи на мелкие аварии, клиент останется без какой-либо защиты в случае еще одного ДТП с убытком на крупную сумму, – размышляет Игорь Иванов, заместитель генерального директора «РЕСО-Гарантии». – С другой

стороны, выбирая страховой продукт, клиент должен понимать, в каких случаях при повреждении транспортного средства он будет обращаться к страховщику за выплатой, а в каких нет. Очевидно, что обращаться при незначительном повреждении ТС при страховании на таких условиях клиенту не выгодно и даже рискованно».
С Игорем Ивановым согласен Алексей Володяев, руководитель департамента андеррайтинга СК МАКС: «Маловероятно, что клиент с таким полисом пойдёт заявлять небольшой убыток страховщику – скорее всего, водитель предпочтёт отремонтировать машину самостоятельно. Обращаться в страховую компанию будет целесообразно только в тех случаях, когда размер ущерба, как минимум, превысит цену такого же нового полиса».

Оценивая выгоду потребителя, Илья Григорьев, руководитель управления андеррайтинга автострахования СК «АльфаСтрахование», отмечает, что «получив дисконт, страхователь в итоге заявит самый крупный убыток, который у него произошел в течение года. Учитывая среднюю по рынку частоту наступления страхового случая и «простоту» оформления справок, это произойдет с большой вероятностью».

Та же самая франшиза

Игорь Иванов считает, что ограничение числа страховых случаев сродни франшизе, только работает это условие несколько иначе: зависит не от суммы ущерба, а от количества обращений. Развивая тему, заместитель генерального директора, руководитель Управления по страхованию средств автотранспорта СО «РЕСО-Гарантия» Сергей Масленков говорит следующее: «70% убытков страховых компаний представляют собой небольшие суммы, поэтому страхователь может избежать потери времени на ремонт царапины, позволяющей передвигаться на автомобиле, и купить заблаговременно для экономии сил и средств полис с франшизой. В чём радость его использования? Потребитель волен самостоятельно принимать решение о необходимости заявления убытка в страховую компанию. Если он считает, что убыток крупный, он заявляет в свою страховую компанию, его автомобиль ремонтируют, а он оплачивает размер франшизы (в «РЕСО» это 6000 рублей). А теперь представим ситуацию, когда страхователь, имеющий в кармане полис с единственным страховым случаем, разбил крыло автомобиля. Крыло отваливается и мешает спокойно передвигаться к реке в выходные. Клиент заявляет о страховом случае и ремонтирует машину. Что будет с его ТС и страховкой в будущем? Получив отремонтированный автомобиль, он подписал приговор своему будущему – страховым случаев больше не будет. Он уверен. Стоит ли его уверенность 6 000 рублей, которые он доплатит в будущем, если с ним, безубыточным клиентом, случится второе ДТП?»

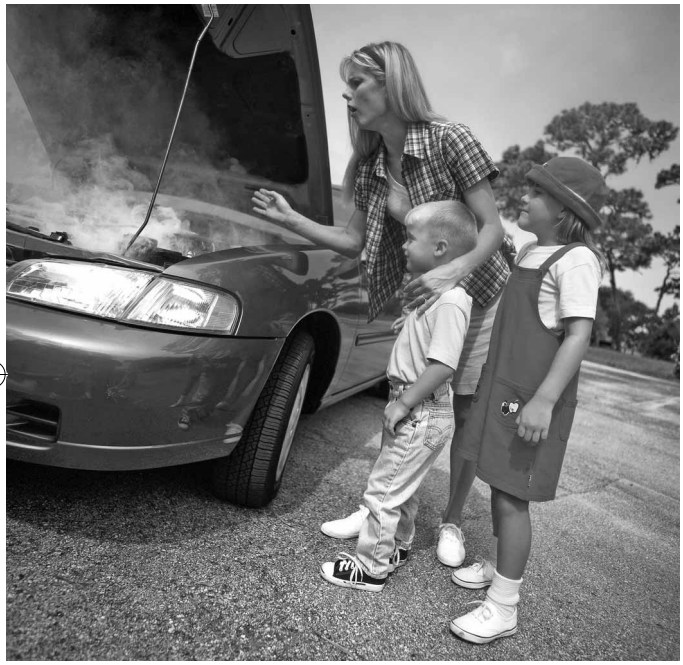
Какую скидку можно считать конкурентной?

По мнению Ильи Григорьева, сегодня многие страховщики уже имеют продукты, аналогичные интачевскому «Опытному водителю». Но их доля в портфеле мала – это нишевые продукты. Тем не менее, Илья Григорьев полагает, что при грамотном позиционировании в текущей продуктовой линейке продукт, безусловно, найдет своего покупателя.
Если переходить к рассмотрению величины скидки, то ее эксперты считают ее отнюдь не запредельной, а потому совершенно безопасной для страховой компании (тем более, имеющей крупного иностранного акционера). В качестве источника финансирования скидки эксперты называют уменьшение маржи и точный расчет вероятности наступления второго страхового события после первого – при том, что его убыток будет

превосходить убыток от первого страхового события.

Кто купит этот полис?

Способствует ли ограничение числа страховых случаев селекции портфеля? Мнения экспертов по этому вопросу разделились. Так, Илья Григорьев, опираясь на среднюю частоту страховых случаев (от 0,7 до 1), делает вывод, что продукт с ограничением в два страховых случая адресован скорее начинающим водителям, чем опытным. Алексей Водоляев считает, что лиц, попадающих в аварии более двух раз в год не так уж и много, поэтому соответствующий страховой продукт предназначен довольно широкому кругу лиц, использующих автомобиль в личных (некоммерческих) целях. Игорь Иванов констатирует, что в ДТП может попасть любой водитель, при этом вероятность повреждения ТС более двух раз за год намного меньше, чем одного.



«Вместе с тем, в большинстве страховых компаний при расчете тарифа учитывается понижающий коэффициент за безубыточное страхование, и эта скидка может достигать до 20% от базового тарифа, – продолжает эксперт. – Таким образом, опытным водителям, которые не попадали в аварии в течение страхового года, и так представляется значительная «скидка» при перезаключении договора на следующий год. Поэтому говорить о селекции портфеля за счет предложенного продукта не приходится. Кстати, не все на свете зависит от опыта водителя: в каско есть еще риск «противоправные действия третьих лиц», «падение предметов», «пожар» и целый ряд других. Не стоит забывать и того, что в самого опытного водителя может врезаться на светофоре новичок за рулем».

Елена Карпова

Ольга Степеннова: «Достижение максимальной эффективности программ ДМС невозможно без высокотехнологичных решений»

Несмотря на сложности на страховом рынке, связанные с кризисом, в РОСНО продолжают работать над новой ИТ-платформой для ДМС. О ее предназначении журналу ССТ рассказывает Ольга Степеннова, член Правления, заместитель Генерального директора, директор по медицинскому страхованию ОАО «СК РОСНО».

«Современные страховые технологии»: *Ольга Михайловна, какие задачи должна решить новая ИТ-платформа для ДМС?*
Ольга Степеннова: Мы приступили к реализации проекта, прежде всего, потому, что за последние несколько лет существенно вырос объем бизнеса ДМС, повысились требования

к эффективности программ страхования и бизнес-процессов. РОСНО обладает разветвленной региональной сетью (более 70 филиалов), в каждом из которых осуществляется медицинский андеррайтинг, взаимодействие с лечебными учреждениями, организация медицинского обслуживания и контроль качества оказываемых услуг. Единая ИТ-платформа нужна, в первую очередь, для того, чтобы все изменения информации о клиенте, которую ввели в систему в месте заключения договора, были бы доступны в режиме он-лайн в регионе обслуживания. Например, головная компания холдинга находится в Москве, и корпоративный договор ДМС заключается в Москве, но предприятия холдинга находятся в регионах, соответственно, застрахованные по корпоративному договору сотрудники предприятий будут обслуживаться, главным образом, в лечебных учреждениях своего региона.
Кроме того, эффективно управлять региональной сетью возможно только в условиях унификации и стандартизации бизнес-процессов, что, немыслимо без использования современных технологий. Единая ИТ-платформа позволит повысить качество и оперативность обслуживания клиентов независимо от региона заключения договора страхования и региона организации медицинской помощи.

ССТ: *Кто работает над проектом вместе с вами?*
О.С: Выбор вендора ИТ-решения был непростым и учитывал много критериев. Кроме основного критерия – соотношение цена/качество – мы учитывали длительность подобных проектов, обращали внимание не только на наличие опыта успешных внедрений, но и финансовую устойчивость партнера. Понимая, что российский ДМС в отличие от западного Private Health Insurance имеет специфику, которая, скорее всего, не знакома ни одному западному разработчику, мы распланировали внутренние экспертные ресурсы таким образом, чтобы максимально участвовать в разработке системы на всех этапах этого сложнейшего процесса, начиная с постановки задачи в форме технического задания и заканчивая нагрузочным тестированием, приемочными испытаниями.

ССТ: *В чем принципиальное отличие новой системы от той, которая используется в РОСНО сейчас?*

О.С: Как я уже отмечала, речь идет о единой платформе, т.е. едином информационном пространстве для работы всех подразделений компании, связанных с ДМС. Кроме того, впервые мы полноценно автоматизируем несколько новых модулей, в частности, модуль создания продуктов медицинского страхования и андеррайтинга рисков медицинского страхования, а также существенно расширяем автоматизацию медицинской экспертизы объемов и качества оказания медицинских услуг.

ССТ: *Как это связано с тем, что у каждого лечебного учреждения свой формат прейскуранта медицинских услуг? Можно ли в таких условиях автоматизировать контроль выставленных счетов?*

О.С: Отсутствие унифицированных форматов перечня услуг и их наполнения (наборы медицинских манипуляций) – большая общая проблема. Мы ее решаем путем создания собственного многоуровневого классификатора услуг, которые предусмотрены нашими страховыми продуктами и программами. Иными словами, мы идем не от научно-медицинского подхода, а от собственных программ страхования, от тех рисков, которые покрываются программами ДМС, и услуг, которые должны быть оказаны в соответствие с выбранной клиентом программой.

Счета из лечебных учреждений включают перечень услуг, оформленных в разных форматах. И даже если услуги имеют одинаковое название, они могут подразумевать разные наборы манипуляций. При вводе счетов в базу данных наш многоуровневый классификатор структурирует услуги, указанные в счетах, чтобы установить их соответствие с программой страхования. Есть услуги, которые за собой «цепляют» другую услугу, и если взаимосвязанная услуга отсутствует в полученном счете,

то может возникнуть подозрение в самом факте оказания услуги, что потребует дополнительной экспертизы. Наш классификатор учитывает такие взаимосвязи (услуги скомпонованы в группы, и таких групп больше 300).
Лечебные учреждения строят процесс оказания медицинских услуг с учетом различных стандартов лечения. Если согласно этим стандартам показано провести, условно говоря, 10 сеансов массажа, то лечебное учреждение будет стремиться провести 10 сеансов массажа – независимо от того, что лечебный эффект может быть достигнут при проведении меньшего количества процедур, что сэкономит время и, в конечном счете, деньги застрахованного. Поскольку в соответствии с законодательством медицинские страховые компании должны отслеживать объемы, сроки и качество предоставляемых медицинских услуг, то такие случаи рассматриваются отдельно – совместно с лечебным учреждением – в целях повышения эффективности и качества лечения.

ССТ: *Предусмотрен ли в новой системе контроль целесообразности назначений?*
О.С: Целесообразность назначений – тема неоднозначная, а если говорить об автоматизации проверки целесообразности назначения услуг, то вопрос нужно поднимать до уровня искусственного интеллекта. Пока никто не подошел к решению этой проблемы и вряд ли подойдет в обозримом будущем. Мы приняли концепцию, при которой выявляем и систематизируем закономерности оказанных услуг для того, чтобы избежать повторения одних и тех же рутинных операций, и таким образом повысить эффективность экспертизы. Выявленная однажды закономерность фиксируется в системе, и в дальнейшем все, что не укладывается в заложенный алгоритм, автоматически отправляется на повторный контроль. Задача медицинских экспертов будет состоять в том, чтобы искать новые закономерности, которые в дальнейшем будут автоматизироваться. Этот процесс тесно связан с процессом разработки новых продуктов.

ССТ: *Планируете ли Вы сократить расходы по обслуживанию застрахованных по ДМС в связи с введением новой ИТ-платформы?*
О.С: Автоматизация должна приводить к повышению производительности труда и улучшению качества продукта. И мы дей-

ствительно ожидаем, что в среднесрочной перспективе произойдет снижение затрат на обслуживание, и что самое важное, существенно повысится качество обслуживания наших клиентов. В том числе, за счет того, что объем информации, который предусмотрен к вводу в систему, позволит создавать инновационные продукты, то есть формировать новые конкурентные преимущества.

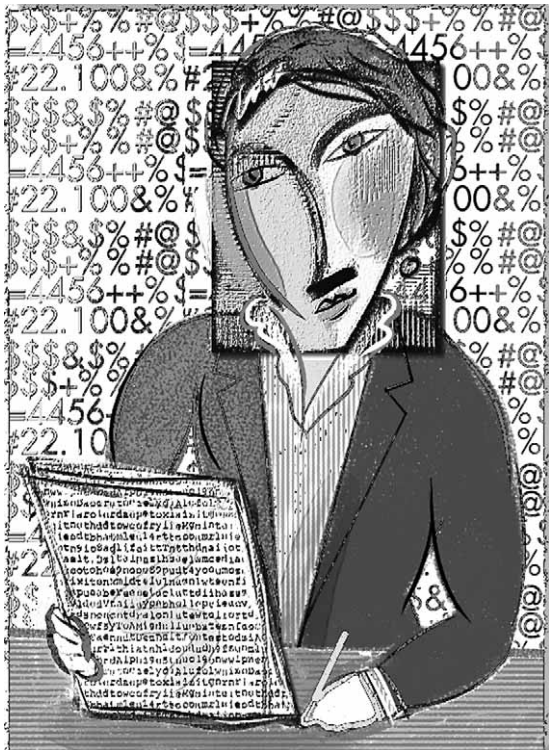
Всего каких-то пять лет назад подобная детализация в информации считалась излишней, сейчас же рынок становится таким изощренным, а конкуренция такой жесткой, что необходимо находить дополнительные ценности для клиента и повышать эффективность даже той бизнес-модели, которая еще вчера казалась эффективной. Кроме того, из-за кризиса страхователь сократил затраты на ДМС, но его ожидания остались по-прежнему высокими. Соответственно необходимо повышать эффективность на каждом участке бизнес-процесса, создавая конкурентные преимущества, которые позволяют компании выделиться на рынке. Для этого нужна информация – такая, о которой мы раньше и не задумывались.

Кроме того, информация позволит выстраивать более эффективные отношения с провайдерами медицинских услуг, существенно оптимизировать процесс принятия решений, что в свою очередь также приведет к снижению затрат, повышению качества обслуживания и росту бизнеса.

ССТ: *А как же экономия за счет оптимизации бизнес-процессов?*

О.С: Совершенно справедливо. Мы предусмотрели систему контроля за исполнением поручений, при реализации которой документооборот между исполнителями горизонтального уровня сократится в разы. Сотрудники будут получать задания на текущий день, планировать работу на несколько дней вперед. Риски потери рабочего времени при передаче информации или ее искажении будут сведены к минимуму. Контроль исполнения поручений и оперативное решение управленческих задач выйдет на качественно новый уровень. В результате возрастет лояльность сотрудников компании, повысится культура труда, прозрачность операций и управляемость процессами, что бесспорно приведет к дополнительному снижению затрат.

ССТ: *Ольга Михайловна, я слышала, что техническая экспертиза у вас уже автоматизирована.*



О.С: Техническая экспертиза – это регистрация и учет заявленных убытков: счетов, получаемых из лечебных учреждений, или пакета документов, получаемых от застрахованных для выплаты страхового возмещения. Прежде чем заявленный убыток будет учтен в базе данных, проводится идентификации застрахованных, сверка сроков действия полисов, покрываемых рисков и т.д. Этот процесс, как и многие другие, автоматизирован в РОСНО уже более 10 лет.

Вслед за технической экспертизой проводится медицинская экспертиза: врач-эксперт проверяет правильность назначений, эффективность лечения и качество медицинского обслуживания наших застрахованных, в том числе, с выездом в лечебное учреждение. Эта составляющая экспертизы была автоматизирована частично, в новом ИТ-решении мы заложили логику максимальной автоматизации медицинской экспертизы. В результате проведения двух видов экспертизы система формирует акт, в котором фиксируются все выявленные дефекты и который ложится в основу переговоров с лечебными учреждением. К сожалению, дефектов по-прежнему немало, особенно в тех регионах, где процесс учета пациентов и выставления счетов не автоматизирован, или там, где есть кадровые проблемы.

ССТ: *Как в новой ИТ-системе реализован подход к вопросу лояльности клиента к компании в целом?*

О.С: В корпоративной информационной системе компании ведется учет по каждому клиенту. Это дает возможность под-

ходить к клиенту комплексно и индивидуально. Кроме того, уже несколько лет работает специальная программа лояльности для клиентов ДМС под названием «РОСНО гарантирует». Смысл программы заключается в том, что мы выплачиваем застрахованному денежную компенсацию за подтвержденную экспертом некачественно оказанную услугу (вне зависимости от того, чья вина установлена). Таким образом, мы действительно отвечаем за качество предоставляемых услуг. Информация об этих гарантиях размещена на нашем сайте, на ней мы дополнительно акцентируем внимание клиентов на этапе заключения договора. Таким образом, информация открыта и доступна каждому.

ССТ: *Ольга Михайловна, в «Ингосстрахе» решение проблем с ЛПУ, которые возникают на почве ДМС, видят в развитии собственной сети клиник. Что Вы думаете по этому поводу?*
О.С: Открытие новых клиник, хорошо оснащенных, социально ответственных и эффективных с точки зрения внутренних бизнес-процессов, можно только приветствовать. Здоровая рыночная конкуренция среди медицинских учреждений нужна для дальнейшего развития отрасли. Сейчас мы, как и многие другие игроки рынка ДМС, ощущаем существенную нехватку сетевых медицинских учреждений. Кроме того, далеко не все компании, работающие на рынке медицинских услуг, имеют долгосрочный горизонт планирования. Это не может не сказываться на их отношении к партнерам, в частности, к страховым компаниям, к клиенту, и к таким наиважнейшим вопросам сегодняшнего дня, как собственная эффективность и управление качеством. Именно из-за дефицита долгосрочных взаимовыгодных партнерских отношений с провайдерами услуг некоторые страховщики ДМС диверсифицируются в медицинский бизнес – крайне сложный, комплексный, ответственный, с огромной психологической нагрузкой.

ССТ: *Ольга Михайловна, давайте уточним: страховые программы разрабатываются в Москве, а данные для них будут вводить в регионах?*
О.С: Страховые программы формируются в Центре компетенции, который у нас расположен в Москве, на основе исследования рынка, в том числе и регионального. Заключение договора

страхования происходит в том месте, где находится клиент. Там же производится ввод в базу данных списка застрахованных и программ страхования. Сейчас наблюдается тенденция включения в каждую программу до 20-30 лечебных учреждений: потребитель хочет иметь выбор, не конца осознавая его сложность. Мы помогаем клиенту и организовываем обслуживание во всех регионах, которые покрывает его программа страхования. Приезжает, к примеру, сотрудник предприятия из Самары в Москву, звонит на наш круглосуточный медицинский пульт, мы видим его программу, видим, какие московские лечебные учреждения в нее включены, и организовываем медицинское обслуживание в Москве. Если же клиент работает и застрахован в Москве, где, соответственно, введены его персональные данные и программа, включающая лечебные учреждения разных городов, то в этих городах тоже «видят» застрахованного и готовы круглосуточно принять от него запрос на организацию медицинской помощи. Таким образом, единая информационная система позволяет «видеть» клиента во всех регионах, где он застрахован, чтобы оперативно и качественно организовать медицинское обслуживание.

ССТ: *Разве перечень услуг в лечебных учреждениях разных городов не отличается?*

О.С: Принципиально не отличается. Если в каком-то ЛПУ нет той или иной услуги, это учитывается при формировании программ для конкретного корпоративного клиента. Очевидно, что набор лечебных учреждений в программах страхования очень зависит от инфраструктуры городов, в которых мы организуем и контролируем медицинское обслуживание наших застрахованных. Но это уже тема для отдельного интервью.

Беседовала Елена Шарова

Анна ПАВЛОВА,

руководитель проектов в финансовой сфере, Digital Design

Корпоративный портал как инструмент для регионального развития

Организация эффективного и бесперебойного обмена информацией – одна из задач развивающейся страховой компании. Особенно актуальной она становится при региональной экспансии.

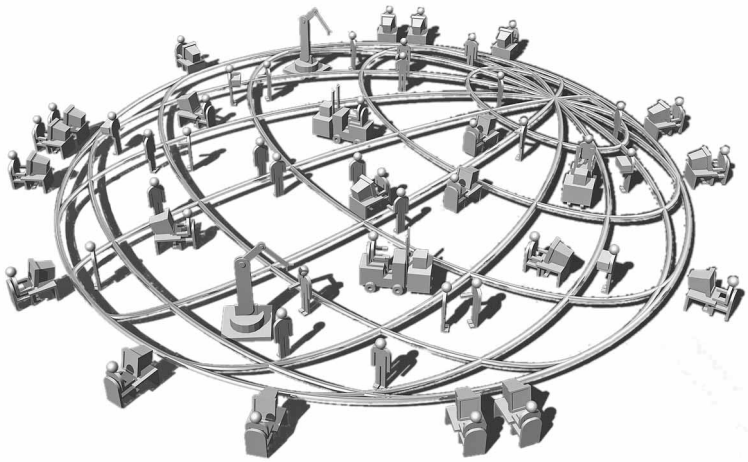
Результативность свежеоткрытой страховой точки продаж зависит, в том числе, и от создания эффективной информационной инфраструктуры. Аналогичная ситуация и у компаний, которые осуществляют региональное развитие путем слияний или поглощений – с той лишь разницей, что у присоединенной организации уже есть свои информационные системы и стандарты, и они, скорее всего, отличаются от систем и стандартов головной компании.

В рамках объединенной компании страховщикам приходится решать следующие задачи:

– создание единых баз данных, в первую очередь, по клиентам и истории взаимоотношений с ними;

– исключение дублирования информации, ошибок в представлении данных;
– доступ к единым ИТ-системам для осуществления дальнейшей работы (чтобы сотрудники единой компании использовали одни и те же инструменты для работы).

С последним пунктом могут быть проблемы. Иногда одну главную систему не выбрать, и тогда возникает потребность в интеграционном решении, объединяющем информацию из различных систем. Как вариант можно использовать Excel. Именно это мы и наблюдаем в большинстве компаний, когда значительную часть времени сотрудники головного офиса тратят на сбор, анализ и консолидацию данных по всему объединенному бизнесу. Эффективность подобных трудозатрат под большим вопросом. Корпоративный портал (например, на базе Microsoft Office Sharepoint Server) является мощным инструментом, который с легкостью может решить задачу создания единой нормативной базы компании, в том числе, законодательной базы в сфере страхования, собранной из внешних информационно-справочных систем («Гарант», «Консультант +» и так далее). Кроме того, портал может служить единой точкой доступа сотрудников к используемым в работе системам, позволяет автоматизировать документооборот и различные бизнес-процессы, решает ряд других важных задач, которые появляются перед географически распределенной страховой компанией.



При этом опыт показывает, что для десяти приложений использование портала в качестве инструмента интеграции обойдется примерно во столько же, сколько и самостоятельное написание интерфейсов (а если нет разницы, почему бы не выбрать более современное и масштабируемое решение?), и в разы (!) дешевле, чем переход на одну, покрывающую все бизнес-процессы, систему.

Интеграция приложений

В начала рабочего дня каждый сотрудник страховой компании, будь он в головном офисе или в географически удаленной точке продаж, одним нажатием на кнопку попадет на внутренний корпоративный портал – единый для всех интерфейс для работы. В отсутствие портала каждому сотруднику приходится настраивать доступ к целому ряду используемых в работе систем. В их числе:

– специализированные системы Unicus, Master Insurance, разработанные внутри компании программные модули и пр.;
– CRM (при наличии);
– системы электронного документооборота (при наличии);
– бухгалтерские системы (1С и прочие).

Это влечет за собой дополнительные трудозатраты как самого сотрудника, получающего доступ к той или иной системе, так и согласователей данного процесса (сотрудников департаментов IT, информационной безопасности и пр.). Кроме того, подобная организация работы создает дополнительную нагрузку на оборудование (одновременный доступ к множеству систем) и неудобство в работе пользователей, переходящих в процессе работы от одного окна к другому. Особенно актуальной данная проблема становится при открытии новых точек продаж и наборе новых сотрудников, когда трудозатраты на организацию рабочего пространства должны быть сведены к минимуму.
При использовании портала каждому сотруднику страховой компании может быть настроен индивидуальный интерфейс для работы (так называемый «тонкий клиент»), позволяющий попасть именно в те модули систем, с которыми он работает. При этом доступ в любой модуль производится из «единого окна» портала.

Документооборот

Корпоративный портал позволяет автоматизировать документооборот страховой компании – согласование договоров, заявок и так далее. Как известно, обычно договоры проходят длительное согласование. Ситуация усложняется, если согласовать договор с голов-

ной компанией надо из удаленного подразделения, когда инициатор договора не может лично прийти и «постоять над душой» у согласователя. Корпоративный портал позволяет сократить время на документооборот, а значит, снижает транзакционные затраты. Здесь можно привести пример согласования индивидуальных условий договора с VIP-клиентом, для которого важна, в том числе, скорость принятия решений. Как это обычно происходит?
Сотрудник филиала страховой компании формирует запрос на индивидуальные условия. Запрос поступает на согласование сначала к ответственному руководителю филиала, потом – в несколько инстанций в головном офисе. Менеджер по продажам филиала в это время «сидит на телефоне» и пытается ускорить процесс, «отлавливая» ответственных сотрудников и убеждая их побыстрее согласовать нужный документ. Здесь счет может идти уже даже не на дни, а на недели затрачиваемого времени.
А будет ли ждать клиент? При наличии портала автоматически настраивается процесс согласования, когда документ маршрутизируется по заданной схеме, с назначением ответственных и установлением им времени на согласование (с мониторингом и контролем результатов). В любой момент исполнитель может посмотреть статус документа, увидеть замечания и оперативно на них отреагировать. Кроме всего прочего, это укрепляет дисциплину сотрудников страховой компании.

Автоматизация бизнес-процессов

На портале могут быть автоматизированы и отдельные бизнес-процессы, например:
– ведение данных клиента и оформление договоров (с прикреплением к карточке клиента всех необходимых документов, таких, как акт осмотра автомобиля, фотографии, всевозможные справки и так далее),
– андеррайтинг,
– расчет и урегулирование убытков,
– перестрахование
и прочие.
Помимо основных бизнес-процессов, непосредственно связанных с работой с клиентами, при помощи портала можно автоматизировать и второстепенные процессы. На первый взгляд, польза от такой автоматизации неочевидна, поскольку она напрямую не связана с основной активностью (продажами). Однако таких процессов в страховой компании много, и оптимизируя каждый из них, в итоге можно сэкономить время сотрудников, а также денежные средства компании.

К второстепенным процессам можно отнести как связанные с бизнесом (разработка страховых продуктов и программ, контроль исполнения решений коллегиальных органов), так и обеспечивающие (от заявки на Service Desk до заявки на командировку или покупку товарно-материальных ценностей). В качестве примера можно привести процесс разработки продукта. Обычно он занимает не менее месяца. Инициатор (методолог, работающий по одному из направлений бизнеса) тратит много времени и сил на подготовку концепции продукта. В первую очередь, они уходят на поиск и консолидацию информации:

– по существующей клиентской базе (в том числе по предпочтениям клиентов и истории взаимоотношений с ними);
– на маркетинговые исследования (анализ рынка и конкурентов);
– по действующим в компании финансовым условиям работы с клиентами (принятой тарифной политике и так далее);
– по результатам опроса региональных точек продаж с постановкой им плановых показателей;
– о существующих ресурсах ИТ и прочее.

Потратив пару недель на сбор всей информации, методолог начинает ее анализировать, составлять концепцию продукта и согласовывать ее с различными подразделениями. При необходимости могут создаваться рабочие группы. В итоге появляется несколько версий документации по продукту, часть из которых согласована с одними службами, а часть – с другими. После принятия решения о внедрении продукта начинаются другие проблемы – мониторинг выданных поручений от подготовки всей необходимой нормативной и методологической документации до контроля поставленного плана продаж. Чаще всего последнее действие не выполняется, и руководство страховой компании не

может оценить степень успешности внедрения того или иного продукта. А ведь иногда выгоднее признать свои ошибки и вовремя остановиться (то есть убрать продукт с рынка), чем нести убытки от его продаж. Отметим, что весь описанный бизнес-процесс может быть автоматизирован средствами портала – от процесса быстрого и качественного сбора информации до анализа план-факт по итогами продаж продукта.

Бизнес-аналитика и отчетность

Из вышеизложенного следует еще одна функция портала – интеграционная. То есть портал выступает некой надстройкой, консолидируя всевозможную информацию из используемых систем (в том числе, внешних), анализируя ее и представляя в требуемом виде. Такая опция незаменима при формировании отчетности разного рода. А отчетность – больной вопрос для всех. Практически у каждого сотрудника страховой компании периодически возникает потребность в получении той или иной консолидированной информации по деятельности компании. Менеджерам по продажам интересны плановые показатели, в том числе в разбивке по продуктам. Их руководителям нужна информация на уровень выше, то есть, в разбивке по продуктам, точкам продаж и по менеджерам. Руководство страховой компании должно проанализировать план-факт – для принятия стратегических решений. Кроме очевидной ценности по получению отчетов «план» или «факт», при помощи портала можно автоматизировать составление отчетов по оценке эффективности каналов продаж (прямые, агентские, партнерские и пр.), оценке эффективности пакетных продаж и так далее. Альтернатива, существующая в большинстве страховых компаний сейчас, выглядит так: формирование запросов на получение информации, ежедневные (и не по одному разу) звонки ответственным исполнителям с просьбами (иногда и угрозами) заполнить тот или иной формат отчета (причем сами форматы – тоже величина далеко не постоянная), получение информации (не всегда в требуемом виде), ее проверка, выявление несоответствий, консолидация, представление руководству и пр. В итоге задействован далеко не один исполнитель, трудозатраты на, казалось бы, простую задачу, в каждой точке продаж зашкаливают.

Внутрикорпоративные коммуникации

Любой сотрудник страховой компании хочет и должен быть «в теме», то есть быть в курсе всех

событий, проходящих в компании: от информации о том, «кому сегодня день рождения» до новостей о кадровых перестановках. Безусловно, «сарафанное радио» отключить не получится (да и не стоит), но дать сотрудникам доступ к единому информационному источнику, безусловно, полезно. Региональные менеджеры, зачастую ощущающие себя забытыми и получающие информацию о жизни компании с большим опозданием, смогут почувствовать себя ближе «к центру событий», ощутить себя частью команды. Такие способы укрепления корпоративного духа, как проведение внутренних конкурсов, опросов, организация форумов, введение сервисов «доска почета» и «соседи по офису», предоставляющих собой ресурсы корпоративного портала, служат одним из нематериальных факторов мотивации.

Обучение

Организация рабочего процесса с помощью портала позволяет решить и другую насущную проблему – обучение персонала, географически удаленного друг от друга и от учебного центра головного офиса. Например, Microsoft предоставляет для этого инструмент eLearning Portal, с помощью которого можно создавать репозитории учебного контента, организовывать аудио- и видеоконференции и веб-семинары для сотрудников, проводить автоматическое тестирование и делать мониторинг результатов. Еще одним удобным инструментом для обучения сотрудников, является OCS – Office Communication Service. По умолчанию OCS применяет шифрование при передаче голоса и видео, поэтому работа в данной системе отличается высоким уровнем информационной безопасности – вся передаваемая в рамках обучающих текстовых, аудио- и видеоконференций информация может быть проконтролирована на предмет утечки

из компании. Таким образом, сотрудники региональных подразделений могут проходить необходимое обучение и повышать свою квалификацию, не покидая родной город и не отрываясь от работы. Страховая компания, в то же время, экономит значительные средства на командировочных расходах.

Этапы и стоимость

Как правило, процесс построения корпоративного портала происходит следующим образом (опуская этап подготовки проекта): внутренний портал развертывается для одного из подразделений центрального офиса, интегрируется с приложениями, в которых работают сотрудники компании. Затем производится обучение пяти-шести ключевых сотрудников подразделения, и неделю-другую портал находится в режиме опытной эксплуатации. Далее, если первый этап прошел успешно, бизнес-пользователи и ИТ-служба остаются довольны друг другом, портал можно развернуть на весь центральный офис, настроить отчетность, разработать комплект документации (руководство пользователя, руководство администратора, регламенты для службы IT и пр.), подключить дополнительные приложения. Повторно убедившись в том, что все работает правильно, можно экстраполировать портал на филиалы и в качестве финального штриха оформить его в фирменном стиле компании. Если руководство опасается внедрять портал сразу во всех представительствах, то пилотный проект может быть проведен на нескольких выбранных регионах, а далее точки продаж подключаются по установленным схемам и процедурам.

Если говорить о выгодах и преимуществах портала, то их можно ощутить практически сразу (базовый функционал разворачивается в течение месяца). Даже если сотрудники поначалу пользуются этим инструментом лишь на уровне «найти телефон сотрудника, ответственного за решение того или иного вопроса» или «найти последнюю версию нормативного документа», это уже облегчает их работу. По мере наполнения портала функциональностью и информацией будет расти и его ценность, и полезность – уже как инструмента для решения конкретных бизнес-задач. Стоимость базового функционала портала – от 500 тысяч рублей, в случае интеграции с другими используемыми в работе специализированными системами – от полутора миллионов рублей. Как правило, срок окупаемости портала не превышает одного года.

Станислав ГЕРШТЕЙН,

руководитель проекта Управления партнерских продаж №2, филиал Уральская Дирекция ОАО СК «РОСНО», г. Екатеринбург

Особенности страхования движимого имущества на крупных объектах

По большому счету принципы страхования движимого имущества крупного бизнеса те же самые, что среднего и даже малого. Особенности возникают из-за масштабов бизнеса, соответствующих им масштабов вероятных убытков и уникальности каждого отдельного предприятия.

Способы страхования движимого имущества

Как принять на страхование имущество крупного предприятия, у которого сотни филиалов? Возможны различные способы страхования движимого имущества: по описи, без описи, частично по описи.

Без описи

Самым быстрым способом является страхование движимого имущества без описи. Однако при наступлении страхового

случая у страхователя возникает ряд обязанностей, самой главной из которых является доказательство наличия у него имущественного интереса. Имущественный интерес – это мера материальной заинтересованности юридического или физического лица в страховании. Применительно к имущественному страхованию имеющийся интерес выражается в стоимости застрахованного имущества.

Подтверждением данного интереса могут быть: фотографии застрахованного имущества, договоры покупки-поставки имущества, документы бухгалтерского учета, а именно, оборотно-сальдовая ведомость к счету 01 (основные средства предприятия), где будет отражено имущество, находящееся на балансе предприятия. Однако в счете 01 отражаются объекты стоимостью свыше 20 000 рублей. На практике крупные предприятия, согласно Приказу Министерства финансов РФ № 94н от 31 октября 2000г. «Об утверждении плана счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций и инструкции по его применению» (в редакции Приказов Минфина РФ от 07.05.2003 N 38н, от 18.09.2006 N 115н) используют утвержденный План счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций. Согласно данному Плану, существует Счет 10 – «Материалы» – который предназначен для обобщения информации о наличии и движении сырья, материалов, топлива, запасных частей, инвентаря и хозяйственных принадлежностей, тары и т.п. ценностей организации (в том числе находящихся в пути и переработке).

Материалы учитываются на счете 10 по фактической себестоимости их приобретения или учетным ценам. В нем существует субсчет 10.9 – «Инвентарь и хозяйственные принадлежности» – где и учитывается имущество стоимостью менее 20 000 рублей.

В случае, когда происходит убыток, например, у крупного банка, имеющего большое количество движимого имущества, для подтверждения своего имущественного интереса данное юридическое лицо должно предоставить либо договоры купли-продажи/договоры поставки, либо выписки оборотно-сальдовой ведомости по счету 01 (если пострадало имущество стоимостью свыше 20 000 рублей), и выписку по счету 10 (субсчет 10.9, либо специальный субсчет), если пострадало имущество стоимостью менее 20 000 рублей.

Частично по описи

Следующий способ – частично по описи – предполагает возможность страхования движимого имущества согласно перечню, в котором указывается конкретное имущество, а также его страховая сумма. Возможно указание в перечне движимого имущества не отдельных объектов страхования, а объединения их в обособленные группы с указанием количества объектов в группе, их стоимости. Например, опять рассмотрим крупный банк, в котором работают много сотрудников, соответственно много рабочих зон. Все зоны стандартны: стол, стул, компьютер, монитор, мышь и клавиатура. В описи можно так и указать:

№	Наименование и характеристика имущественной единицы	Количество	Страховая сумма (рублей)
1	Рабочая зона, в том числе: стол, стул, компьютер, монитор (BENQ FP 71 G+), мышь (genius), клавиатура (genius), принтер (HP 3200).	50 штук	950 000,00
2	Зона ожидания, в том числе: диван, 2 кресла, журнальный столик, кулер.	7 штук	126 000,00
	....	....	....
	Итого		

Если же на страхование принимается банк с большим количеством филиалов, то лучше, конечно же, каждый филиал выделить отдельным приложением. К примеру:

Филиал «Орджоникидзевский» ул. Победы, д.2

№	Наименование и характеристика имущественной единицы	Количество	Страховая сумма (рублей)
1	Рабочая зона, в том числе: стол, стул, компьютер, монитор (BENQ FP 71 G+), мышь (genius), клавиатура (genius), принтер (HP 3200).	15 штук	255 000,00
	....	...	...
	Итого		

Филиал «Ленинский» ул. Карла Либкнехта, д.55

№	Наименование и характеристика имущественной единицы	Количество	Страховая сумма (рублей)
1	Рабочая зона, в том числе: стол, стул, компьютер, монитор (BENQ FP 71 G+), мышь (genius), клавиатура (genius), принтер (HP 3200).	20 штук	390 000,00
	....	...	...
	Итого		

При страховом событии в одном из филиалов банку не нужно предоставлять все имеющиеся документы по всем филиалам и выделять пострадавшее имущество в отдельную группу – достаточно предоставить документы по тому имуществу, которое находилось в пострадавшем филиале.

Что касается не включенного в перечень имущества, то по соглашению сторон допустимо страхование без описи на определенную страховую сумму. Таким образом, для получения страхового возмещения по имуществу принятого на страхование без описи для подтверждения имущественного интереса необходимы документы (факты наличия такого интереса), как в предыдущем способе.

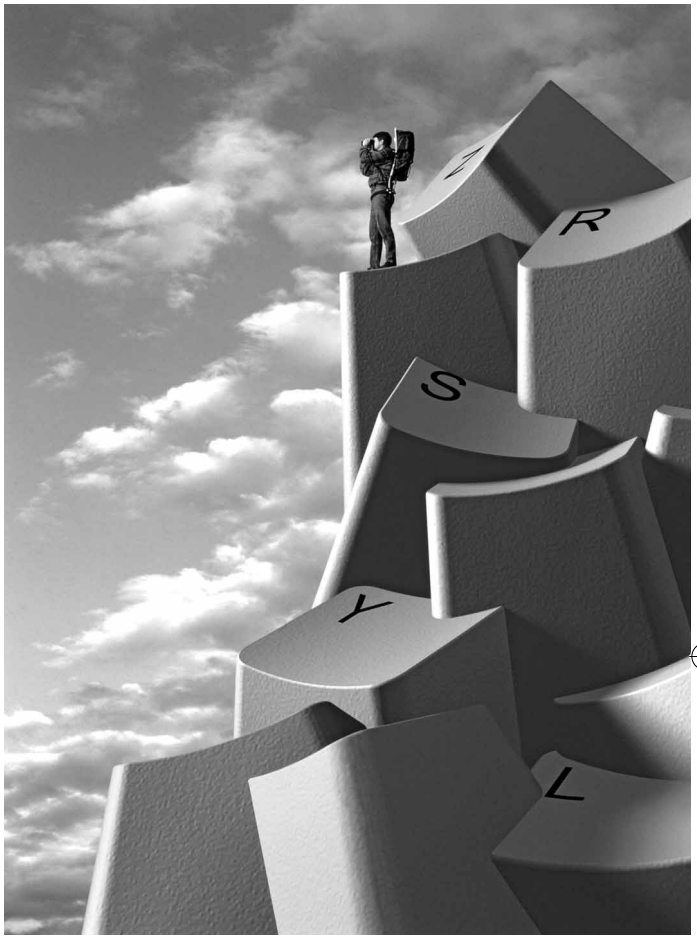
По описи

Самым распространенным способом является страхование движимого имущества по описи. Это трудоемкий, длительный, но в плане возмещения убытка при наступлении страхового события самый удобный способ страхования движимого имущества юридического лица.

Нередко само предприятие находится где-то в регионе, а его руководство осуществляется централизованно, например, из Москвы. Здесь же принимается решение о страховании. В этом случае у страховщика должны быть достаточно сильные филиалы, чтобы обеспечить необходимый уровень сервиса.

Возможно несколько вариантов заключения договора страхования.

1. Договор страхования является единым на все филиалы предприятия. К договору оформляются приложения, которые



готовятся филиалами страховщика по месту присутствия принимаемого на страхование имущества юридического лица и передаются в головной офис страховщика. Суть приложений: описи и фотографии принятого на страхование имущества филиалов, представительств или иных форм осуществления деятельности предприятия в регионе.

2. Заключение генерального договора между страхователем и страховщиком, где главным условием является заключение отдельных договоров страхования имущества юридического лица по месту нахождения филиалов.

3. Заключение индивидуальных договоров страхования имущества юридического лица для каждого филиала на условиях, согласованных между страхователем и страховщиком на уровне головного офиса.

Если говорить об определении тарифа и его зависимости от вида описания имущества, то он, конечно, зависит от способа страхования. При страховании без описи страховщик демонстрирует свое доверие к страхователю. При этом он принимает на себя определенный риск предоставления страхователем искаженной информации о повреждении (утрате, уничтожении) застрахованных объектов, считая его в данном случае незначительным. Соответственно, высокий риск – высокий тариф.

Иначе дело обстоит с принятием на страхование имущества по описи. Страхователь предоставляет определенный перечень имущества, который впоследствии может быть застрахован как единица имущества или разделен на обособленные группы.

Страховщик, ознакомившись с перечнем имущества, может оценить риски и сопутствующие им факторы и предложить оптимальный тариф.

Определение страховой суммы

Еще одна проблема, с которой нередко сталкиваются страховые компании при страховании движимого имущества предприятия, это определение стоимости объекта и, соответственно, страховой суммы.

Страховая сумма не должна превышать страховой стоимости застрахованного имущества.

По соглашению страховщика и страхователя возможны следующие виды определения страховой суммы, а именно:

1. Первоначальная стоимость – это сумма фактических затрат организации на приобретение, сооружение и изготовление основного средства, кроме НДС и иных возмещаемых налогов.
2. Остаточная стоимость – разница между первоначальной стоимостью и начисленной амортизацией. По остаточной стоимости основные средства отражаются в бухгалтерском балансе.
3. Восстановительная стоимость – стоимость основных средств в современных условиях, при современных ценах и технике, это стоимость, по которой оцениваются основные средства после проведения переоценки.

Страховая сумма может быть установлена как по договору в целом (общая страховая сумма), так и по однородным группам и (или) по каждой единице застрахованного имущества, а также по группам застрахованных расходов.

Таким образом, если страховая сумма не установлена в целом, а разделена на группы, или отдельные единицы, то лучше, конечно, фиксировать их в приложениях к договору, а непосредственно в договоре делать к ним отсылку.

Стандартно это выглядит следующий образом:

Объект страхования

1.1 Объектом страхования по настоящему Договору являются не противоречащие действующему законодательству РФ имущественные интересы Страхователя (Выгодоприобретателя), связанные с владением, пользованием, распоряжением застрахованным имуществом.

1.2 В соответствии с Заявлением Страхователя (Приложение №1), а также другими документами, описывающими имущество (Приложение №2,3,4), Страховщик принимает на страхование следующее имущество:

1.2. 1 Отделка и инженерные коммуникации помещений (Приложение № 2).

1.2. 2 Имущество, расположенное в здании, помещениях (Приложение № 3,4).

1.2. 3 Территория страхования:

г. Екатеринбург, ул. Победы, д.2 Филиал «Орджоникидзевский»,

г. Екатеринбург, ул. Карла Либкнехта, д.55 Филиал «Ленинский».

Страховая сумма, страховая премия

2.1 По настоящему Договору устанавливаются следующие страховые суммы и страховые премии:

Наименование имущества, принимаемого на страхование	Страховая сумма, руб.	Тариф, %	Страховая премия, руб.
Имущество, указанное в п. 1.3 настоящего Договора	566 300,00	0,59%	3 345,00
Имущество, указанное в п. 1.4 настоящего Договора	1 433 700,00	0,62%	8889,00
ИТОГО:	2 000 000,00		12 234,00

Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет – 2 000 000,00 (Два миллиона) рублей 00 копеек.

Как правило, имущество в больших структурах находится в постоянном движении, какое-то списывается, какое-то покупается, поэтому нецелесообразно предоставлять новые списки: это приведет к лишним временным затратам как со стороны страховщика, так и со стороны страхователя. По соглашению сторон можно включить в договор страхования пункт, в котором будет отражено возможное изменение страховой стоимости и страховой суммы застрахованного имущества на определенный процент в течение срока страхования. Данный процент определяется также

по соглашению сторон. К примеру, на крупном предприятии зная, что в течение года происходит обмен примерно 50 стульев, 20 столов и 25 единиц оргтехники, планируют закупить дополнительно оргтехнику и мебель (на сумму, составляющую, скажем, 8% от обычной страховой суммы). Чтобы не делать дополнительных соглашений, в которых нужно будет отразить изменения пунктов договора, касающихся страховой суммы, приложений к договору с перечнем движимого имущества, страхователь согласует со страховщиком пункт договора, в котором предусмотрено изменение страховой суммы на 8%.

Как правило, страховщики учитывают фактор страховой стоимости при определении суммы страхового возмещения по договору, однако страховую стоимость имущества определяют на момент наступления страхового случая. На мой взгляд, такой порядок учета страховой стоимости не совсем верен, так как страховой стоимостью для имущества считается действительная его стоимость в день заключения договора страхования (ст. 947 п. 2 ГК РФ). При наступлении страхового события у страховщика появляется задача точно определить сумму страхового возмещения, подлежащего выплате. Несмотря на то, что уровень инфляции в настоящее время согласно официальной статистике стабилизировался, его влияние на реальные стоимостные показатели все еще ощутимо. Естественно, страховая стоимость на момент наступления страхового случая оказывается большей, чем на момент заключения договора страхования. При этом, чем больше времени проходит с момента заключения договора страхования до наступления страхового случая, тем больше различаются страховые стоимости на каждый из указанных моментов. Применение в расчете суммы страхового возмещения страховой стоимости на дату наступления страхового случая занизит его размер.

Для признания события страховым страхователю необходимо подтвердить, что в результате оговоренного события пострадало именно застрахованное имущество. Это не вызывает сложностей, если в договоре страхования имеется перечень застрахованного имущества.

При страховании имущества с постоянно меняющимся составом необходимо четко соблюдать условия предоставления страхователем сведений об имеющемся у него имуществе на балансе предприятия, чтобы на любую дату можно было иметь четкую

информацию о видах и стоимости застрахованного имущества. Данные сведения страхователю необходимо будет предъявить страховщику при наступлении страхового случая, тем самым подтверждая свой имущественный интерес. Это могут быть тома приложений, если на страховании был принят большой объект, например, многоэтажное здание вместе с имуществом. При делении на группы нужно будет предоставить необходимые документы, касающиеся только данной группы, что значительно упрощает процесс урегулирования убытка. В случае страхования имущества (группы имущества) без его описи страховщик, как было сказано выше, принимает на себя риск предоставления страхователем (выгодоприобретателем) искаженной информации о повреждении (утрате, уничтожении) застрахованных объектов, считая его в данном случае незначительным. Поэтому при заключении договора страхования имущества без описи особенно важно указывать страховую стоимость группы имущества, так как она будет контрольным фактором для определения стоимости пострадавшего имущества, что повлияет на расчет размера страхового возмещения при наступлении страхового случая.

Если происходит страховой случай, страхователь сообщает страховщику о количестве, видах и стоимости поврежденного (уничтоженного, утраченного) имущества. Получив сведения о наступлении страхового случая по договору с определенным перечнем имущества, страховщик может составить мнение о признании случая страховым на основании информации о видах пострадавшего имущества и их стоимости. При поступлении подобных сведений по договору страхования имущества без описи важно также определить стоимость непострадавшего имущества. Сумма стоимостей пострадавшего и непострадавшего имущества должны примерно соответствовать страховой стоимости имущества на момент заключения договора страхования. Если указанная сумма заметно превышает страховую стоимость имущества, это может свидетельствовать не об инфляционных процессах в течение действия договора страхования, а о внесении страхователем в список поврежденного имущества незастрахованных предметов.

Эффективность страхования крупного предприятия во многом зависит от того, насколько взаимоотношения страховщика

и страхователя открыты и доверительны. Если они открыты и страхователь при наступлении страхового события предоставляет страховщику полную информацию, а именно, все договоры купли-продажи, договоры поставки, оборотно-сальдовую ведомость, по возможности, фотографии застрахованного имущества, то есть все документы, подтверждающие наличие у страхователя/выгодоприобретателя имущественного интереса, то в результате возникнет ситуация, в которой четко прослеживается смысл страхования.

С экономической точки зрения, страхование для предприятий является эффективным процессом: если в период действия договора страхования страховые случаи не произойдут, то стоимость предприятия будет меньше, на сумму страхового взноса, чем в случае, если бы предприятие не прибегало к услугам страховой компании. Однако при страховании без убытков стоимость предприятия значительно выше, чем при отказе от заключения договоров страхования и наступлении неблагоприятных событий. Эффективность страхования для предприятия определяется в каждом конкретном случае в зависимости от его индивидуальных характеристик.

В заключении хочу заметить, что создание эффективной и экономически целесообразной страховой защиты возможно только в тесном сотрудничестве страховой компании и предприятия. Это касается не только страхования крупных промышленных предприятий, но и страхования имущества среднего и малого бизнеса.

Михаил КРЕТОВ,
актуарий Департамента развития страховых продуктов, ООО «Первая страховая компания»

Расчет премии за риск, связанный с колебаниями курсов валют

В статье представлена методика и пример расчета премии за риск страховщика, связанный с волатильностью курсов валют. Методика разработана в целях обеспечения финансовой устойчивости страховщика, несущего на себе риск колебания курса валют. Главной идеей является распределение бремени на покрытие риска волатильности валют между страхователями, заключающими договоры в различные временные периоды.

Актуальность темы

Многие страховые компании в последнее время подвергаются тщательным проверкам со стороны ФССН, и требования Надзора зачастую выходят за рамки конвенциальных устранений ошибок в заключении договора, неправильно посчитанной

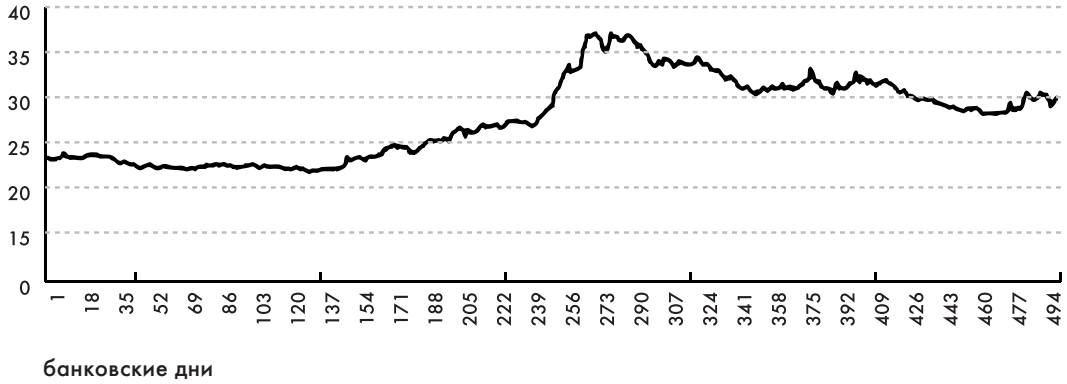
страховой премии и т.д. ФССН может потребовать предоставить, скажем, методику расчета премии за риск, связанный с колебанием курса валют. Причем, сама ФССН никак не регламентирует действия страховых компаний в данных областях ведения страхового дела.

В случае если страховые резервы не формируются отдельно по валютным договорам (договоры, для которых страховая премия и сумма определены в иностранной валюте, и взаиморасчеты премий и выплат производятся эквивалентно определенной сумме по курсу ЦБ на дату транзакций), то у страховщика возникает дополнительный риск, связанный с колебанием курса валют.

Методология расчета

За основу для расчета взята динамика курса валюты ЦБ (в качестве примера – доллар США) в период за 2008-2009 гг. Этот период характерен чрезвычайно низкой волатильностью в начале 2008 (благодаря воздействию на курс доллара со стороны ЦБ) и резкими всплесками курса в начале 2009 (вследствие глобального экономического кризиса).

График 1. Динамика курса доллара США в 2008-2009 годах



Будем рассматривать изменение курса валют как случайную величину, зависящую от неизвестной нам совокупности факторов. В расчетах используется два варианта изменения курса валют:

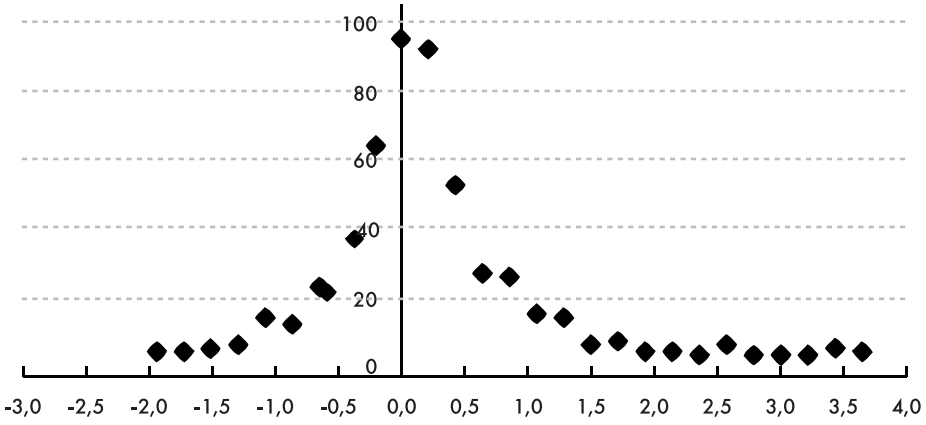
- абсолютное изменение $V_i = R_{i+n} - R_i$
- и относительное изменение $V_i = \frac{R_{i+n} - R_i}{R_i}$

где R_i – курс рассматриваемой валюты на некоторую дату **i**; R_{i+n} – курс доллара как минимум на **n** календарных дней позже даты **i** либо на ближайший банковский день, следующий за датой **i+n.**

Абсолютное изменение рассматривается исходя из предположения о том, что имеется некоторая точка равновесия, к которой стремится курс валют (что обоснованно принципом отсутствия арбитража в свободном экономическом пространстве). Таким образом, функция изменения курса имеет линейный вид. Изучение относительного изменения подразумевает пропорциональную зависимость изменения от самого значения курса валют. Такой подход обычно применим к фондовым рынкам, где прослеживается экспоненциальный рост стоимости ценных бумаг.

Поскольку негативным образом на финансовое состояние компании может повлиять только увеличение курса валют, то для определения степени риска, связанного с увеличением курса валют, рассмотрим распределение изменения курса валют за период действия договора продолжительностью **n** дней на протяжении 2008 – 2009 годов.

График 2. Распределение еженедельного изменения курса доллара США в 2008-2009 гг.



Подавляющее большинство договоров страхования заключаются сроком от 1 недели (например, страхование грузов, страхование граждан выезжающих за рубеж) до 1 года (страхование имущества, страхование транспорта).
Расчет риска увеличения курса валют по первичным данным производился отдельно для периодов 1 неделя, 1 месяц и 2 месяца, далее посредствам регрессионного анализа определялась степень риска для больших периодов.
В расчете не рассматривалась индивидуальная модель определения степени риска для одного договора в отдельности, напротив, рассматривалась коллективная модель распределения риска по всему портфелю валютных договоров.
Распределение всех (например, еженедельных) колебаний валют на протяжении 2008-2009 гг. рассматривается как одна выборка из изучаемой совокупности.
Согласно теореме о центральном пределе, независимо от характера распределения выборки или даже основополагающей совокупности, распределение математического ожидания выборки (sampling distribution of sample means) стремится к нормальному распределению с увеличением ее численности.
Можно считать распределение математических ожиданий выборок нормальным при численности выборки **m** > 30.
Количество еженедельных колебаний за 2008-2009 гг. равно количеству банковских дней за оба эти года, уменьшенное на 5 (количество банковских дней за неделю), итого **m** = 493.
Если валютные договоры в компании заключаются на ежедневной основе, то размеры предполагаемых выборок можно считать сопоставимыми.
При этом мерой дисперсии математических ожиданий принято считать среднеквадратичную погрешность (standard error):

$$Sterr = \frac{Sd}{\sqrt{m}}$$

где Sd – стандартное отклонение членов совокупности от математического ожидания

и $$Sd = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^{m}(V_j - E(V))^2}{m-1}}$$

$V_i = R_{i+n} - R_i$

где V – массив изменений ежедневного курса R_i за некоторый период n дней (еженедельных изменений n=7, ежемесячных изменений n = 30 и т.д.)

$V_i = R_{i+n} - R_i$;

E(V) – математическое ожидание изменения курса валют.

Для покрытия риска колебания курса валют рассчитывается премия, на один договор или на 1 доллар поступлений от страхователя, обеспечивающая:

- покрытие убытка, связанного с наблюдаемой тенденцией роста курса доллара на протяжение последних двух лет
- покрытие риска, связанного с возможным отклонением от этой тенденции в худшую для страховщика сторону (в сторону еще большего увеличения курса валют) на протяжении рассматриваемого периода.

Для обеспечения гарантии того, что изменение курса валюты не превысит своего ожидаемого значения, с вероятностью в 97,5% используем **z** – таблицу (сопряженности стандартного нормального распределения):

Таблица 2. Z – таблица сопряженности стандартного нормального распределения (фрагмент)

z	0.00	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09
1.7	0.9554	0.9564	0.9573	0.9582	0.9591	0.9599	0.9608	0.9616	0.9625	0.9633
1.8	0.9641	0.9649	0.9656	0.9664	0.9671	0.9678	0.9686	0.9693	0.9699	0.9706
1.9	0.9713	0.9719	0.9726	0.9732	0.9738	0.9744	0.9750	0.9756	0.9761	0.9767
2.0	0.9772	0.9778	0.9783	0.9788	0.9793	0.9798	0.9803	0.9808	0.9812	0.9817

и находим критическое значение Cv (critical value).

$$Cv = 1.96 \cdot Sterr \approx 1.96 \frac{Sta}{\sqrt{m}}$$

где Sta – стандартное отклонение членов выборки от своего математического ожидания

$$Sta = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^{m}(V_j - E(V))^2}{m}} \approx Sd \quad \text{для } m >> 30$$

На самом деле, стандартное отклонение изменения курса валют не является некоторой фиксированной величиной, но может изменяться со временем.

Так например, стандартное отклонение еженедельных изменений курса валют в своем абсолютном значении за весь рассматриваемый период составило 0,61 руб., а за последние 300 наблюдений – 0,75 руб.

Такие изменения описывает модель Гарха. В настоящих целях расчета премии за риск волатильности валют опустим тему изменения распределения со временем и будем рассматривать двухлетний период как достаточный для достоверного непредвзятого набора случайных величин.

Итак, премия за риск волатильности валют P равна:

$$P = E(V) + 1.96 \cdot \frac{Sta}{\sqrt{m}} \qquad \text{при } \delta \begin{cases} \geqslant 60 \longrightarrow n = \frac{\delta}{2} \\ < 60 \longrightarrow n = \delta \end{cases} \qquad \text{где } \delta \text{ – срок действия договора (дни)}$$

В случае рассмотрения колебаний в своем абсолютном значении, премия указана в рублях и взимается с 1 доллара страховой премии при единовременной оплате или с 1 доллара очередного платежа при оплате в рассрочку.

Периодом, для которого рассчитывается премия за риск волатильности валют, является половина периода действия договора страхования, т.к. расторжения и страховые выплаты могут происходить в любой день действия договора и в среднем приходятся на середину периода действия договора.

Это условие не должно распространяться на краткосрочные договоры, где средний срок урегулирования составляет значительную долю периода действия договора.

Пример вычислений

Результаты по трем рассматриваемым периодам: 1, 4 и 8 недель при абсолютном изменении курса доллара США:

Таблица 2. Расчет покрытия риска волатильности курса доллара США (абсолютное значение изменения курса) по первичным данным.

Период (недели)	количество наблюдений	стандартное отклонение	мат. ожидание	среднеквадратичная погрешность	Покрытие риска (рубли)	Покрытие риска % от среднего значения. курса
1	493	0,61287	0,05196	0,0541001	0,106062	0,37%
4	476	1,42661	0,19265	0,1281619	0,320814	1,12%
8	456	2,50267	0,42496	0,2297089	0,654666	2,29%

В качестве примера рассматривается некоторая выборка значений изменения курса валют, обозначим:
Sj - выборка значений изменения курса валют за период j недель;
Sw - выборка значений изменения курса валют за период 1 неделя
Предположим что Sj это выборка с периодом изменения курса в j-тое количество недель, каждый член которой представляет собой сумму j членов недельной выборки Sw. Иначе Sj можно представить как сумму из j выборок Sw.
Согласно так называемой первой фундаментальной загадке вероятности, математическое ожидание рассматриваемой выборки Sj будет пропорционально j вне зависимости от степени корреляции между величинами составляющих ее выборок Sw.

$$Avr = j \cdot E(V)$$

что и подтверждается полученными значениями математических ожиданий по выборкам с периодами изменения курса в 1 и 2 месяца (таблица 2).

Согласно закону суммы вариаций, вариация выборки Sj, равна сумме вариаций выборок Sw в случае абсолютно независимых событий w, иначе необходимо учитывать коэффициент корреляции следующим образом:

$$\sigma_j^2 = \sigma_{w1}^2 + \sigma_{w2}^2 + 2\sigma_{w1} \cdot \sigma_{w2} \cdot \rho$$

где σ_j - стандартное отклонение выборки Sj; $\sigma_{w1,2}$ - стандартные отклонения выборок Sw; ρ - коэффициент корреляции между выборками Sw.

Количество наблюдений выборки Sw на рассматриваемом диапазоне значений зависит от количества выборок Sw (недельных периодов, j), составляющих суммарную выборку Sj, и равно:

$$C = \frac{m}{j} = \frac{493}{j}$$

Если значение C достаточно велико ($C >> 30$), то стандартные отклонения $\sigma_{w1,2}$, как и стандартное отклонение совокупной выборки Sd, примерно равны между собой.

Значение C удовлетворяет неравенству на диапазоне 1-8 недель ($C \geqslant 62$) , поэтому выборки с большим периодом не использовались для определения Sd.

Итак, уравнение, характеризующее значение стандартного отклонения выборки Sj , приобретает вид:

$$\sigma_j^2 = \sigma_w^2 + \sigma_w^2 + 2\sigma_w \cdot \sigma_w \cdot \rho = 2\cdot\sigma_w^2 + 2\cdot \sigma_w^2 \cdot \rho; \qquad \rho \begin{cases} 1 \longrightarrow \sigma_j = \sigma_w \cdot j \\ 0 \longrightarrow \sigma_j = \sigma_w \cdot \sqrt{j} \end{cases}$$

для полностью коррелированных и для независимых событий w.

Это равенство действительно при любом значении j:

$$\sigma_j^2 = \sigma_{w1}^2 + \sigma_{w2}^2 + 2\sigma_{w1} \cdot \sigma_{w2} \cdot \rho$$

Представим Sj , состоящее из Sf_1 и Sf_2, где

Sf_1, Sf_2 – выборки значений изменения курса валют за период f недель.

В свою очередь, Sf_1 состоит из Sw_1 и Sw_2, а Sf_2 состоит из Sw_3 и Sw_4, таким образом j = 4

тогда:

$$\sigma_j^2 = \sigma_{f1}^2 + \sigma_{f2}^2 + 2\sigma_{f1} \cdot \sigma_{f2} \cdot \rho;$$

$$\sigma_j^2 = \sigma_{w1}^2 + \sigma_{w2}^2 + 2\sigma_{w1} \cdot \sigma_{w2} \cdot \rho_1 + \sigma_{w3}^2 + \sigma_{w4}^2 + 2 \cdot \sigma_{w3} \cdot \sigma_{w4} \cdot \rho_2 + 2 \cdot \sqrt{(\sigma_{w1}^2 + \sigma_{w2}^2 + 2 \cdot \sigma_{w1} \cdot \sigma_{w2} \cdot \rho_1) \cdot (\sigma_{w3}^2 + \sigma_{w4}^2 + 2 \cdot \sigma_{w3} \cdot \sigma_{w4} \cdot \rho_2)} \cdot \rho_3$$

при $\sigma_{w1} = \sigma_{w2} = \sigma_{w3} = \sigma_{w4} = \sigma_w$,

$$\sigma_j^2 = 4 \cdot \sigma_w^2 + 2\,\sigma_w^2 \cdot (\rho_1 + \rho_2) + 4 \cdot \sigma_w^2 \cdot \sqrt{(1+\rho_1) \cdot (1+\rho_2)} \cdot \rho_3$$

при $\rho_1 = \rho_2 = \rho_3 = \rho$

$$\sigma_j^2 = 4 \cdot \sigma_w^2 + 4\,\sigma_w^2 \cdot \rho + 4 \cdot \sigma_w^2 \cdot \rho \cdot (1+\rho)$$

Опять же $\rho \begin{cases} 1 \longrightarrow \sigma_j = \sigma_w \cdot j \\ 0 \longrightarrow \sigma_j = \sigma_w \cdot \sqrt{j} \end{cases}$

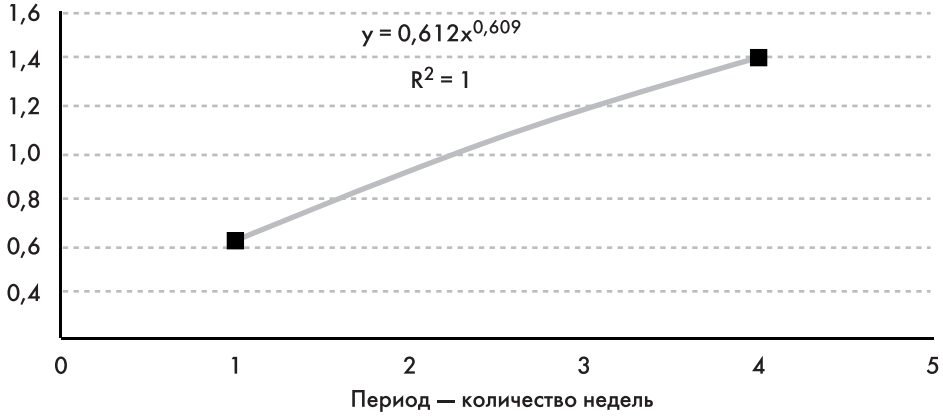
Общий вид включает частично коррелированные события, коими и являются в действительности последовательные еженедельные изменения курсов валют:

$\sigma_j = \sigma_w \cdot j^{\frac{1}{k}}$ для $2 \geqslant k \geqslant 1$

Для определения значения стандартного отклонения на больших периодах измерения построим функцию вида

$y = a \cdot x^{\frac{1}{k}}$ по первым двум имеющимся точкам.

График 3. Стандартное отклонение распределения сумм выборок — относительное изменение



Итак, имеем степенную зависимость вида: $Sd = 0{,}612 \cdot j^{0.609}$

Далее рассмотрим результаты по 3-м периодам: 1, 4 и 8 недель при относительном изменении курса доллара США:

Таблица 3. Расчет покрытия риска волатильности курса доллара США (относительное значение изменения курса) по первичным данным.

Период Недели	кол-во Наблюдений	Стандартное Отклонение	мат. ожидание	ср.квадр. Погрешность	Покрытие Риска
1	493	0,01994	0,00215	0,00176	0,39%
4	476	0,04817	0,00869	0,00433	1,30%
8	456	0,08726	0,01980	0,00801	2,78%

График 5. Стандартное отклонение распределения сумм выборок — относительное изменение

В результате имеем степенную зависимость вида

$Sd = 0{,}019 \cdot j^{0.636}$

Обсуждение результатов

Из таблицы 3 видно, что модель относительного изменения курса валют (2) менее точна в описании интересующих нас зависимостей – математического ожидания и дисперсии – от периода изменений курса валют, чем модель абсолютного изменения курса валют(1).

Для j=8 $Avr = j \cdot E(V)$

(1) $Avr = j \cdot E(V) = 8 \cdot 0.05196 = 0.4157 \neq 0.4250;$ $Er = \frac{0.4250 - 0.4157}{0.4250} = 2.2\%$

(2) $Avr = j \cdot E(V) = 8 \cdot 0.00215 = 0.0172 \neq 0.0198;$ $Er = \frac{0.0198 - 0.0172}{0.0198} = 13\%$

$$\sigma_j = \sigma_w \cdot j^{\frac{1}{k}}$$

(1) $\sigma_j = \sigma_w + j^{\frac{1}{k}} = 0.612 \cdot 8^{0.609} = 2.1714 \neq 2.5027;$ $Er = \frac{2.5027 - 2.1714}{2.5027} = 13\%$

(2) $\sigma_j = \sigma_w + j^{\frac{1}{k}} = 0.019 \cdot 8^{0.636} = 0.0713 \neq 0.0873;$ $Er = \frac{0.0873 - 0.0713}{0.0873} = 18\%$

где Er – погрешность вычисления.

Однако, несмотря на меньшую точность, модель относительного изменения курса валют более консервативна в определении математического ожидания изменения курса и удобна в применении.

Выбор в пользу модели относительного изменения обоснован еще и характером распределений еженедельных изменений курсов валют по значению курса на начало периода (недели). График указывает на нелинейную зависимость модального изменения курса от значения курса.

В расчете используются результаты, полученные при рассмотрении распределения относительного изменения курса валют.

Таблица 4. Окончательный расчет покрытия риска волатильности курса доллара США – относительное изменение курса

срок действия договора		стандартное отклонение	математическое ожидание	волатильность (%)	покрытие риска	коэффициент риска волатильности (Крв)*
месяцев	недель					
0	1	0,0190	0,00215	0,39%	0,39%	1,0039
0	2	0,0295	0,00430	0,70%	0,70%	1,0070
0	3	0,0382	0,00646	1,00%	1,00%	1,0100
1	4	0,0459	0,00861	1,28%	1,28%	1,0128
2	8	0,0713	0,01722	2,38%	1,28%	1,0128
3	13	0,0971	0,02798	3,69%	1,83%	1,0183
4	17	0,1152	0,03659	4,72%	2,38%	1,0238
6	26	0,1509	0,05596	6,98%	3,69%	1,0369
9	39	0,1953	0,08394	10,19%	4,72%	1,0472
12	52	0,2345	0,11192	13,34%	6,98%	1,0698

* Коэффициент $\mathbf{K_{рв}}$ применяется наравне с иными поправочными коэффициентами к страховому тарифу в зависимости от срока действия договора. Перерасчет коэффициента $\mathbf{K_{рв}}$ может производится страховщиком ежегодно с учетом изменения статистики курсовых показателей.

Практические выводы

Основная часть риска при заключении долгосрочного договора страхования (см. таблицу 4: срок действия 9 месяцев и более) приходится на ожидаемое значение изменения курса валют на этом промежутке времени. Однако при рассмотрении меньших периодов, тенденция роста курса валют играет меньшее значение – здесь превалирует риск случайных колебаний.

То есть, при заключении договора страхования грузов, например на период транспортировки 2 недели ожидаемое среднее значение изменения курса валюты равно 0.43% – значение небольшое, по сравнению с погрешностью при определении тарифа. С учетом риска превышения колебанием своего среднего значения, плата за риск составляет 0,7% от премии.

На фоне убыточности в допустим 70%, РВД в 25% и прибыли в 5%, расходы связанные с возможными изменениями курсо-

вой разницы в 0.7% снижают прибыль страховщика на 14% что уже является значительно более ощутимым показателем.
На самом деле, если портфель страховщика не содержит большого количества валютных договоров, то риск колебания курса не повлияет существенным образом на финансовое состояние страховщика.
Если же портфель страховщика несет существенную долю валютных договоров, то для полной элиминации риска волатильности валют достаточно формировать страховые резервы отдельно по валютным договорам.
Формировать резервы отдельно по валютным договорам может оказаться довольно трудоемким процессом (хоть и оправданным), и тогда, возникает необходимость заложить большую нагрузку на страховой тариф.

Пределы применения

Представленная в статье методика является универсальным механизмом расчета премии за риск, связанный с волатильностью курса валют, применимым к любым другим валютам помимо доллара США и российского рубля на любых иных временных периодах.
Универсальность методики обусловлена дедуктивным подходом с использованием элементарных основ теории вероятности. Статистические данные лишь только подтверждают приведенные в рассуждениях тождества.
В свою очередь, автор не стремится с какой либо точностью спрогнозировать поведение курса валют, методика лишь позволяет рассчитать риск колебаний курса, базируясь на предположении о том, что представленная выборка является достоверным непредвзятым показателем колебания курса на всем временном периоде (бесконечность).
То есть, если такие события как экономический дефолт и полное обесценивание национальной валюты не попали в рассматриваемый диапазон данных, то они могут в недостаточной степени быть учтены в последующих расчетах. Однако, экономический дефолт происходит грубо говоря один – два раза в 100 лет, это событие и выходит за рамки определенной нами гарантии безопасности в 97.5%.
Учитывая статистический характер затронутой темы, автор данной статьи будет признателен за любые комментарии и критику в адрес изложенных в публикации суждений.

Страховщики вынуждены «подрезать» перспективный канал продаж

В апреле 2010 года глава «Росгосстраха» Данила Хачатуров рассказал журналистам о том, что «Росгосстрах», «АльфаСтрахование», «Ингосстрах», РОСНО и «РЕСО-Гарантия» договорились совместно бороться со страховыми посредниками-мошенниками, которые не возвращают страховщикам деньги за проданные полисы. По оценке Хачатурова, общие потери российских страховщиков от мошенничества в автостраховании со стороны брокеров, агентов и просто непонятных посредников составляют до четверти всех сборов по ОСАГО и автокаско.

Осенний листопад

Проблема страховых посредников со всей очевидностью всплыла под конец первого года кризиса. Именно на осень и начало зимы 2009 года пришлись наиболее травматичные для рынка исчезновения ряда компаний, которых сложно назвать страховыми брокерами в связи с отсутствием у них лицензии Федеральной службы страхового надзора.
Одним из первых в суды пошел «Ингосстрах», который уже даже сумел выиграть суд с одним из страховых посредников – ООО «Альт» – на целых 15,322 млн руб. Договор между ними был подписан еще в 2008 году, что, впрочем, не помешало ответчику копить задолженность по перечислению премии страховщику. В итоге Арбитражный суд г. Москвы посчитал факт наличия задолженности документально подтвержденным, а требования страховщика правомерными и подлежащими удовлетворению, указав, что ООО «Альт» в нарушение ст. 309, 310 Гражданского кодекса РФ не исполнило обязательства по перечислению на расчетный счет ОСАО «Ингосстрах» денежных средств.
Как пообещали в пресс-службе «Ингосстраха», кроме взыскания задолженности, компания будет добиваться также возбуждения уголовных дел в отношении должностных лиц всех тех страховых брокеров и агентов, которые нарушают свои обязательства по передаче страховой пре-

мии по заключенным договорам и возврату бланков строгой отчётности.

Первыми вестниками намечающихся проблем стало посредничество компаний «Гарант-Сервис» и «Финстар», что даже стало поводом для публичного выступления главы комитета Госдумы по финансовым рынкам Владислава Резника. Он заявил, что в действиях совладельцев «Финстара» и «Гарант-Сервиса» Руслана Шарова и Михаила Благосклонова есть все признаки мошенничества. На них, по мнению г-на Резника, «должны обратить внимание правоохранительные органы, которые обязаны провести серьезную проверку и в случае доказательства вины привлечь к ответственности мошенников». Владислав Резник подчеркнул, что «если правоохранительные органы не обратят должного внимания на этот случай, то депутаты предпримут все необходимые шаги для того, чтобы виновные были привлечены к ответственности».
Вышеуказанные господа стали знамениты после ухода с рынка принадлежавшего им «Генерального страхового альянса», по чьим долгам РСА до сих пор платит компенсации. Претензии страховщиков к двум страховым посредникам достаточны, чтобы заинтересовать правоохранительные органы. Во всяком случае, уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного ч.4 ст.160 УК РФ (хищение чужого имущества по предварительному сговору организованной группой либо в особо крупном размере, за совершение которого предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок от 5 до 10 лет со штрафом в размере до 1 млн руб.), в отношении бывшего генерального директора компании «Гарант-сервис» Руслана Шарова и других лиц уже было возбуждено в апреле текущего года по заявлению, в том числе, и ОСАО «Ингосстрах». Кроме того, 18 мая 2010 г Гагаринским районным судом Москвы вынесено решение о взыскании с г-на Шарова денежных средств в размере более 20 млн руб. в связи с неисполнением условий договора агентом ООО «Финстар», по которому Шаров являлся поручителем.
По подсчетам газеты «Ведомости», «Финстар» не вернул около
25 млн руб. РСТК,
16 млн руб – «Росгосстраху»,
13,3 млн руб – «России»,
более 5 млн руб. – СК «ЭРГО Русь»,
3 млн руб. – «РОСТРе»,
более 600 тыс. руб — МАКСу.

Большая часть задолженности – по полисам ОСАГО.
Часть этих долгов «Финстар» взял на себя около года назад, когда

стал преемником другого брокера – «Гарант-Сервис».
Кроме того, «Финстар» задолжал «Ингосстраху», «Спасским воротам» и МСК. В феврале текущего года стало известно, что «Спасские ворота» и РОСНО предъявили иски к брокеру «Финстар» на 100,8 млн руб. и 55 млн руб. соответственно.
Кроме того, как выяснилось позднее, компания осталась должна еще и «Империи Страхования» – около 10,2 млн руб. Как пояснили в страховой компании, «это не последний иск. Будут еще».
Между тем, согласно заявлению г-на Резника, «свобода договора предоставляет возможность страховщику выбрать любого брокера. Но даже если в действиях брокера возникают признаки мошенничества, что наблюдается сейчас в случае с компаниями «Финстар» и «Гарант-Сервис», страховая компания обязана гарантировать исполнение обязательств по проданным брокерами страховым полисам», – сказал депутат, комментируя ситуацию, при которой выяснилось, что брокеры задолжали страховым компаниям за проданные полисы ОСАГО более 150 млн руб.
Второй «звонок» о наличии у страховщиков проблем с посредниками прозвенел в Санкт-Петербурге, где буквально в одночасье с рынка исчезли сразу три посредника. Как писал портал dp.ru, из бизнес-центра на Московском проспекте, пропали ООО «Прогресс-Нева Консалтинг», ООО «Дивизион» и ООО «Финэкспресс». Тогда же обнаружилось, что в офисах, занимаемых ими ранее, идет ремонт, а в администрации бизнес-центра заявили, что помещения освободились в начале февраля и новых контактов бывших арендаторов у них нет. По подсчетам участников рынка, объемы не дошедших до страховщиков, полученных этими посредниками за проданные полисы, мог достигать от 20 млн до 100 млн рублей, а совокупный оборот трех посредников – до 30 млн рублей в месяц.

Еще одним «ярким деятелем страховой культуры» стал страховой посредник «Ф-Полис», претензии к которому предъявили сразу пять компаний.
Как сообщила СК «Прогресс-Гарант», она разорвала отношения со страховым посредником ООО «Ф-Полис» в связи с неисполнением им обязательств по перечислению премии в страховую компанию. Кроме того, «Прогресс-Гарант» сообщил, что ООО «Ф-Полис» поменяло название на ООО «Гарант», а общая сумма задолженности перед страховщиком на сегодняшний день достигла 1,473 млн руб.

«Инногарант» сообщил, что намерен привлечь к уголовной ответственности СП «Ф-Полис» за невозврат 24 млн рублей задолженности и 10 тыс. бланков ОСАГО.

Перед уходом с рынка, пресс-службе «Ф-Полиса» удалось заявить, что они «вынуждены считать данные сообщения провокацией. Налицо несоответствующая действительности информация. ООО «Ф-Полис» свое местонахождение не меняло, компания функционирует в рабочем режиме».

Однако, по мнению СК «ИННОГАРАНТ», смена названия, адреса и руководства «Ф-полис» на номинальные фигуры связана с желанием авторов данного проекта уйти от исполнения

взятых на себя обязательств перед страховыми компаниями.

По имеющимся у компании данным, фактическим собственником и менеджером, осуществляющим оперативное руководство «Ф-Полиса», является Михаил Гришин. СК «ИННОГАРАНТ» также располагает информацией о том,

---

Доход страховых брокеров вырос за 2009 г на 33% до 4,4 млрд руб. Об этом говорится в аналитической справке Росстрахнадзора по итогам деятельности страховых брокеров за 2009 г. Доход более 1 млрд руб получил один страховой брокер; доход от 100 млн руб до 1 млрд руб получили 9 брокеров; доход от 10 млн руб до 100 млн руб – 19 брокеров; доход менее 10 млн руб – 84 брокера. 16 страховых брокеров сообщили об отсутствии доходов в 2009 г. 94,2% дохода были получены страховыми брокерами от обычных видов деятельности, 5,8% составили прочие доходы.

Всего при участии страховых брокеров в 2009 г был заключен 101 821 договор страхования (что на 17% меньше, чем в 2008 г) и 14 972 договора перестрахования (на 21% больше, чем в 2008 г). В реестре на 31.12.2009 зарегистрировано 144 страховых брокера, что на 17 организаций больше, чем в 2008 г. Отчетность в электронном виде представили 128 страховых брокеров (89%).

что командой под его руководством предпринимается попытка вывести на рынок еще одно юридическое лицо – ООО «Ф-полис страхование».

Кроме этих двух, в Арбитражный суд Москвы обратились еще три страховщика: СОАО «Национальная страховая группа» с иском о неисполнении или ненадлежащем исполнении обязательств по договорам страхования (объемом 1,337 млн рублей), и ОАО «ВТБ Страхование» (иск на 1,962 млн рублей). Надо отметить, что «ВТБ Страхование» привлекло в качестве ответчика также и ООО «Гарант».

Сумма претензий «Росстраха» к «Ф-Полису», заявленная в иске, составила 6,147 млн рублей, причем, как отметил директор юридического департамента московского филиала «Росстраха» Андрей Мирошниченко, «других исков к страховым посредникам по Москве у нас нет». Позднее он же сообщил, что суд встал на сторону страховщика и обязал посредника вернуть деньги.

Капусту рубят – посредники летят

Как рассказал журналистам Данила Хачатуров, в соответствии с соглашением, страховщики не будут работать со страховыми брокерами, которые не выполнили обязательств перед какой-то из компаний, подписавшей его. Таким образом, участники рынка надеются прекратить бесконечный шантаж со стороны брокеров, который заключается в том, что если страховая компания отказывается работать с брокером, он просто уходит к другому страховщику.

По оценке Данилы Хачатурова, убытки только «Росгосстраха» от подобных посредников за 2009 г достигли 130-150 млн руб. Убытки коллег он оценил в примерно в таких же объемах.

По словам замгенерального директора «РЕСО-Гарантии» Игоря Иванова, «страховщики действительно инициировали обсуждение этой темы, поскольку борьба с недобросовестными посредниками актуальна. Мы ведем ее системно, и, в первую очередь, ужесточили контроль за движением бланков строгой отчетности, а в подразделениях, работающих с посредниками, провели ревизию остатков, и сейчас очень жестко регламентируем выдачу новых бланков».

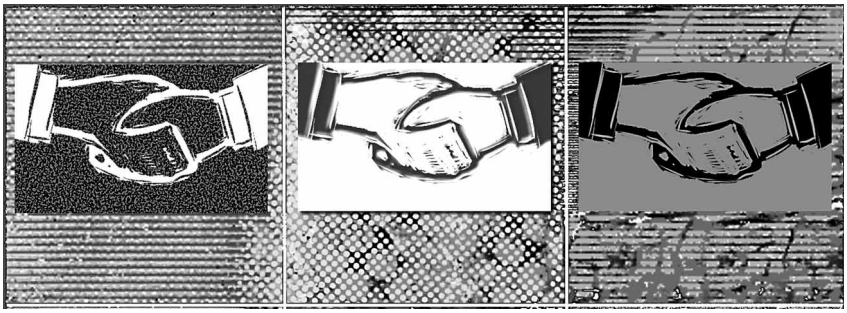
Объем убытков Игорь Иванов оценить в целом затруднился: «он трудно поддается оценке, я слышал, что у кого то 150 млн, у кого-то – 200 млн рублей, у кого-то – 100 млн. У нас речь идет о нескольких десятках, но менее 50 млн руб. Наша ситуация наименее сложная, в силу того что мы активно работаем традиционно со своими агентами».

Как уточнил первый вице-президент «Росгосстраха» Дмитрий Маркаров, «соглашение еще не оформлено письменно. Это просто обмен информации по недобросовестным брокерам. Конкретных мер пока нет. Пока мы с ними просто не работаем». По словам Игоря Иванова, проблема с посредниками для рынка действительно масштабная, и рождена она в сегменте ОСАГО: «Основная проблема в том, что это не лицензированные брокеры, а некие юрлица-посредники, которые заодно с основной деятельностью еще и полисами торгуют. А надзор практически бессилен – поскольку чистых аферистов там нет. Приходят любби уже с некой историей, реноме, не на голое место. Со многими из них у нас было долгое сотрудничество. Они продают, потом начинают сильнее мотивировать продавцов, вот тогда им и не хватает средств на расчеты. Посредники на что-то надеются, у них ничего не получается, и тогда пытаются продавить более высокую комиссию у страховщика-партнера». Между тем, регулятор рынка также не остался в сторо-

Количество заключенных договоров на оказание брокерских услуг составило в 2009 г. 32,4 тыс., что на 52% меньше, чем годом ранее. С физическими лицами заключено 92% всех договоров на оказание брокерских услуг (29,8 тыс. договоров), с юридическими лицами – 8% (2,6 тыс. договоров), из них со страховыми организациями – 3% (859 договоров). При этом 20 страховых брокеров в течение 2009 г. не заключили ни одного договора на оказание брокерских услуг.
21 страховой брокер осуществлял прием денежных средств от клиентов, физических лиц, 64 – от юридических лиц, в том числе, 45 – от страховых организаций и 34 – от других юридических лиц.

Таблица. Концентрация по количеству договоров, 2007-2009 гг.

	Договоры на оказание брокерских услуг			Страховые договоры, заключенные при участии брокеров		
	2007 г.	**2008 г.**	**2009 г.**	**2007 г.**	**2008 г.**	**2009 г.**
топ 5	56,3%	60,0%	60,8%	54,0%	46,4%	41,4%
топ 10	77,0%	77,4%	70,5%	73,9%	65,8%	60,3%
топ 20	88,2%	88,1%	77,8%	91,6%	84,7%	80,2%
топ 50	98,8%	97,1%	83,8%	99,8%	98,7%	98,1%



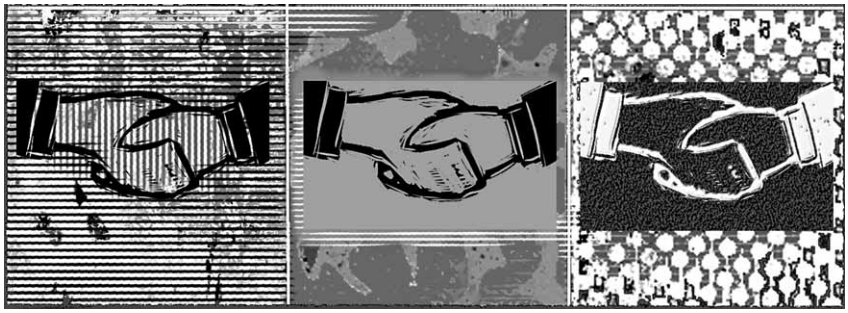
не. Росстрахнадзор будет представлять в Федеральную антимонопольную службу РФ списки «страховых брокеров», не имеющих лицензии. Об этом сообщила заместитель начальника отдела учета и анализа отчетности Росстрахнадзора Марина Кормановская.

По ее словам, при предоставлении в надзор отчетности по форме 2-Ф страховщики должны предоставлять сведения об агентах-юрлицах. Многие страховые компании стали предоставлять в рамках этой отчетности сведения об агентах-страховых-брокерах. Росстрахнадзор после проверки пришел к выводу, что данные компании не являются «страховыми брокерами», поскольку работают без лицензии. После консультации с юристами было принято решение предоставлять данные о таких компаниях в ФАС, поскольку имеются признаки нарушения закона о рекламе. Казалось бы, почему о рекламе? Каждая из этих компаний позиционируется как брокер, но брокером не является, значит, и не подпадает под действие федеральных законов. Таким образом, единственное обвинение, которое им можно предъявить – это незаконное использование слов «брокер» и «страховой» в их наименовании, что уже подпадает под Федеральный закон «О рекламе».

Как отметила Марина Кормановская, письмо в ФАС с первым списком брокеров, содержащим перечень из шести компаний, отправлено Росстрахнадзором примерно месяц назад.

Она также сообщила, что сейчас Росстрахнадзор готовит изменения в отчетности страховщиков. В частности, при предоставлении сведений об агентах-юрлицах, страховщики должны будут указывать все виды их экономической деятельности.

В свою очередь со стороны ФАСа устами замглавы Антимонопольной службы Андрея Кашеварова было заявлено следующее: «То,



что с рынка должны уходить недобросовестные участники, сомнению не подлежит, вопрос в форме этого самоочищения». При этом Андрей Кашеваров добавил, что «поскольку сами брокеры и посредники не обращались в антимонопольную службу, нам ничего неизвестно о соглашении между страховщиками. Тем более что на подписание соглашение страховщики антимонопольную службу не приглашали. А то, что рынок занимается самоочищением – давняя история».

Между тем, руководитель комитета по методологии страхования РСА, заместитель руководителя дисциплинарной комиссии союза Евгений Уфимцев отметил, что РСА может изменить ограничения, касающиеся выдачи новых бланков ОСАГО для быстрорастущих компаний и для компаний, у которых нет филиалов. Как отметил г-н Уфимцев, в настоящее время многие из страховщиков, которым не хватает квоты, имеют годовые или двухгодовые запасы бланков полисов. Свою потребность в новых бланках они мотивируют тем, что отдали свои бланки полисов на реализацию брокерам и не могут их вернуть. Что выйдет из этих мер, предпринимаемых всеми заинтересованными участниками и регуляторами и как быстро рынок покинут наноброкеры – покажет только время.

Артем Барабанов

Андрей МАРТЬЯНОВ,
исполнительный директор, СК «МАКС»

Мифы и реальность МСФО

Сегодня широко обсуждается идея обязательного внедрения стандартов МСФО для участников страхового рынка. Попытаемся разобраться, для чего же нужна отчетность по международным стандартам (МСФО).

МСФО – это унифицированный набор принципов и требований к составлению и раскрытию информации в отчетности предприятия. Главная задача МСФО – обеспечить сопоставимость данных о деятельности одной компании с другой. Если компанией заинтересовался инвестор, он хочет понимать, каким образом результаты деятельности данной компании соотносятся с результатами конкурентов. Стандартизация принципов составления форм отчетности и раскрытия существенной информации помогают оценить деятельность компании акционерам и потенциальным инвесторам.

Таким образом, если вы планируете начать переговоры с инвестором или получить рейтинг западного агентства, то неизбежно столкнетесь с необходимостью готовить отчетность по МСФО хотя бы за двухлетний период. Этого требуют стандарды для обеспечения сопоставимости

данных. Более того, такая отчетность должна быть заверена уважаемой аудиторской компанией, желательно с мировым именем. Немаловажным критерием при выборе аудиторской компании является знание аудитором особенностей бизнеса отрасли, квалифицированность специалистов, обширный опыт работы как на российском, так и на международном рынке. Но в силу того, что многие участники рынка никогда не внедряли стандарты МСФО, у них сформировались иллюзии на эту тему. Остановимся на каждой из них подробнее.

Миф первый. Внедрение МСФО повышает прозрачность бизнеса и позволяют сопоставить результаты вашей деятельности с конкурентами

Это утверждение справедливо для публичных компаний, которые обязаны предоставлять отчетность по МСФО по требованиям биржи. К сожалению, приходится признать, что для страхового рынка России данную функцию МСФО не выполняют, так как отчетность по МСФО не предоставляет в открытом доступе практически ни одна страховая компания. Даже те, кто обязан составлять отчетность по требованию своих европейских акционеров, не раскрывают ее полностью. Таким образом, если вы и составляете отчетность по МСФО, результаты просто не с чем сравнивать. До тех пор, пока составление отчетности по стандартам МСФО, равно как и их публикация в открытом доступе, не станут обязательными, данная задача выполняться не будет.

Интересно, что многие думают, будто бы стандарты МСФО требуют обязательного раскрытия конечных бенефициаров. Это справедливо только в том случае, когда один конечный бенефициар или группа связанных с ним сторон обладают контролем над деятельностью компании. В противном случае такого раскрытия не требуется. Совсем недавно ЦБ РФ ввел требование об обязательном раскрытии конечных бенефициаров в отношении банков, хотя отчетность по МСФО всех банков находится в его распроряжении с 2004 года.

Миф второй. Внедрение МСФО позволяет оценить компанию

Действительно, МСФО являются отправной точкой при любом методе оценки бизнеса, независимо от того, основывается ли данная оценка на показателе EBITDA, чистых денежных потоках, объеме страховых премий или каком-либо другом методе.

Отчетность по МСФО, построенная на принципах превалирования сущности над формой, позволяет оценить, есть ли у компании собственные средства или показанный по стандартам РСБУ капитал сформирован так, что при трансформации отчетности превращается в ноль или, еще хуже, становится отрицательным. Но при этом не следует забывать, что огромную роль при оценке любой компании играют субъективные оценочные показатели (мультипликаторы сопоставимых сделок, многофакторные дисконты или премии к значению цены, прогнозные темпы прироста премий и т.д.), которые имеют опосредованное отношение к отчетности и являются в основном результатом субъективного взгляда оценщика.

Миф третий. МСФО и национальные стандарты

Занимателен опыт ЦБ РФ, который в первые годы обязательного внедрения МСФО для банков попытался ввести МСФО в ограниченном виде, со своими трактовками стандартов. На каком-то этапе это было оправдано и даже привело к необходимости реструктурировать бизнес банков. Например, МСФО требуют обязательного составления консолидированной отчетности в том случае, если банк является материнской компанией по отношению к дочерним предприятиям. Для того, чтобы избежать этого, многие банки создали холдинговые структуры, которые консолидировали другие, небанковские активы.
Интересно, что ЦБ не отказался от национальных стандартов.

Для осуществления надзорных функций ЦБ по-прежнему требует от банков составления отчетности по российским стандартам, равно как и различной специализированной отчетности (например, о размере валютной позиции и т.д.). По этому пути, кстати, пошли и многие европейские страны, в которых национальные стандарты отчетности существуют парллельно с МСФО. Таким образом, участникам рынка, скорее всего, полностью перейти на МСФО не удастся и придется параллельно составлять отчетность как по российским, так и по международным стандартам.

Миф четвертый. МСФО позволяют оценить эффективность бизнеса

Получение достоверной информации, построенной на общепризнанных принципах, несомненно, дает преимущества для оценки финансового положения и принятия управленческих решений. Но для принятия оперативных решений нужна оперативная информация, поэтому отчетность по МСФО имеет ценность только в том случае, когда она составляется регулярно, не реже одного раза в месяц. Однако и в этом случае есть много нефинансовых показателей, используемых для принятия управленческих решений. Например, количество заключенных договоров, количество урегулированных или заявленных убытков и соответствующие средние показатели полученных страховых премий и убытков. Другой важный аспект – отчетность в разрезе подразделений компании, которую сегментная отчетность

(стандарт, который предусмотрен МСФО) не может решить в силу недостаточной детализации или несоответствия определения сегмента потребностям бизнеса. В таком случае управленческая отчетность позволяет решить все перечисленные задачи. При этом важно, чтобы принципы составления такой отчетности совпадали с принципами МСФО для обеспечения сверки данных, представленных в одной и другой отчетностях.

Реальность

Теперь более подробно остановимся на реальной роли МСФО для российского бизнеса. Здесь можно выделить 4 основных тезиса:

1. Отчетность по МСФО является краеугольным камнем для оценки бизнеса любым серьезным инвестором.

2. Международная отчетность выполняет определенную ей функцию и не может заменить собой ни отчетность по РСБУ, ни статистическую, ни управленческую отчетность компаний. Национальные стандарты выполняют функцию отчетности перед надзорными органами и, скорее всего, сохранятся в долгосрочной перспективе, как это происходит во многих европейских странах, где национальные стандарты соседствуют с МСФО.

3. По опыту внедрения МСФО в банковской отрасли введение МСФО в страховании в обязательном порядке потребует значительных финансовых средств и не только от самих участников рынка, но и от регулятора. Ведь для систематизации и оценки результатов отчетности компаний потребуются специалисты. В самом начале внедрения МСФО в банковской отрасли были потрачены большие средства, в том числе, и из бюджета Европейского Сообщества для обучения сотрудников коммерческих банков основам МСФО. Однако до сих пор многие банки привлекают сторонние компании для оказания помощи в составлении отчетности. В период экономического кризиса это может стать неподъемной ношей для мелких и средних компаний страхового рынка.

4. Особо хочу отметить роль аудита при составлении отчетности. На мой взгляд, это единственный способ обеспечить достоверность отчетности. Аудиторы на первом этапе также смогут оказывать консультационную помощь в подготовке отчетности. Других подготовленных специалистов, кроме как действующих или бывших сотрудников аудиторских компаний в нашей стране просто нет.

Алина МИХАЙЛЕНКО,
психолог

Андеррайтер vs агент: конфликты в страховом орнаменте

В страховом механизме агенты готовы уступать, чтобы заманить поток клиентов – они выполняют роль своеобразных насосов. Андеррайтеры фильтруют поступающий клиентский поток, оценивая вероятность наступления страхового случая и определяя взнос за контракт. В системе не заложено изначально неразрешимых противоречий, если она грамотна отрегулирована. Однако в реальной жизни андеррайтеры называют позицию агентов авантюрной и нерасчетливой, а агенты жалуются, что неуступчивость и консерватизм первых приводит к тому, что компания недополучит взносов и потерпит убытки.

Один из любимых приемов российских руководителей для разрешения конфликтов между сотрудниками – пустить разбирательства на самотек, а любимый лозунг – «Выживает сильнейший». Без урегулирования сверху и четко прописанных инструкций война между подразделениями переходит на партизанское положение. Однако в страховом бизнесе не обозначишь цифрами каждый шаг персонала, работающего с клиентом. Кроме того, параметры оценки, по которым компания определяет успешность работы и начисляет оплату агенту и андеррайтеру, совершенно разные. Значит, у руководителя должны быть миротворческие инструменты для согласования работы агента и андеррайтера.

Плюс на минус... дает плюс

Если действовать в соответствии с приемами конфликтологии, то для установления взаимовыгодного мира, прежде всего, необходимо выяснить зоны согласия и зоны противоречия, а также нейтральную территорию.
Для андеррайдеров и продавцов они будут такими:
– *общие цели обеих сторон* и интересы, не вызывающие у них споры (такие, как рост прибыли всей компании);

– *«качели»,* когда удовлетворение интересов для одной стороны автоматически приводит к ущемлению другой (для агента быстрое подписание контрактов со скидками или высоким риском, а для андеррайтера – отказ от заключения контракта с высоким риском в пользу лишь надежных клиентов);

– *возможный баланс различных интересов*, не вызывающий столкновения, если их одновременное удовлетворение для обеих сторон возможно при соблюдении определенных условий (например, подписание контракта с выгодным и осторожным клиентом).

Если рассмотреть сферу деятельности андеррайтеров и агентов, то можно заметить, что у них есть все три зоны – конфликтные, нейтральные и партнерские (см. таблицу).

Обычную ошибку совершают те примирители, которые начинают переговоры с обсуждения наибольших противоречий «черной» и «серой» зон. Опытные эксперты по переговорам советуют вначале, наоборот, обозначить условия, при которых если не все, то, по крайней мере, большинство конфликтующих будут довольны «встречей на середине дороги».

Некоторые конфликтологи считают позиции win-win (или, в переводе с английского языка, «выигрыш-выигрыш») нико-

Таблица 1. Общие параметры, которыми руководствуются в работе андеррайтер и продавец

Андеррайтер	Продавец
(-) рентабельность страховых операций и рост прибыли за счет снижения выплат	(-) заключение наибольшего количества контрактов и расширение клиентской базы
(-) снижение рисков, связанных с заключением дешевого контракта размерами выплат	(-) соотношение усилий на поиск клиента и подписание с ним контракта и полученного личного материального поощрения за привлеченного клиента,
(-) установление выплат не ВЫШЕ установленных корпоративных и общерыночного уровня	(-) установление выплат не НИЖЕ, а стоимости контракта не ВЫШЕ установленных корпоративных и общерыночных уровней
(+) общий финансовый результат компании,	(+) размер контракта и финансового результата компании,
(+) соблюдение норм страхового права.	(+) соблюдение норм страхового права.

му не выгодным компромиссом, ущемляющим права обеих сторон. Тем не менее, необходимо точно рассчитать границы дозволенного и варианты, приемлемые для обеих сторон в «нейтральной зоне».

Как уже было сказано выше, оценка эффективной работы андеррайтеров и продавцов происходит по-разному, но сблизить позиции сторон можно с помощью материального поощрения. Например, что, если андеррайтеров поощрять (пусть незначительно) за умение не распугивать клиентуру высокими требованиями, а продавцов – за надежность приведенных в компанию клиентов? В некоторых компаниях принято давать премии и бонусы по результатам работы от общей прибыли страховой компании. Но каждая из сторон имеет свой взгляд на то, как можно увеличить прибыль. Кроме того, общий успех дела не является точкой противоречия. Это «белая зона» согласия, изменение которой не требуется.

Чтобы усилить точку опоры для поворота к согласию, руководству компании лучше установить систему материальной компенсации, когда андеррайтер найдет баланс в «серой зоне» между количеством и качеством заключенных контрактов, а продавец будет больше думать о рентабельности.

Поработать за того парня

В работе сотрудников страховых компаний немало субъективизма. И речь идет не только об оценке риска или размера выплат при страховом случае. Работники одной службы часто подсознательно стремятся занижать заслуги коллег из смежных служб и расширять свои полномочия за счет других (если только это связано с получением премий). В некоторых компаниях идут на следующий воспитательный шаг – на время меняют работников местами. А в других – в силу производственной необходимости агент может совмещать обязанности андеррайтера, а андеррайтер продавать, что только доказывает возможность смены специализаций. Интересно, что обмен позициями идет как по горизонтали, когда два рядовых сотрудника разных отделов временно замещают друг друга, так и по вертикали (хотя в данном случае, точнее было бы назвать это диагональю), когда руководитель одного департамента на несколько часов становится подчиненным руководителя другого департамента. Так, в сервисе и торговле довольно популярна практика, когда, скажем, директор по маркетингу встает за стойку заказов, а закупщик из офиса отправляется на склад.

Трудовая смена у смежников помогает лучше понять технологии и внутренние проблемы соперничающих департаментов одной компании. Большой пользы для клиентов перемещенное лицо за один-два дня не принесет. Зато это очень полезно для повышения его профессионализма с точки зрения:
– умения целостно видеть бизнес-процессы в компании;
– более полного и корректного расчета слагаемых общей прибыли;
– способности видеть ситуацию с позиции оппонента;
– расширения общего кругозора в своем секторе бизнеса;
– улучшения внутренних коммуникаций;
– установления взаимопонимания с оппонентами
– развития творческого подхода во время приобретения новых навыков;
– приобретения новой точки зрения в общении с клиентами.

Если андеррайтер один день побегает «по полям» в поисках клиентуры или станет на вахту телефонных продаж, а агент займется системой оценки и вынужден будет сам высчитывать выплаты и прибыль фирмы (хотя бы на упрощенном уровне), они по-другому увидят проблемы друг друга.

Отправляя сотрудника «за другую сторону баррикады», необходимо учесть два аспекта:
– во-первых, на такой рискованный шаг стоит идти или в момент затишья, когда деятельность новичка можно подстраховать, или в момент аврала, когда есть гораздо больший риск упустить клиентов из-за катастрофической нехватки персонала в каком-то отделе;
– во-вторых, нельзя объяснять обеим сторонам истинную (то есть, обучающую) цель такого обмена. Как показывает опыт, они отнесутся к ее выполнению менее серьезно. Ведь речь идет о смене всего на 4-16 часов, реальных результатов от такого обмена никто не ожидает, и за это время можно просто имитировать погружение в чужую профессиональную среду. Лучше всего, объяснить такой шаг «тестированием» для дальнейшего продвижения или туманной, но впечатляющей формулировкой «профессиональная необходимость». Тем более что это правдивое объяснение – обучение для фирмы явление обычное и может проходить в разной форме, в том числе, как практическое занятие в другом подразделении.
Если компания планирует совместить перемирие и традиционные формы повышения профессионализма, то для этого существует несколько возможностей.

Прежде всего – тренинги командообразования и мастерства переговоров. В рамках обучения могут проводится, в частности, ролевые игры. На занятии представители разных сторон предлагают огласить вслух претензии. Однако, как показывает практика, при неумелой модерации это способствует переходу конфликта из скрытой фазы в открытую вражду, например, после обмена шуточками или провокационной демонстрации противникам «вот как нужно работать!»
Если компания находит опытного психолога, который знаком с технологиями проведения переговоров конфликтующих сторон, он поможет участникам выпустить пар и прийти к правилам, удобным обеим сторонам. На тренинге в учебных сценках участники изображают типичные производственные ситуации, во время которых играют «противоположную сторону» или учатся пересказывать точку зрения оппонента. Двух- или трехдневная учебная программа не способна радикально переменить их позиции, но может научить противников лучше использовать аргументы в споре и принимать во внимание интересы другого подразделения.

Пусть за нас роботы думают

Агент и андеррайтер оценивают клиента по-разному: первый – как засидевшаяся с ожиданиями невеста, второй – как потенциальная свекровь, то есть, с критической точкой зрения, и такое семейное сравнение вполне уместно, поскольку в данных бизнес-отношениях слишком много личных эмоций.

Для того чтобы снизить их накал и последующий негативный эффект, в менеджменте известен такой прием, как дистанцирование. Например, когда необходимо принять непопулярное у персонала решение, его объявляет сторонний человек (для регионального филиала – представитель удаленной штаб-квартиры, а для самой штаб-квартиры – консультант партнерской компаний). Однако во время принятия решений андеррайтерами или агентами по каждому конкретному случаю не приставишь третейского судью, который будет следить за спором или соблюдением интересов обеих сторон. Для снижения влияния эмоций и оптимизации бизнес-процессов необходима автоматизация. И тут на помощь приходят компьютерные программы. Одна из них – система управления отношениями с клиентами CRM (Client Relationships Management), которую сегодня уже нельзя назвать модной новинкой, скорее – привычным инструментом. По поводу рентабельности CRM есть немало скептических мнений. Если она выполняет свой минимум – базовые функции систематизации коммерческой информации, то, возможно, это дорогая адресная книга, которая лишь сокращает время поиска. Но CRM обладает набором более ценных аналитических возможностей, одна из которых – упорядочивание отношений с клиентами и между службами.

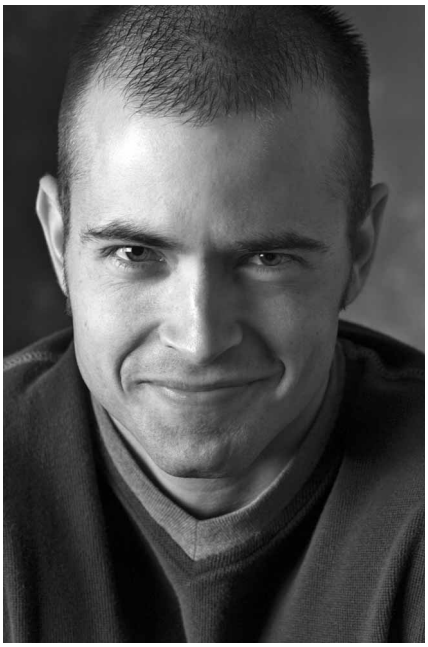
При эффективной интеграции в управленческую структуру CRM, во-первых, предоставляет возможность принимать решение, исходя из целого комплекса данных о клиентах, полученных из внутренних источников (если он уже ранее заключал контракт с компанией) и внешних каналов (в том числе, данные кредитных историй потенциальных клиентов из других коммерческих фирм и сигналов систем безопасности). Во-вторых, введение диапазона разных контрактов, обстоятельств их заключения, расценок, уступок, допусти-

мых рисков, размера и условий выплат позволяет делать более объективный и обоснованный расчет «серой зоны», где агент тянет стоимость услуг вниз, андеррайтер вверх, а компьютер беспристрастно выдает набор данных. Этот расчет может быть формализован до уровня формул или оптимальных вариантов как предпосылок для конечного решения. В любом случае ссылка на «бездушную машину» примиряет андеррайтеров с продавцами, поскольку при оценке исключается «человеческий фактор».

Любая открытая внутри компании отчетность, даже выложенные отчеты в корпоративной сети, приводят к прозрачности процессов между продающим и андеррайтинговыми подразделениями. Они позволяют корректировать тех, кто гонит поток невыгодных клиентов или отказывает выгодным.

Поскольку сейчас появилось множество фирм по разработке, установке, адаптации и сервисному сопровождению CRM, можно выбрать того партнера, который обеспечит самое важное – адаптацию системы к специфическим потребностям фирмы для того, чтобы она стала не только дорогостоящим электронным каталогом клиентской базы, но и гарантированным буфером между спорящими подразделениями. Если одна из сторон не согласна, спорить придется с искусственным интеллектом и тем, кто задал начальные параметры. Это позволяет руководителям менее болезненно для подчиненных регламентировать их активность и более тщательно контролировать работу на местах.

Необходимо отметить парадоксальное воздействие цифровых технологий на психологический климат страховой компании – когда ответственность за принятие решения условно переложена на систему, андеррайтеры не стремятся перестраховываться, а продавцы лучше учитывают границы дозволенного риска.



Когда в «Ренессанс Страховании» внедрили такую программу, она позволила формализовать отношения и лучше регулировать взаимодействия между продающим и андеррайтинговым подразделениями.

В IT-компании Siebel, которая занимается внедрением CRM, предупреждают: для рядовых пользователей внедрение системы связано с усложнением работы и дополнительным обучением. Персоналу необходимо объяснить, что автоматизация некоторых процессов приведет к тому, что при большей скорости операций несогласованности и путаницы в оценках будет меньше. Искусственный разум – третейский судья, с которым не поспоришь.

В столкновении интересов андеррайтеров и агентов третьей силой, влияющей на заключение мира, может быть также и маркетолог. Страшный сон продавца – отсутствие клиентов. Кошмар андеррайтера – их наплыв с завышенными ожиданиями, подкрепленными контрактом, составленным поспешно и по низким расценкам. Есть множество факторов, способных реализовать эти пугающие ожидания или исключить их. Они усиливают противоречия или наоборот укрепляют согласие, но не зависят от их профессионализма – реклама и места их проведения, привлекательно составленные коммерческие предложения и их актуальность, диапазон предлагаемых услуг, ценообразование, адекватное запросу целевой аудитории и сопоставимое с общерыночными показателями, и даже расположение офисов – как их собственной компании, так и конкурентов.

Довольно часто сбои в механизме «агентский насос – андеррайтерский фильтр» – индикатор неграмотной маркетинговой политики. Ситуацию можно отрегулировать, в частности, грамотно составленными акциями и более точным выбором каналов продвижения. И тогда спорщики встретятся на нейтральной территории, где выгодность контрактов для обоих не будет вызывать их столкновений.

Французский роман

Татьяна Михайловна познакомилась с Эдуардом Николаевичем на почве любви к французскому языку. Точнее, Эдуард Николаевич его просто любил, а Татьяна Михайловна – преподавала и переводила, чем и зарабатывала себе на жизнь.

Труд переводчика нелёгок и не так хорошо оплачивается, как можно было бы вообразить, учитывая, каких усилий требует изучение любого иностранного языка. Поэтому на хлеб Татьяна Михайловна зарабатывала, а вот масло и икра на него ложились с перебоями.

Конечно, Татьяна Михайловна могла устроиться на работу в офисе – и ей не раз это предлагали! – но она ни за что на свете не хотела отказаться от своей свободы, предпочитая носиться с одного края Москвы на другой по ученикам, а также корпя над переводами маловразумительной технической и юридической литературы. Впрочем, были в её жизни и просветы, и одним из них как раз стала встреча с Эдуардом Николаевичем Светлогоровым.

Этот приятный во всех отношениях джентльмен появился в её доме по рекомендации общих друзей и покорил не только безукоризненными манерами, но и элегантностью поставленной задачи. Дело в том, что в одну из своих поездок во Францию Эдуард Николаевич чудом обнаружил и приобрёл старинное издание на французском языке, в котором на фоне грандиозных событий времён Наполеона мимоходом упоминается история некой дворянской семьи, отпрыск которой застрял в 1812 году в русских снегах, обрусел и дал начало славному роду Светлогоровых – так русское ухо восприняло, а русский язык приспособил на свой лад славное имя Винсента ла Гора. Это маленькое открытие стало триумфальным завершением предпринятого Эдуардом исследования истории своей семьи – теперь он нашёл свои корни!

Конечно, мсье Светлогоров мог бы удовольствоваться одним знанием этого факта, но его охватило забавное тщеславие – о своём открытии захотелось поведать миру. Развернув невероятную активность, он сумел заинтересовать весьма солидное издательство публикацией перевода этой французской книги на русский язык. Так Татьяне Михайловне было сделано

предложение, от которого она не могла отказаться – перевести и подготовить к публикации текст никому в России доселе неизвестного автора.

Работа была непростой, но захватывающей. Она потребовала огромного количества справочного материала, и Эдуард Николаевич всеми возможными способами помогал переводчице, добиваясь доступа в архивы и хранилища. Ко всему прочему он оказался приятным собеседником и галантным кавалером. Так совместная работа стала дружбой.

***

Однажды Эдуард застал свою приятельницу в слезах. Татьяне Михайловне только что позвонила из Питера её младшая сестра Софья. Увы, звонки родственницы редко приводили Татьяну в хорошее настроение – и почти всегда по одной причине: Сонечкин сын с малых лет доставлял семье одни хлопоты. Вот и сейчас это олух царя небесного провалил вступительные экзамены в тщательно выбранный на семейном совете вуз, и теперь ему меньше чем через год неизбежно грозила армия, а его бедной матери – безвременная кончина от переживаний, ибо её бедное сердце, конечно же, не выдержит самой мысли о казармах, сортирах, дедовщине и прочих прелестях службы. Все пути спасения дитяти от гибели требовали денег, причём немалых – а где их взять сестре Соне, в одиночку поднимавшей сына?! Мало чем могла помочь и Татьяна, разве что продать свою скромную квартирку в не самом фешенебельном районе Москвы и перебраться к сестре в город на Неве. Но и у той всего лишь «однушка» на окраине, где Соня после смерти мужа жила со взрослым сыном...

Удивительно ли, что, захваченная такими переживаниями, Татьяна Михайловна никак не могла сосредоточиться на неспешном сюжете французской книжки, который обычно столько же неспешно обсуждали они с Эдуардом Николаевичем во время его визитов. Она совсем уж было собралась извиниться и попросить своего гостя отложить свой визит на другое, более спокойное время, но не таков был наш Эдуард, чтобы бросить даму одну в трудную минуту.

Уже через несколько минут заплаканная Татьяна Михайловна, уступив настойчивости гостя, поведала ему все обстоятельства дела. А ещё через час в её квартиру вошёл приятный молодой человек, представившийся Евгением. С самым серьёзным видом он задал множество вопросов, внимательнейшим образом выслушал ответы, а затем, коротко посовещавшись с Эдуардом Николаевичем, достал бумаги.

***

В конце июня центральным офисом страховой компании «Гамма-Страхование» был заключён договор страхования жизни с гражданкой Ивановой Татьяной Михайловной, выгодоприобретателем по которому являлась родная сестра Татьяны Софья. Пять месяцев спустя Софья Михайловна обратилась в компанию с заявлением о выплате страхового возмещения в размере 3 млн рублей в связи со смертью своей застрахованной родственницы. По словам безутешной Софьи, её бедная сестра скончалась в машине скорой помощи по пути в больницу и не успела попрощаться ни с сестрой, ни

с племянником – единственными своими родственниками, проживавшими в другом городе. К заявлению были приложены свидетельство о смерти застрахованной и другие необходимые документы.
Замечательно, что бедная Татьяна Михайловна, кажется, предчувствовала свою кончину, потому что не раз писала и говорила своей сестре, что её мучают дурные предчувствия, и кажется ей, будто закончит она книгу о Наполеоне, которую переводила последний год – и это будет её последняя работа на этом свете. Так оно и вышло: Татьяны Михайловны не стало ещё до того, как книга увидела свет, поэтому фамилия переводчика была дана в этом издании в траурной рамочке. Как ни странно, именно эта рамочка стала последней каплей, победившей недоверчивость службы безопасности страховой компании.

***

– Какими странными путями порой приходят люди к исполнению своей мечты, – философски заметил Эдуард Николаевич, в который раз любовно пролистывая книгу, переведённую с французского и изданную в России при его деятельном участии. – Татьяна много раз мне говорила, как ей трудно живётся в Москве, как душа её просится в глушь, в провинцию, как мечтает она провести остаток дней своих в городке вроде Тарусы...

– Ой, как худо жить Марусе в городе Тарусе! Петухи одни да гуси, Господи Исусе! – процитировал Заболоцкого начитанный Женя.

– Да-да, только нашей «Марусе» в Тарусе живётся совсем не худо. Я её недавно навещал: она прелестно устроилась. Работает библиотекарем и преподаёт французский детям местной интеллигенции. Вот уж воистину забавный парадокс: зачастую, чтобы начать жить так, как хочется, приходится умереть. Кстати, Женя, знаешь, что самое забавное? Её остолоп-племянник категорически отказался косить от армии и вообще – собрался после срочной службы пойти в военное училище.