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

Директор по развитию
Любовь Судакова

верстка
Юлия Ильина

менеджеры по распространению
Екатерина Киселева
Инна Орлова
Наталья Шустова

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 03.10.2011
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

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

Колесников Юрий Алексеевич,
генеральный директор ОСАО «Россия»

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

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

Мнение авторов 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

Уважаемые коллеги!

Минфиновский проект тарифов на обязательное страхование ОПО стал настоящим яблоком раздора между страховщиками и промышленниками. Первых тарифы очень даже устраивают, чего никак нельзя сказать о вторых. Точки зрения обеих сторон представлены в журнале.

Когда заходит речь о сокращении затрат страховой компании, сразу приходит в голову экономия канцтоваров, урезание рекламных бюджетов, соцпакета и зарплат сотрудников. Предлагаем Вам неожиданный взгляд на эту проблему.

Тема ДМС раскрыта с точки зрения потребителей – крупных корпораций и физических лиц. Первые на рынке добровольного медицинского страхования играют роль своего рода законодателей мод, на них равняются компании поменьше. А вторые четко отражают страховую культуру населения в ситуациях, когда речь не идет об автомобилях.

В журнале представлен новый тренд банкострахования – две страховые компании из топ-5 начали продажи банковских продуктов. Описана методика оценки страховой компании методом межфирменных сравнений. Даны основные положения проведения медицинского андеррайтинга заемщиков ипотечных и потребительских кредитов. Словом, предлагается очередная порция свежих идей от коллег по рынку.

С уважением Татьяна Робулец,
генеральный директор
ООО «Современные страховые технологии»

Содержание

В РУСЛЕ СОБЫТИЙ

5.....
Споры о тарифах

20.....
Страхование строймонтажа: большие перспективы с большими проблемами

27.....
Обзор законодательства

МЕХАНИЗМЫ ПРОДАЖ

34.....
Грабли в агентской сети

БИЗНЕС–ПРОЦЕСС

40.....
Сокращение затрат в страховой компании: новый взгляд на старые проблемы

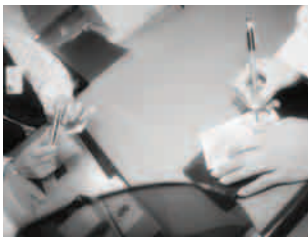
ДМС

51.....
Чего ждут крупные клиенты от ДМС

59.....
Страхование по собственному желанию

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

65.....
Медицинский андеррайтинг для программ страхования заемщиков потребительских и ипотечных кредитов



ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

73.....
Оценка инвестиционной привлекательности страхового бизнеса методом межфирменных сравнений

ПРОДУКТОВАЯ ЛИНЕЙКА

86.....
Был ли шанс у обманутых дольщиков?

СК+БАНК

91.....
Продуктосмешение

В КОНЦЕ НОМЕРА

97.....
Как найти и потерять клиента

ИСПРАВЛЕНИЕ

В №4-2011 допущена опечатка. На четырнадцатой строке сверху левого столбца на странице 7 вместо «объемам взносов» следует читать «объемам страховых сумм». На восемнадцатой строке сверху того же столбца вместо «взносы» следует читать «суммы».

Редакция приносит извинения за допущенные опечатки.

Споры о тарифах

До вступления в силу закона о страховании особо опасных объектов осталось совсем немного времени, а споры вокруг страховых тарифов все не стихают. Промышленники и страховщики не слышат друг друга: первые считают тарифы завышенными, вторые – справедливыми. ССТ предоставил возможность обеим сторонам высказаться на своих страницах по поводу тарифов.

Участникам виртуального круглого стола было предложено

1. прокомментировать соотношение проектных тарифов по обязательному страхованию ОПО и существующих по добровольному;

2. оценить нагрузку на предприятия обязательного страхования ОПО с утвержденными тарифами

Дмитрий Маркаров,

первый заместитель генерального директора ОАО РОСГОССТРАХ

Евгений Брагин,

заместитель сопредседателя Комитета по экологической, технологической и промышленной безопасности Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП)

1. Прежде всего, некорректно сравнивать тарифные ставки в проекте постановления Правительства по обязательному ОПО и тарифные ставки, которые сейчас применяются на рынке добровольного страхования в соответствии с законом о промышленной безопасности, т.к. значительно отличается объем страховой защиты, который заложен в обязательном страховании, и тот, который приобретают большинство компаний в добровольном порядке в настоящее время.

Основные отличия:

А). Сейчас страхование для владельцев опасных производственных объектов (а именно они составляют основную массу опасных объектов в соответствии с законом об обязательном страховании) обязательно только на случай аварии, которая определяется как «разрушение сооружения и (или) технического устройства, применяемых на опасном производственном объекте, неконтролируемые взрыв и (или) выброс опасных веществ». То есть на события, которые не подпадают под это определение, доброволь-

Некорректно называть страхование по закону ФЗ-116 добровольным. Оно, как минимум, вменённое. Но, если честно, то обязательное, просто без навязываемого механизма монополизации.
Настоящее же добровольное страхование, которое пусть не очень широко, но присутствует на рынке, может включать в себя любые формы страховой защиты, вплоть до компенсаций упущенной выгоды – на то она и добрая воля.

Понятие аварии в законе 225–ФЗ действительно объединяет понятие «аварии» и «инцидента» по базовому закону №116–ФЗ «О промышленной безопасности опасных производственных объектов».

Но шире оно в части сброса воды и отходов, основные последствия которых ограничены экологическим ущербом, страхование которого из 225-ФЗ исключено.
Так что особой разницы в понятиях нет, авария она и есть авария.

ное страхование не распространяется.

В 225–ФЗ авария определена как «повреждение или разрушение сооружений, технических устройств, применяемых на опасном объекте, взрыв, выброс опасных веществ, отказ или повреждение технических устройств, отклонение от режима технологического процесса, сброс воды из водохранилища, жидких отходов промышленных и сельскохозяйственных организаций, которые возникли при эксплуатации опасного объекта и повлекли причинение вреда потерпевшим». Как мы видим, это гораздо более широкий круг событий, чем в добровольном страховании.

Верхний лимит ответственности страховых компаний возрастает с 7 млн рублей до 6,5 млрд рублей, т.е. в 928 раз.

Но по абсолютному большинству объектов он ограничен суммой в 10 млн.руб. А средний показатель по данным финансово-экономического обоснования Минфина России не превысит 25 млн.руб.
Если принять во внимание, что существующее вменённое страхование фактически является безубыточным (единичные выплаты по ущербу окружающей среде не превышают 6% сбора премий), то соотношение роста тарифов и объёма ответственности перестаёт быть самоочевидным.

Б). Фактор причинения вреда жизни и здоровью работников имеет существенный «вес» в тарифе, заложенном в проект постановления Правительства. Повышается объем обязательств перед гражданами, среди которых наиболее вероятные получатели возмещения – это работники предприятий, где произошла авария, и члены их семей. В текущем законодательстве и практике его применения работники защитой не покрывались, хотя страдали от аварий на ОПО в первую очередь (вспомним аварию на Саяно-Шушенской ГЭС).

Фактор причинения вреда жизни и здоровью в расчётах Минфина составляет около 50% заявленного объёма ожидаемых выплат.
Но при этом следует учесть, что число как погибших, так и пострадавших существенно завышено.
Погибших – за счёт включения в их число погибших при несчастных случаях (страховые выплаты им не положены), пострадавших – за счёт произвольного соотношения 20 пострадавших на одного погибшего, которое не подтверждается статистикой.

В). В новое ОПО не включено возмещение ущерба окружающей среде, однако,

этот фактор был существенным не для каждой из отраслевых групп, по которым произведен расчет в проекте постановления Правительства.

Г). По одним объектам сами тарифные ставки выше, по другим – ниже. Например, по ГТС, подъемным механизмам, системам газопотребления – ниже. Все ужасаются тарифу по подземным шахтам, но там проблема скорее не в тарифе, а в заведомо недостаточной страховой сумме на фоне высокого производственного травматизма в этой отрасли.

Тариф по шахтам ужасен не только своим показателем и не только тем, что добровольное страхование с суммами покрытия до 1,5 млн.руб. в случае гибели людей сегодня обходится примерно в 100 раз дешевле. Обязательное страхование шахт построено таким образом, что выплаты страховщика лимитированы суммой 10 млн.руб., т.е. он должен платить семьям пятерых погибших. Остальным должен платить работодатель. Но за что в таком случае работодатель должен платить страховщику?

Согласно докладам МЧС России за 2009 и 2010 годы, только на устранение последствий ЧС (это аварии, без учета инцидентов) из федерального и местных бюджетов в 2009 году было потрачено 32,717 млрд рублей, а в 2010 году - 61,55 млрд. рублей.

Согласно данным Госдоклада МЧС за 2010 год суммарный ущерб от всех чрезвычайных ситуаций (включая наводнения, авиакатастрофы, террористические акты, заболевания и т.п.) в 2010 году составил 15 млрд.руб. Возникает вопрос: а как так на устранение ущерба в 15 млрд.руб. умудрились потратить 60 млрд.?
Кроме того, анализ статистики Госдоклада МЧС показывает, что из 360 ЧС к сфере 225-ФЗ могут относиться не более 19. Даже если считать, что промышленные объекты наносят ущерба в два раза больше, чем наводнения и теракты, то на их долю выпадает не более 1,58 млрд.руб. (19/360 * 2 * 15).
Даже если принять невероятное предположение, что весь этот ущерб страхуется (а пример с шахтами показывает, что это не так), то что делать с тем фактом, что потери бюджета только по налогу на прибыль от введения обязательного страхования составят 5-6 млрд.руб. в год, т.е. в 3-4 раза больше затрат на компенсацию ущерба? В чём экономический смысл и логика введения такого страхования?

2. Страховые суммы возрастают очень значительно, по очень крупным объек-

См.выше

там – почти в тысячу раз. Неизбежно платеж за страхование при страховой сумме 6,5 млрд рублей будет выше, чем при страховой сумме 7 млн рублей. Как уже было сказано, шире и перечень событий, входящих в понятие «авария», поэтому ответственность эксплуатанта ОПО будет покрыта по более широкому кругу происшествий.

Закон не просто вводит обязательное страхование с большими страховыми суммами, он еще и устанавливает ответственность предприятий за вред жизни и здоровью людей в размере 2 млн рублей в случае смерти и в размере до 2 млн рублей для покрытия расходов на лечение. Это положение о размере обязательств по возмещению вреда жизни и здоровью, причиненного в результате аварии на опасном объекте, очень важно для дальнейшего развития ситуации с возмещением вреда жизни и здоровью в целом.

Да, это так.
Но эта ответственность не входит в покрытие по обязательному страхованию – т.е. это расходы предприятия.
С ними никто не спорит. Вопрос в другом – при таком раскладе какой смысл в обязательном страховании, ведь предприятие и так само за всё отвечает?

Предположим, что ответственность останется, а страхования бы не было ни в обязательной, ни в добровольной форме. В случае аварии нагрузка на бизнес при таком режиме ответственности окажется значительно большей, чем сумма страховой премии.

Расчёты, выполненные по отдельным компаниям показывают, что ежегодные расходы на страхование будут устойчиво превышать суммы возможных выплат всем погибшим и пострадавшим на всех производствах компании, вне зависимости, относится ли конкретный объект к опасным или нет.

Естественно, со стороны владельцев ОПО есть сопротивление. Эти участники рынка заявляют, что они не готовы страховаться, но возникает вопрос: готовы ли они платить в случае наступления аварии на опасном предприятии? Страхование служит инструментом для формирования фонда денежных средств на осуществление выплат потерпевшим. И функция государства – обеспечить формирование этих фондов, не полагаясь на то, что у предприятия будет достаточно средств для выплаты возмещения при наступлении страхового события. Если еще можно предположить, что крупное предприятие способно в случае не очень крупной аварии заплатить самостоятельно (если авария серьезная и пострадало много людей, про-

Если речь идёт о формировании государственных фондов, то есть ФСС с разными тарифами для предприятий разной степени опасности и охватывающий всех работодателей, а не только опасные объекты.
Уравнивать государственные фонды и годовые суммы оборотов страховых компаний – по меньшей мере, лукавство.
У мелкого предприятия не может быть крупной аварии, оно же мелкое. Кроме того, все мелкие предприятия страхуются всего лишь на 10 млн.руб. Если же предприятие не сможет найти такую сумму, то авария уничтожит его в любом случае – ведь утрата основных фондов страхованием по 225-ФЗ не компенсируется.

блемы с возмещением могут возникнуть и у крупного предприятия), то для мелкого и даже среднего предприятия крупная выплата может стать критичной.

Стоит обратит внимание и на такой момент: сегодня проверки технического, противопожарного и иного состояния ОПО проводятся в среднем раз в 3 года, после введения обязательного страхования проверка состояния ОПО и оценка уровня его безопасности силами страховых компаний будет проводиться ежегодно. Это позволит минимизировать число аварий (а соответственно и возможные затраты эксплуатантов ОПО на ликвидацию их последствий), а главное – снизить число погибших при таких авариях.

На сегодняшний день не только органы государственного надзора, но и сами предприятия испытывают дефицит кадров, способных проводить реальный аудит состояния ОПО. Но даже если страховщики где–то прячут тысячи специалистов, кто же будет оплачивать их работу? Хороший технический аудит стоит сотни тысяч и миллионы рублей за объект.

Чтобы было понятно, о какой «нагрузке на бизнес» идет речь, приведу конкретные примеры: для АЗС, например, при покрытии в 10 млн рублей страховая премия составит 13 тыс. рублей. Это стоимость 8 автомобильных баков бензина. Для гидротехнического сооружения при покрытии в 500 млн рублей полис будет стоить 500 тыс. рублей. Среднегодовая выработка Саяно-Шушенской ГЭС – 24 млн. Мвтч, что при стоимости 522 р. за 1 МВтч составляет 12,53 млрд. руб. То есть полис для ГТС будет стоить 0,0039% от среднегодовой выработки электроэнергии. В металлургии стоимость полиса с 10-миллионным покрытием составит 206 тыс. рублей. Для сравнения, по данным «Форбс», зарплаты генеральных директоров в России составляют от 8,1 до 180 млн рублей в год. Если предприятие может платить такую зарплату своему генеральному директору, почему оно не может оплатить полис страхования своей ответственности перед своими сотрудниками, населением и другими лицами? Для угольной шахты полис с покрытием в 10 млн рублей будет стоить 494 тыс. рублей. На шахте «Распадская» в 2009г. добыто 10,6 млн. тонн угля. Стоимость полиса равна стоимости 164 тонн угля, т.е. 0,0015% от объема годовой добычи.

Вопрос не в том, сможет ли компания оплатить полис. Вопрос в другом – зачем компании платить за полис, который для неё не имеет экономического смысла?

Александр Миллерман,

генеральный директор САО «Гефест»

1. Если сравнивать условия, разработанные в соответствии с ФЗ–255 и установленные ФЗ–116 и ФЗ–117, то бесспорно, тарифы станут выше. Но не стоит забывать, что по новому закону повышается и объем ответственности. Так, максимальная страховая сумма по договору достигает 6,5 млрд. руб., а минимальная – 2 млн. руб. Также к пострадавшим теперь относятся и сотрудники предприятия, на котором расположены опасные объекты, чего не было в редакции добровольного страхования. Сравнение тарифов, говорит лишь о косвенной стоимости, поскольку необходимо учитывать характеристики самого предприятия, которые не всегда зависят от отрасли, например, количество опасных объектов, их типы. Без учета размера возможного ущерба и определения страховой суммы, невозможно определить стоимость страхования.

2. Я бы не сказал, что предложенные Минфином тарифы лягут непосильным бременем на предприятия, поскольку средняя стоимость полиса ОПО будет не намного больше, чем полиса КАСКО. Например, по стационарно установленным грузоподъемным механизмам, эскалаторам, канат-

Евгений Брагин

1. Минимальная сумма – всё-таки 10 млн руб.

2. Расходы страховщиков по шахтам ограничены суммой 10 млн.руб., т.е. при крупных авариях они обеспечат выплаты пяти погибшим. Но в расчёты тарифа «честно» были включены все погибшие, что позволило необоснованно взвинтить тариф.

ным дорогам, фуникулерам стоимость договора страхования, по нашим оценкам, составит примерно от 6 до 94 тыс. руб. Действительно, существенными окажутся тарифы по шахтам, гидротехническим сооружениям, но и ущербы на этих объектах бывают очень значительными.

Наталья Карпова,
исполнительный вице-президент Группы «Ренессанс страхование»

1. Безусловно, проектные тарифы по обязательному страхованию не имеют полного совпадения с тарифами по добровольному по разным отраслям экономики. Это объясняется тем, что тарифы по обязательному страхованию рассчитываются экспертами на основании статистических данных по всей России, а тарифы по добровольным – на основе собственных данных компании. Поэтому по некоторым отраслям тарифы по обязательному страхованию выше, по другим ниже. С учетом этого обстоятельства, представленный проект тарифов представляется более объективным и обоснованным.

Евгений Брагин

1. Скорее, это связано с тем, что при добровольном страховании страховщику приходится доказывать обоснованность своих аппетитов и завысить цену не получается. При обязательном страховании торг исключён, страхователь обязан платить.
Статистических данных по России нет, поэтому тарифы рассчитывались под желаемую цифру сборов. Она, кстати, не менялась с 2005 года, когда вносился проект закона без выплат работникам, с выплатой по гибели – 300 тыс.руб. Сумма сборов премий оценивалась в те же 25 млрд.руб.

Теперь сумма страховых выплат выросла до 2 млн.руб., в число застрахованныпопали работники предприятия (а третьих лиц на опасных объектах не должно быть по определению), но формальная заявка на сбор премии осталась той же – 25 млрд.руб.

2. В процессе проведения переговоров с потенциальными клиентами, которым предстоит страховаться в 2012 году, мы часто сталкиваемся с ситуацией, когда владельцы ОПО жалуются на «завышенные» тарифы. На вопрос, почему вы считаете тарифы завышенными, они отвечают, что расходы на страхование возрастают приблизительно в 10 раз. Вроде бы много. Но давайте вместе посчитаем стоимость полиса для владельцев опасных объектов для разных отраслей. Если брать АЗС, то для владельца такого опасного объекта страховка обойдется в 13 тысяч рублей, что эквивалентно стоимости

2. Тарифы не будут обременительными. Речь идёт о том, что предложенное страхование экономически бессмысленно для страхователей. РЖД предлагается платить 818 млн.руб. в год при том, что за все годы существования компании в авариях на её опасных объектах погибло всего 4 человека.
Также ситуация у ФСК России и МРСК, трансформаторные подстанции которых по уровню опасности приравняли к угольным шахтам.
А эти компании – монополисты, и рост расходов – это рост тарифа, за который будут платить все граждане. Они же будут платить

Евгений Брагин: Анализ тарифов на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев опасных объектов

							Погибшие		
№	Тип ОПО	Кол-во ОПО	Страховая сумма	Страховой тариф	Страховая премия	Сумма страхо-вых премий		сумма	
1.	Угольная, сланцевая, торфяная пром-сть	1031	10000000		579 000	156347000	17	34 830 000	
	шахты	168	10000000	4,94%	494000	82 992 000	16,2	32 805 000	
	прочие	863	10000000	0,85%	85000	73 355 000	1	2 025 000	
2.	Горнорудной и нерудной пром-сти	9070	10000000	0,90%	90000	816 300 000	75,2	152 280 000	
3.	Взрывчатые вещества	1542	32 500 000	1,96%	637000	982 254 000		24 644 250	
4.	Нефтегазодобыча	9620	10 290 000	0,53%	54537	524 645 940	19,2	38 880 000	
5.	Магистральные трубопроводы	4599				256543290	5	10 125 000	
	декларируемые	408,51	100 000 000	0,31%	310000	126 638 100			
	недекларируемые	4190,49	10 000 000	0,31%	31000	129 905 190			
6.	Геологоразведка/геофизика	1078	10 000 000	0,53%	53000	57 134 000	3	6 075 000	
7.	Химия, нефтехимия, нефтепере-работка	9427	65 940 000	0,41%	270354	2 548 627 158	19,4	39 285 000	
8.	Нефтепродуктообеспеченние	15611,75	18 100 000	0,13%	23530	367 344 478	5,4	10 935 000	
9.	Пищевая и масложировая про-мышленность								
	аммиачно-холодильные уста-новки	1605	32 500 000	0,19%	61750	99 108 750	0,25	506 250	
	площадки производства спирта	640	32 500 000	0,19%	61750	39 520 000	0,63	1 275 750	
10.	Газоснабжение	69806	27 000 000	0,20%	54000	3 769 524 000	62,1	125 752 500	
11.	Сосуды под давлением (тепло)	26 301	10 000 000	0,22%	22000	578 622 000	8	16 868 250	
12.	Сосуды под давлением (электро-энергетика)	5 657	32 500 000	3,89%	1264250	7 151 862 250	232	469 800 000	
13.	ОПО металлургии	2635	10 777 000	2,06%	222006,2	584 986 337	16	32 400 000	
14.	Подъёмные механизмы	96949	10 000 000	0,49%	49000	4 750 501 000		173 684 250	
15.	Растительное сырьё	9348	10 000 000	0,35%	35000	327 180 000	5,25	10 631 250	
16.	Опасные грузы	8772	10 000 000	0,12%	12000	105 264 000	0,83	1 680 750	
17.	ГТС	9016	260 100 000	0,10%	260100	2 345 061 600		48 377 250	
	ВСЕГО	**282 708**				**25 460 825 803**	**592**	**1 198 030 500**	

Ущерб здоровью		Ущерб жизнедеятельности		Ущерб имуществу			
чел.	сумма	чел.	сумма	случаев	сумма	Всего выплат	Остаток
76	30 448 000	0	0	0	0	65 278 000	91 069 000
65,48	26 192 000						
10,64	4 256 000						
733,2	293 280 000	0	0		0	445 560 000	370 740 000
296,06	118 424 000	1217	97 360 000	450,7	77 520 400	317 948 650	664 305 350
312,6	125 040 000	0	0	331,36	56 993 920	220 913 920	303 732 020
43,5	17 400 000	500	40 000 000	185,18	31 850 960	99 375 960	157 167 330
50	20 000 000	0	0	0	0	26 075 000	31 059 000
1296	518 400 000	1940	155 200 000	718,5	123 582 000	836 467 000	1 712 160 158
49,98	19 992 000	540	43 200 000	200	34 400 000	108 527 000	258 817 478
13,66	5 464 000	25	2 000 000	9,26	1 592 720	9 562 970	89 545 780
26,5	10 600 000	63	5 040 000	23,33	4 012 760	20 928 510	18 591 490
1558,71	623 484 000	6210	496 800 000	2300	395 600 000	1 641 636 500	2 127 887 500
169,94	67 976 000	2500	200 000 000	178,27	30 662 440	315 506 690	263 115 310
3851,2	1 540 480 000	20442,8	1 635 424 000	4083,2	702 310 400	4 348 014 400	2 803 847 850
416	166 400 000	62,2	4 976 000	167,8	28 861 600	232 637 600	352 348 737
1402,75	561 100 000	0	0	1767,59	304 025 480	1 038 809 730	3 711 691 270
275,67	110 268 000	0	0	280,92	48 318 240	169 217 490	157 962 510
9,58	3 832 000	83	6 640 000	30,74	5 287 280	17 440 030	87 823 970
332,06	132 824 000	2390	191 200 000	1516,94	260 913 680	633 314 930	1 711 746 670
10 914	**4 365 412 000**	**35 973**	**2 877 840 000**	**12 244**	**2 105 931 880**	**10 547 214 380**	**14 913 611 423**
						от сбора премий	59%

завышение за счёт включения в число погибших, пострадавших от поражения электрическим током						200
завышение за счёт включения пострадавших в несчастных случаях						
завышение за счёт оценки ущерба жизнедеятельности (пропорционально НС)						
завышение за счёт оценки ущерба имуществу (пропорционально НС)						
всего звышение выплат						
ВСЕГО без завышения	**282 708**				**25 460 825 803**	**392**

нескольких баков бензина. Если брать расходы на страхование такого крупного промышленного объекта, как угольная шахта, то стоимость полиса для нее сопоставима со стоимостью угля, который добывается на шахте приблизительно за 10 минут ее работы. А средняя стоимость страховой защиты в целом по рынку составит 67 тысяч рублей, что практически равно стоимости полиса каско для новой иномарки. Только есть существенная разница в покрытии. В случае полной гибели транспортного средства страховая выплата составить 1,5-2 млн рублей, а при аварии на опасном объекте – 6,5 млрд. Поэтому об обременительных тарифах говорить все же не приходится.

за снижение поступлений по налогу на прибыль в региональные бюджеты в сумме до 5-6 млрд.руб. в год, поскольку сборы страховых премий в сумме 25-30 млрд.руб. приведут к росту себестоимости промышленных предприятий на эту же величину.
Кстати и страховые выплаты по авариям в абсолютном большинстве случаев не превысят 10 млн.руб. Суммы же в 6,5 млрд.руб. будут относиться к единичным действительно крупным объектам, серьёзная авария на которых недопустима ни при каких обстоятельствах.

	405 000 000								
		10 122	4 048 764 000						
				33363,67504	2 669 094 003				
						11355,67873	1 953 176 741		
								8 671 034 744	
	793 030 500	**392**	**316 648 000**	**2 609**	**208 745 997**	**888**	**152 755 139**	**1 876 179 636**	**23 584 646 166**
								от сбора премий	93%

Андрей Копыток,

начальник отдела страхования опасных объектов ОСАО «Ингосстрах»

1. В первую очередь необходимо сказать, что обязательное страхование имеет ряд существенных отличий от действующего добровольного. Например, в добровольном страховании помимо вреда жизни, здоровью и имуществу третьих лиц покрывается еще и риск нанесения ущерба окружающей среде, в то время как в обязательном страховании помимо вреда третьим лицам покрывается вред жизни и здоровью работников страхователя, а ущерб окружающей среде исключен. Это нашло отражение и в действующих и в проектных тарифах. Сегодня основная часть убытков на промышленных предприя-

Евгений Брагин

1. На этот вопрос страховым компаниям отвечать достаточно сложно по многим причинам. Первая и главная причина – надуманность обязательного страхования опасных объектов. Авторы закона долго скрывали, но недавно признались, что аналогов такого обязательного страхования в мире нет. Причина очень простая – невозможность вывести единую и справедливую для всех страховую сумму и тариф. Ведь если говорить о крупных промышленных предприятий, то среди них нет двух одинаковых, каждое уникально и по оборудованию, и по компоновке, и по возрасту, и по кадрам, и по

тиях связана с возмещением вреда окружающей среде, поэтому тарифы для этих предприятий, например в нефтегазодобывающей, химической отраслях выше по сравнению с производствами, не связанными с большим содержанием опасных веществ. В обязательном страховании наоборот – акцент делается на наибольшую вероятность нанесения вреда жизни и здоровью работников страхователя. Это видно на примере тех производств, где можно наблюдать повышенную статистику гибели работников, например, в угледобывающих шахтах. К сожалению, за последние годы мы были свидетелями не одной аварии на шахтах, унесших жизни десятков шахтеров. Для таких объектов предусмотрены максимальные тарифы. Поэтому однозначного ответа, выше или ниже проектные тарифы, дать нельзя. Где-то выше, где-то ниже. Всё зависит от специфики предприятия.

месту расположения и т.д.
При добровольном страховании учесть все факторы и выйти на экономически обоснованные тарифы, интересные и страховщику и страхователю, можно без проблем. В обязательном страховании так не получается: либо тарифы справедливые, но невыгодные, либо выгодные, но несправедливые.
Проектные тарифы зависят не от специфики предприятия, а от модели, заложенной в закон и в российское законодательство о промышленной безопасности, в котором и эскалатор в торговом центре, и шахта, и нефтеперерабатывающий завод имеют единый статус «опасного производственного объекта». Если принять во внимание, что статистика тоже далеко не совершенна и не всегда разделяет, например, гибель при авариях (страховой случай) и несчастных случаях (нестраховой случай), то размер тарифа оказывается в зависимости не от специфики предприятия, а в зависимости от того, кто этот расчёт выполняет.

2. Да, нужно признать, предприятиям придется платить больше. В среднем, затраты на страхование возрастут в 10 раз. Сейчас ТСЖ платит в среднем 500 рублей за свои лифты и защищено на 100 тыс. рублей, а будет платить 5 000 рублей, но с размером страховой защиты уже 10 млн. рублей. Владелец АЗС заплатит 13 тыс. рублей, страхование котельной обойдется в 22 тыс. рублей. Вместе с тем страховые возмещения по новому закону увеличились в сотни и тысячи раз. Если раньше владелец химического производства в результате аварии был защищен страховым полисом на 7 млн. рублей, и убытки сверх этой суммы он обязан возмещать за свой счет, то по новому закону страховая компания при наступлении страхового случая выплатит потерпевшим третьим лицам и работникам предприятия от 500 млн. до 6,5 млрд. рублей. Это уже гораздо более существенная защита предприятий от непредвиденных расходов. Также необходимо отметить, что обязательное страхование гражданской ответствен-

2. Сказать, что новое страхование будет чрезмерно обременительным – нельзя. Суммы, особенно для крупных предприятий, не столь уж и значительны. Но, несмотря на это, предложенный механизм страхования будет наносить весьма чувствительный ущерб бюджетам, прежде всего региональным. Увеличение сборов страховых премий более чем в 10 раз, до 25–30 млрд.руб. в год, перевод страхования в разряд обязательного, приведёт к тому, что расходы на него будут включаться в себестоимость и уменьшать базу по налогу на прибыль – на 5–6 млрд.руб. в год.
При этом абсолютное большинство опасных объектов, в том числе те же угольные шахты, будут застрахованы не на 6,5 млрд., а на 10 млн.руб. Т.е. при аварии на шахте «Распадская» с гибелью 91 человека страховщик заплатит не 182 млн.руб, а только 10 млн.руб., т.е. за пятерых погибших. Остальные расходы будет нести предприятие. Это правильно, виноват – плати. Но при таком раскладе возникает вопрос, а за что

ности владельцев опасных объектов предполагает дополнительную систему коэффициентов, влияющих на окончательную стоимость страхового полиса. Если за прошедший период страхования аварий на производстве не было, за следующий год владелец заплатит меньше. Если техническая и пожарная безопасность на высоком уровне, тариф меньше. Если владелец полностью подготовлен к предупреждению, локализации и ликвидации последствий возможной аварии на опасном объекте, применяется понижающий коэффициент. Поэтому можно с уверенностью сказать, что степень обременения страхователя расходами на обязательное страхование зависит от него самого.

платить страховщикам да ещё и в обязательном порядке?

За что платить всем гражданам потерей из бюджета 6 млрд.руб, если выплаты страховщиков не превысят 1–2 млрд.руб. в год да при условии их кристальной честности?

Ну а заявлять, что степень обременения расходами на обязательное страхование зависит от страхователя – это чистое лукавство. Обязательное страхование по сути своей – инструмент монополизации и любые решения в нём зависят только от монополиста – страховщика. Страхователь же вынужден подчиняться законам и платить, столько, сколько сказано, вне зависимости от того, есть в этом смысл или нет.

Страхование строймонтажа: большие перспективы с большими проблемами

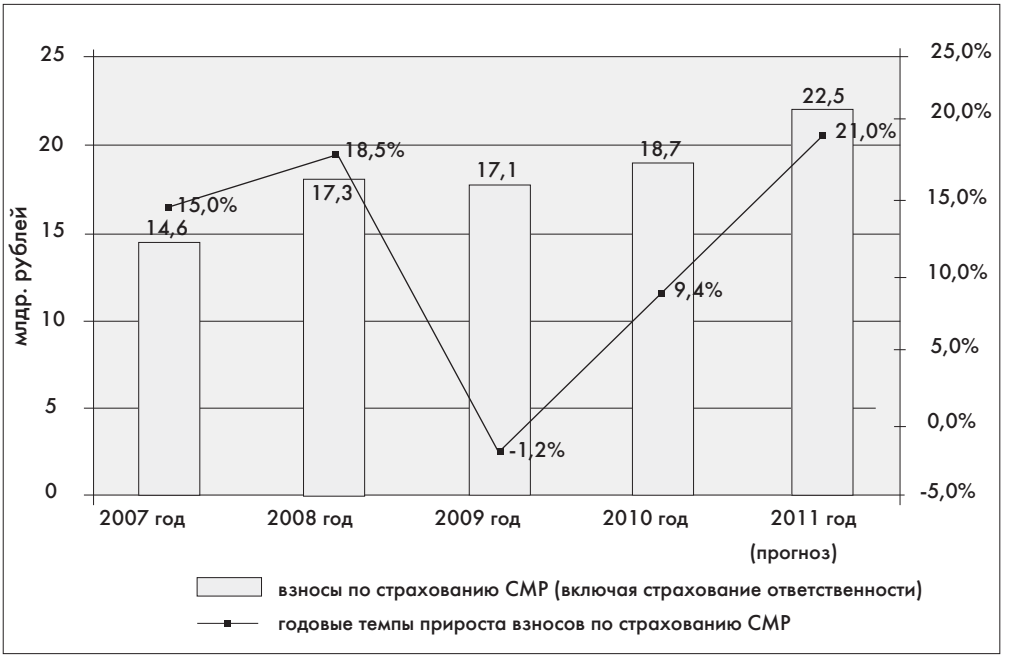
Перспективы законодательных изменений, касающиеся страхования ответственности застройщиков на случай неисполнения обязательств и страхования ответственности организаций по проведению негосударственной экспертизы, открывают перед страховщиками новые возможности в сегменте СМР. Однако они могут быть омрачены недостаточной емкостью этого рынка и его растущей убыточностью.
Для обсуждения возможных проблем развития страхования в сегменте СМР «Эксперт РА» провел круглый стол, где в качестве «затравки» представил свое исследование вопроса.

Факторы торможения

По данным «Эксперта РА», в 2010 году по сравнению с 2009 рынок страхования строймонтажа вырос на 9% до 18,7 млрд. рублей. В первом полугодии 2011 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года рынок вырос на 23%. Объем взносов составил 13 млрд. рублей (см график 1).
Почти на 96% рынок страхования СМР представляет собой страхование имущества, около 4% приходится на страхование ответственности (см диаграмму 1).

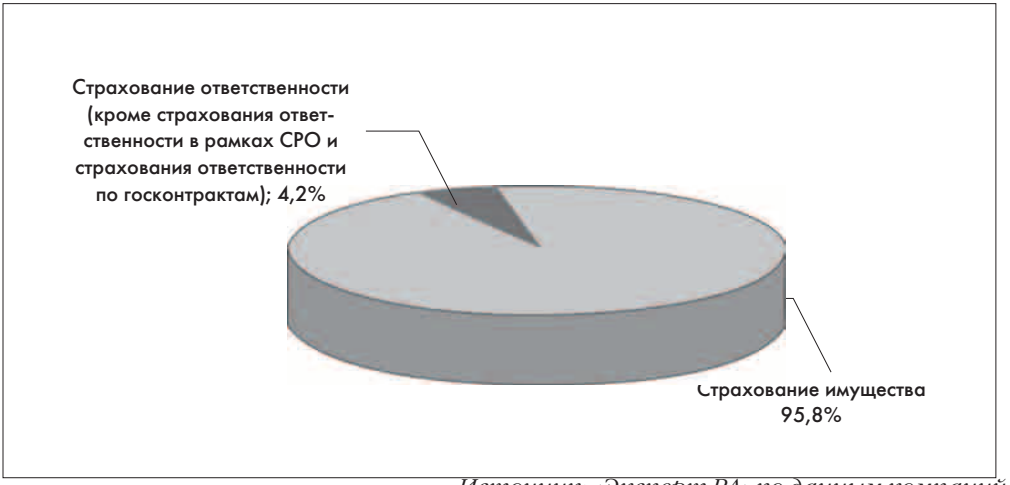
Во время кризиса объем частных инвестиций в строительство сократился до минимума, соответственно, страхование СМР – тоже. Сейчас рынок страхования строймонтажа растет только за счет крупных государственных строек. Строительная индустрия, не связанная с этими проектами, оживает гораздо медленнее, хотя и наблюдается рост кредитования, размораживаются остановленные во время кризиса объекты. Однако если не будут решены ключевые проблемы рынка, рост рынка страхования СМР, по

График 1. Динамика годовых взносов по страхованию СМР



Источник: «Эксперт РА»

Диаграмма 1 . Структура взносов по страхованию СМР (первое полугодие 2011 г.)



Источник: «Эксперт РА» по данным компаний

мнению исследователей «Эксперта РА», останется экстенсивным. В ряду ключевых проблем специалисты называют

1. недостаточную глубину проникновения страхования СМР;
2. непрозрачность ценообразования;
3. недостаточная емкость рынка;
4. рост убыточности;
5. откаты;
6. недостаток квалифицированных кадров.

Небольшая глубина проникновения

Доля застрахованных строительных объектов с участием частного капитала по-прежнему невелика, особенно в регионах. Страхование СМР не воспринимается как реальная защита. Нередко риски страхуются постфактум – только для того,

чтобы получить расчет после окончания строительных работ. Многие строители считают страхование серьезной нагрузкой на свой бюджет. В рамках обсуждения проблемы недостаточной глубины проникновения страхования на рынок *СМР заместитель министра регионального развития РФ Илья Пономарев* отметил, что нередко строители страхуются только для того, чтобы получить доступ к кредитному ресурсу. Таким образом, страхование становится неким вариантом отката, взятки, но никак не управления риском. Сейчас подать иск и получить возмещение ущерба с застройщика практически невозможно, особенно в случае перехода объекта к коллективу собственников. Но если ответственность никогда не наступит, то зачем страховаться? – рассуждают строители. До тех пор, пока не будет введена презумпция ответственности застройщика, ожидать увеличения глубины проникновения страхования СМР не приходится, заключил заместитель министра.

Непрозрачность ценообразования

Тарифы в последние пять лет снижаются, и сейчас их уровень не сопоставим даже с уровнем двухлетней давности. В то же время у раз-

ных страховщиков ставки на один и тот же объект могут отличаться в несколько раз. При этом риски строительно-монтажных работ контролировать достаточно сложно: у любой строительной компанией очень много подрядчиков и субподрядчиков, значит, ошибки возможны на разных этапах проектирования и строительства. Таким образом, чтобы адекватно оценивать риски, необходимо страхование уже на начальных этапах строительства.

Решение проблемы «Эксперт РА» видит во внедрении единых стандартов страхования.

Недостаточная емкость рынка

Существующего уровня капитализации рынка недостаточно для надежной страховой защиты крупных рисков, и даже грядущее увеличение минимального уставного капитала до 120 млн. рублей, которое отсечет мелкие компании, может не решить эту проблему.

Одновременно с непрогнозируемым падением тарифов эксперты рынка отмечают ужесточения позиции западных перестраховщиков. *Генеральный директор САО «Гефест» Александр Миллерман* в ходе дискуссии по вопросу о недостаточной емкости рынка отметил, что такое положение дел сохранится еще достаточно долго, поэтому в обозримом будущем принимать на себя крупные и крупнейшие риски будет международная система перестрахования.

Альтернативы перестрахованию на Западе сегодня нет, – солидарен с г-ном Миллерманом первый заместитель *генерального директора ОАО «Росгосстрах» Дмитрий Маркаров*: и в силу объемов строительства, и в силу недостаточности емкости нашего собственного страхового рынка, и в силу запрещения ФАСом любых пуловых соглашений (которые, кстати сказать, приняты во всем мире).

Принимая крупные риски, западные страховщики не могут оставаться безучастными к тому, что происходит на нашем рынке, – продолжил г-н Маркаров. Они видят ослабление контроля за каче-

ством строительства и знают об особенностях «освоения» строителями бюджетных средств. По мнению спикера, основная причина повышения жесткости западных перестраховщиков состоит в том, что многие отечественные страховщики не адекватно оценивают риски и демпингуют. Попутно г-н Маркаров отметил, что крупные страховщики – и «Росгосстрах» в том числе – не ощущают изменения отношения западных перестраховщиков при принятии рисков.
В том же духе по поводу недостаточной капитализации отечественного страхового рынка высказалась и *Наталья Карпова, исполнительный вице-президент ООО «Группа Ренессанс Страхование»*. Спикер не видит ничего плохого в перестраховании рисков у западных перестраховщиков и не отмечает роста их тарифов. Если знать риски, знать, как проводить андеррайтинг и объяснить это перестраховщику, то он, скорее всего, пойдет навстречу. Более того, сказала г-жа Карпова, если страховщик обосновывает снижение тарифов, перестраховщик их снижает.
В «Ингосстрахе» тоже фактически не испытывают проблем, связанных с ограничением тарифов у перестраховщиков, отметил на*чальник отдела страхования технических рисков компании Радий Сулейманов*. Конечно, когда перестраховщики сталкиваются с крупными убытками, они проявляют повышенное внимание к тому сегменту рынка, где те возникли. Но в целом интерес западных перестраховщиков к российскому рынку настолько силен, что в последнее время все чаще и чаще они пересиливают свой консерватизм, связанный с неприятием тех или иных оговорок, подходов, решений. Со своей стороны «Ингосстрах», со слов г-на Сулейманова, чаще предлагает своим партнерам-перестраховщикам такой уровень страховой защиты, с которым прежде те никогда не сталкивались.

Рост убыточности

Убыточность страхования СМР растет по двум причинам. Во-первых, демпинговые тарифы снижают относительный размер собранной премии, а во-вторых, любой развивающийся вид страхования всегда склонен к росту убыточности за счет специфики определения РПНУ. Убыточность страхования СМР с учетом аквизиционных расходов сейчас составляет 36 – 40%. Нельзя назвать его высоким – на западных рынках уровень убыточности составляет 70-80%. Но рано или поздно страховщики будут вынуждены сокращать расходы и оставлять на

собственном удержании большее количество рисков.

По мнению г-на Сулейманова, ключевой вопрос при обсуждении проблемы убыточности состоит в том, обгонит ли ее рост рост рынка. В том, что убыточность будет расти, сомневаться не приходится, считает г-н Сулейманов. Но есть ли ниша для падения ставок? Уже сейчас их уровень запредельно низкий. Фактически рынок достиг дна, считает спикер.

По закону больших чисел, рост портфеля обязательно будет сопровождаться ростом убыточности, и лет через 5-6 объемы выплат могут вплотную подойти к объемам сборов, и тогда убыточность выйдет на европейский уровень – 80-90%, заключил г-н Сулейманов.

Откаты

Страхование предусматривает возможность комиссионного вознаграждения за поиск клиентов и содействие заключению договора – и страховщики активно пользуются этой возможностью. Непрозрачные тендеры приводят к тому, что в победители выходят компании, не обладающие достаточной финансовой устойчивостью. *Дмитрий Романи, руководитель дирекции андеррайтинга страхования строительно-монтажных и технических рисков и ОПО СГ «Урал-Сиб»* отметил, что интерес к схемному страхованию сильнее всего выражен в сегменте государственных строительных проектов.

Кроме этого, спикер сказал, что в последнее время вилка тарифов сужается за счет того, что крупные страховщики их снижают.

По словам г-на Романи, для небольших контрактов многие страховщики не предлагают действительно полноценных программ страхования, а качество андеррайтинга в небольших компаниях гораздо ниже, чем в крупных. Все это не может не влиять на тарифы на перестрахование, а для крупных и для неболь-

ших страховщиков они существенно различаются.
Крупные страховые компании не будут перестраховывать свои риски у не рейтинговых перестраховщиков, в странах третьего мира. В то же время небольшие компании, которые не располагают соответствующими секьюрити-листами, не отслеживают, куда они направляют свои риски. Перестрахование такого рода обходится гораздо дешевле.

Недостаток квалифицированных кадров

Специалисты по страхованию СМР должны иметь два образования: страховое и строительное. Эта проблема системная, и особенно остро она стоит в регионах. Ее решение специалисты «Эксперта РА» видят главным образом во внутрикорпоративной подготовке специалистов.

Тренд, единый для всего рынка

По наблюдениям исследователей из «Эксперта РА», основная тенденция всего страхового рынка – консолидация – отмечается и в секторе страхования строймонтажа. Сегодня, по данным «Эксперта РА», топ-10 лидеров контролируют 74% всего рынка, и этот показатель будет расти. Специалисты рейтингового агентства прогнозируют, что в 2012 году первая десятка компаний будет контролировать 80-85% рынка. На долю небольших компаний из третьего-пятого десятка остаются небольшие проекты, в основном, регионального уровня.

Константин Акилов,

независимый эксперт, к.юн.

Обзор законодательства

В июле и августе 2011 года, как и в предыдущие 2 месяца, в страховое законодательство были внесены заметные изменения, целью которых является дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы страховых правоотношений.

Страхование вкладов физических лиц

11 июля 2011 г. был принят Федеральный закон от № 171-ФЗ «О признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации», согласно которому ЦБР не будет запрещать банкам работать с физлицами в случае снижения доходности. Этим же законом скорректирован Закон о страховании вкладов физлиц. Законом установлено, что банки, состоящие на учете в системе страхования вкладов, должны отвечать требованиям к участию в ней. Один из критериев несоответствия – финансовая устойчивость кредитной организации – признана ЦБР недостаточной. Такое решение принимается, в частности, когда банк на две отчетные квартальные даты подряд имеет оценку «неудовлетворитель-

но» по группе показателей оценки доходности (рентабельности активов и капитала, структуры доходов и расходов, доходности отдельных видов операций и в целом). В таком случае ЦБР обязан запретить кредитной организации привлекать средства во вклады и открывать счета физическим лицам.
Положение об указанном основании для принятия решения о недостаточности финансовой устойчивости исключено. Ранее его применение было приостановлено до 1 июля 2011 г.
Поправки связаны с тем, что снижение доходности банка не во всех случаях создает угрозу законным интересам кредиторов и вкладчиков. Перечисленные изменения должно положительно отразиться и на страховом рынке.

Страхование экспортных кредитов и инвестиций

18 июля 2011 г. был принят Федеральный закон № 236-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях совершенствования механизма страхования экспортных кредитов и инвестиций от предпринимательских и политических рисков». В Законе усовершенствован механизм страхования экспортных кредитов и инвестиций от предпринимательских и политических рисков. Организатором этого вида страхования выступает Внешэкономбанк, который создает для этой цели открытое акционерное общество и будет финансировать его деятельность. Это АО и будет непосредственным страховщиком. Его услугами могут воспользоваться отечественные экспортеры товаров (работ, услуг); российские инвесторы, вкладывающие средства за рубежом; иностранные контрагенты названных лиц; российские и зарубежные банки, кредитующие соответствующие сделки. Поступление на банковский счет страховой выплаты освобождает их от административной ответственности за незачисление выручки (если уровень страхового возмещения не ниже установленного). Порядок страхования определяется Правительством РФ. Указанному АО не требуется лицензия, а также предусмотрено оказание господдержки в виде субсидий, бюджетных инвестиций, гарантий Российской Федерации.

Поддержка агрострахования

5 июля 2011 г. был принят Федеральный закон от № 260-ФЗ «О государственной поддержке в сфере сельскохозяйственного страхования и о внесении изменений в Федеральный закон "О развитии сельского хозяйства"». Основные по-

ложения Закона и мнения игроков рынка, Минсельхоза и Минфина, а также Агропромышленного и Зернового союзов изложены в статье «Агрострахование: закон для ленивых», ССТ №4-2011.
Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2012 г. Положения, касающиеся оказания господдержки по договорам агрострахования в отношении сельскохозяйственных животных, применяются с 1 января 2013 г. и с этой же даты действуют нормы об осуществлении объединением страховщиков компенсационных выплат.

Печатный орган мегарегулятора

В Минюсте РФ 22 июля 2011 г. был зарегистрирован Приказ Федеральной службы по финансовым рынкам от 30 июня 2011 г. N 11-30/пз «Об определении печатного органа в целях опубликования информации Федеральной службы по финансовым рынкам по вопросам контроля и надзора в сфере страховой деятельности (страхового дела)». Это связано с мерами по реализации положений указа Президента РФ от 4 марта 2011 г. о присоединении ФССН к ФСФР России с передачей последней функций по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (страхового дела). Таким печатным органом назван «Вестник Росстрахнадзора» и приложение к нему.
Приказом определено, что к информации, подлежащей опубликованию, относятся разъяснения, сведения из единого госреестра субъектов страхового дела, реестра их объединений, акты об ограничении, приостановлении или возобновлении действия, отзыве лицензий на страховую деятельность и др., а также нормативные правовые акты ФСФР РФ.

Передача ответственности при слиянии

3 августа 2011 г. было опубликовано письмо Минздравсоцразвития РФ N 20-0/10/2-6967, ФФОМС N 4662/30-и от 18.07.2011, в котором разъяснено, что обязательства

страховой медицинской организации в отношении застрахованных лиц при ее реорганизации в форме присоединения переходят в полном объеме к страховой медицинской организации, осуществившей присоединение. Согласно действующему законодательству передать обязательства в сфере обязательного медицинского страхования в связи с реорганизацией страховой медицинской организации в форме присоединения к другой страховой медицинской организации возможно при условии, если обе организации участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта РФ.

Застрахованные лица реорганизуемой страховой медицинской организации будут являться застрахованными лицами страховой медицинской организации, осуществившей присоединение, если ими не реализовано право на выбор (замену) страховой медицинской организации.

ФФОМС письмом от 05.08.2011 № 3055/30-2 предписал своим территориальным отделениям проконтролировать деятельность страховых медицинских организаций по заключению договоров с медицинскими организациями на оказание и оплату медицинской помощи в рамках ОМС. Согласно данному письму в срок до 20 августа 2011

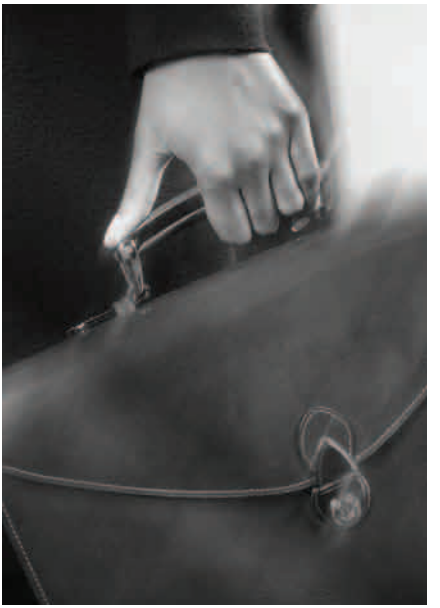
года в ФФОМС должна быть представлена информация о количестве заключенных договоров и о наличии в них положений, предусматривающих последствия неисполнения медицинской организацией обязательств по договору. ФФОМС напомнил также, что в письме от 15.03.2011 № 1257/30-4/и приведен возможный перечень обязательств медицинской организации, а также определены последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской организацией помощи ненадлежащего качества.

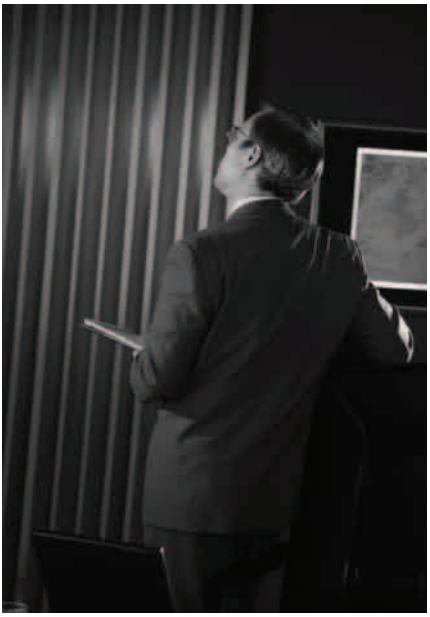
Отчетность при реорганизации

22 августа 2011 г. вышло информационное письмо Росстрахнадзора № С-6205/04-01 «О порядке составления и представления в орган страхового надзора страховыми организациями отчетности и иных документов при осуществлении реорганизации».

В письме разъяснены особенности представления отчетности для страховых организаций, осуществляющих реорганизацию, и уточняются особенности формирования бухгалтерской отчетности, а также отчетности и иных документов, представляемых в связи с необходимостью внесения изменений в единый государственный реестр субъектов страхового дела, зависят от формы проводимой реорганизации (сообщается об увеличении количества реорганизаций в форме присоединения, обусловленных изменением требований к минимальному размеру уставного капитала страховых организаций с 1 января 2012 года).

Для случаев реорганизации в форме присоединения сообщается, в частности, о порядке суммирования числовых показателей отчетов организации, продолжающей свою деятельность, и присоединяемой организации, об особенностях





представления данных о страховых резервах и иных показателях на начало и на конец отчетного периода, о порядке раскрытия информации в отношении присоединяемой организации.

В письме обращено внимание на необходимость соблюдения требований законодательства в отношении специализации и видов страхования, указанных в лицензиях реорганизуемых организаций. Указано, в частности, на невозможность присоединения одного или нескольких обществ к другому обществу, не имеющему лицензии на те же виды страховой деятельности, без предварительной передачи страхового портфеля договоров таких видов страхования. В случае отказа страхователей (застрахованных лиц, выгодоприобретателей) от замены страховой организации, страховые обязательства в определенных случаях превращаются в денежные обязательства. Соответствующие сведения (перечень страхователей, суммы и сроки обязательств) должны быть представлены в орган страхового надзора. Разъяснены также требования к составу и содержанию документов, подтверждающих оплату уставного капитала.

Уточнение функционала ФСФР

29 августа 2011 г. Правительством РФ принято Постановление № 717 «О некоторых вопросах государственного регулирования в сфере финансового рынка Российской Федерации».

Данным постановлением утверждено новое Положение о ФСФР России. Служба осуществляет функции по нормативно-правовому регулированию, контролю и надзору в сфере финансовых рынков (за исключением банковской и аудиторской деятельности). Так, на нее возложено принятие нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок регистрации правил негосударственных пенсионных фондов и их изменений, стандартов раскрытия информации и форм

отчетности (кроме бухгалтерской (финансовой)) таких фондов. По согласованию с Минфином России – стандарты эмиссии ценных бумаг, проспектов ценных бумаг эмитентов; нормы допуска ценных бумаг к их публичному размещению, обращению, котированию и листингу. Служба, как и ранее, приостанавливает эмиссию ценных бумаг. Она также надзирает за соответствием объема выпуска эмиссионных ценных бумаг их количеству в обращении.

ФСФР России ведет единый государственный реестр субъектов страхового дела; реестры профессиональных участников рынка ценных бумаг и паевых инвестиционных фондов; госреестр кредитных потребительских кооперативов, а также микрофинансовых организаций. Служба также контролирует соблюдение страхового законодательства; достоверность представляемой субъектами страхового дела отчетности; выдачу страховщиками банковских гарантий и др.

ФСФР РФ также предоставлено право принимать нормативно-правовые акты, устанавливающие, в том числе: порядок регистрации правил негосударственных пенсионных фондов и их изменений, стандартов раскрытия информации и форм отчетности, кроме бухгалтерской и финансовой, негосударственных пенсионных фондов; порядок внесения сведений о субъектах страхового дела в единый государственный реестр; перечень документов, сохранность которых обеспечивает страховщик, и требования к обеспечению сохранности таких документов; требования к порядку проведения квалификационных экзаменов страховых актуариев, выдачи и аннулирования квалификационных аттестатов.

Алина Семенова

бизнес-тренер, ООО «Современные страховые технологии»

Грабли в агентской сети

«Граблей в жизни не так и много, но они расставлены так грамотно, что постоянно на них натыкаешься»

Народная мудрость

Правильно расславленные грабли – залог провала построения агентской сети

Агентская сеть.... Так много всего написано о том, как правильно строить агентскую сеть, как подобрать агентов, где их найти, как обучить, как мотивировать, какие продукты разработать... И все равно каждый раз, когда компания принимает решение о построении и развитии агентской сети, она наступает на одни и те же грабли. Постараемся проанализировать, где стоят эти грабли и как на них не наступить.

Грабли №1.

У всех есть агентская сеть, а у нас нет!!! Давайте развивать агентскую сеть!!!! Это хорошо, это эффективно и недорого!!! Это проще простого! Чем больше агентов – тем

лучше!! Давайте привяжем агентов только к нашей компании!! А давайте, а давайте.... Короче, решили: развиваем агентскую сеть! А кому бы поручить создание агентской сети... Придумали! У нас есть хорошая девочка!!! Отправим ее в книжный магазин, пусть книжек купит, почитает и к первому мартобря составит презентацию по построению и развитию агентской сети. В общем, получается как у Леонида Филатова – «Исхитрись-ка мне добыть То-Чаво-Не-Может-Быть! Запиши себе названье, чтобы в спешке не забыть! Не смогешь? Кого винить? Я должон тебя казнить – государственное дело, ты улавливаешь нить?!»
А таблетку от жадности, господа, не желаете? Желают, и тогда получается следующая модель граблей.

Грабли №2.

Построение агентской сети – это дело серьезное. Мы должны построить самую-самую агентскую сеть в России, да что там, в России, в мире! Так... у кого есть такая агентская сеть, как мы задумали? Только у них, на Западе!!! Отлично! Приглашаем западных консультантов. Мы им заплатим, и они все за нас сделают! Итак... «К нам на утренний рассол прибыл аглицкий посол...»
Все хорошо, все замечательно, прекрасные презентации, хорошие идеи, но не работает.
Почему не работает? Наверное, выбрали не тех консультантов – возьмем других! И снова «он тебе все ЙЕСС. Да ЙЕСС, отвернись – он пол-Рассеи заглотнет в один присест».

Грабли №3.

Мы сейчас переманим самых лучших агентов, которые есть на нашем рынке, с их портфелями!!! И будем самыми лучшими!!! Мы придумаем самую лучшую в мире систему мотивации, поставим самое высокое КВ на рынке и мы победим!

Грабли №4.

Мы наберем новичков, обучим их продукту, продажам, мотивируем и

через три месяца у нас будет лояльная, эффективная агентская сеть.

Грабли №5.

А еще говорят, что должен быть этот, как его... менеджер агентской группы!!! Он должен... «нужен мне работник, повар, конюх и плотник, где бы найти такого, не слишком дорогого?»

Грабли №6.

Самый лучший директор агентства – это хороший агент с портфелем! Всегда план будет выполнен.

Грабли №7.

Для того чтобы построить агентскую сеть, нужно обеспечить стабильный поток агентов на обучение! Потом отсеем. А вдруг кто хороший придет, а мы его пропустим! Всех их жалко, они такие несчастные, их нужно уговорить, убедить, чтобы они попробовали. Страховым агентом может быть каждый!

Уроки Чингачгука

Итак, мы насчитали семь «граблей», которые встречаются на пути построения агентской сети. Попробуем разобраться, как на них не наступить.
Начнем с последних «граблей». Действительно ли любой человек может работать страховым агентом? Рассмотрим основные мотиваторы успешного агента:

- возможность неограниченного заработка
- свободный график
- возможность общения с разными людьми
- удовлетворение от достижения цели
- карьерный рост.

Не будем забывать, что в нашей стране сложилось специфическое отношение к страховым агентам. Восприятие страхового агента большинством окружающих можно выразить цитатой из кинофильма «Иван Васильевич меняет профессию» – «эта роль ругательная, и попрошу ее ко мне не применять».

В лучшем случае, образ страхового агента – это Деточкин из кинофильма «Берегись, автомобиля». В худшем – пожилая дама, которая приходит к вам на дачу и предрекает скорый пожар, или «Газель» возле отделения ГИБДД.

Хочу отметить, что мы так долго обсуждаем стереотип восприятия обществом страховых агентов, чтобы понять, какие люди могут прийти стать успешным в этой профессии. По моим наблюдениям, наилучшие агенты – это девушки бальзаковского возраста, которые воспитывают родных и приемных детей, а также бывшие военные.

Перечислим основные личностные характеристики успешного агента:

- коммуникабельность
- активность
- стрессоустойчивость
- внимательность.

Основные умения:

- умение слушать
- умение доводить начатое дело до конца
- умение вести переговоры о цене
- умение обращать внимание на мелочи
- умение управлять конфликтными ситуациями.

Заповеди рекрутера

Как же отобрать кандидата на позицию страхового агента? Прежде всего, нужно понимать, что поскольку далеко НЕ ВСЕ люди могут быть хорошими продавцами, хорошими страховыми агентами может

стать еще меньшее количество людей: продавать финансовую услугу, отсроченную во времени очень сложно. Есть поговорка «Тот, кто может продать страхование жизни в России, может продать чукчам снег зимой». Поэтому заповеди рекрутера формулируются следующим образом:

- никогда никого не приглашайте на работу из жалости
- перед тем, как начинать обучение соискателя, представьте себе, что он предлагает вам приобрести страховку
- никогда не позиционируйте обучение в компании как «заманиловку»

- никогда никого не уговаривайте
- предложите соискателю вопросник «Быть или не быть страховым агентом?»

Самоанализ соискателя: адаптироваться в нише и достичь успеха

В среде рекрутеров, подбирающих людей для работы в агентской сети, гуляет несколько тестов по определению профпригодности будущих агентов. Все они тем или иным образом нацелены на проверку безысходности финансового положения соискателя и его склонности к общению. Рекрутеры эти тесты дружно ругают.

Вопросник, который предлагается вниманию читателей, направлен на то, чтобы соискатель трезво оценил свои возможности стать страховым агентом, адаптироваться в этой социальной нише и достичь успеха в профессии. Он возник как результат моего многолетнего опыта работы в страховании и знания основ социальной психологии.

Итак, вопросник «Быть или не быть страховым агентом?»

1. Вы действительно хотите работать в страховании, понимая все достоинства и недостатки этой отрасли?
2. Как долго вы планируете работать страховым агентом?

3. Как вы видите развитие вашей карьеры в страховании?
4. Готовы ли вы учиться и следовать наставлениям в течение периода становления в профессии?
5. Вы готовы работать во время обучения?
6. Вы готовы быть дисциплинированным, вести записи и следовать намеченному плану?
7. Вы готовы просить у знакомых/друзей рекомендации?
8. Вы готовы предлагать страховые услуги вашим друзьям?
9. Готовы ли вы сделать 100 звонков в день?
10. Готовы провести 20 встреч в неделю?
11. Готовы ли вы к тому, что после проведения 20 встреч вам удастся заключить всего два договора?
12. Что вы думаете о страховании? Дайте определение одним словом.
13. Сможете ли вы после многочисленных отказов продолжать улыбаться и двигаться к цели?
14. Вы можете спокойно слушать жалобы на жизнь?
15. Вы способны принимать справедливую критику со стороны коллег?
16. Какое главное качество страхового агента?
17. Вы можете представить себя в роли преуспевающего страхового агента?
18. Сколько вам нужно зарабатывать в месяц, чтобы чувствовать себя комфортно?
19. Как ваша семья/друзья/близкие отреагируют, на то, что вы работаете страховым агентом?

София Иевенко

менеджер отдела по расследованию мошенничества и содействию в спорных ситуациях, Эрнст энд Янг (СНГ) Б.В., к.э.н.

Сокращение затрат в страховой компании: новый взгляд на старые проблемы

Стремление многих страховщиков снизить как коэффициент расходов, так и комбинированный коэффициент убыточности – что особенно касается тех компаний, которые планируют ряд мероприятий по оптимизации расходов во время предпродажной подготовки, – вполне понятно. В то же время, объявляя «курс на сокращение», многие оперируют достаточно узким спектром направлений по снижению своих расходов, и связаны они главным образом с увольнением сотрудников. Отсюда возникает вопрос, какие направления могут быть рассмотрены страховыми компаниями (далее – СК) в качестве потенциальных зон снижения расходов?

Другой связанный вопрос состоит в том, каким образом правильно оценить возможные сокращения, учитывая, что для реализации некоторых из них необходимо не только время, но и инвестиции.

Кроме того, оценивая выгоды от сокращений необходимо учитывать возможный рост или спад бизнеса СК для того, чтобы сопоставить текущий уровень расходов с будущим периодом.

Вопрос 1. Какие расходы можно сокращать?

Как упоминалось выше, по какой-то необъяснимой причине самые первые ассоциации, которые возникают при упоминании программы сокращения расходов, связаны с оптимизацией численности персонала. Однако в СК это не всегда так. В самом деле, помимо сокращения расходов в классическом понимании, у страховщика есть возможность оптимизировать так называемые статьи анти-расходов, влияющих непосредственным образом на коэффициент убыточности. Например, это потери СК, связанные с тем потенциалом, который она не использует при работе с суброгацией, а также потери, связанные с ненадлежащими страховыми выплатами. Таким образом, все гипотезы по сокращению расходов в СК можно условно разделить на 2 группы:
1) расходы, напрямую влияющие на коэффициент убыточности – Loss Ratio (LR);
2) расходы, напрямую влияющие на коэффициент расходов – Expense Ratio (ER) (см. табл.1).

Таблица 1. Группировка гипотез по сокращению расходов в страховой компании

Примеры гипотез по сокращению расходов, направленные на снижение LR	Примеры гипотез по сокращению расходов, направленные на сни жение ER
• Увеличение доли сборов по суброгационной базе • Снижение страховых выплат в связи с увеличением процента выявления выплатных дел с признаками страхового мошенничества • Сокращение необоснованных страховых выплат • Сокращение андеррайтинговых утечек	• Снижение расходов, связанных с содержанием персонала (в том числе, связанное с сокращением персонала или переводом подразделений в регионы с более низким уровнем заработной платы) • Снижение расходов, не связанных с содержанием персонала (расходы на информационные технологии, телекоммуникации, рекламу, маркетинг, аренду, рекрутинг, различные виды аутсорсинга и т.д.)

К означенному выше стоит дать, пожалуй, только комментарии относительно определений «необоснованные страховые выплаты» и «андеррайтинговые утечки». Под необоснованными страховыми выплатами понимаются дополнительные расходы СК, не имеющие отношения к тем расходам и обязательствам, которые несет страховщик в соответствии с условиями договора страхования. При этом в перечень таких расходов не включаются расходы, связанные со случаями страхового мошенничества. Таким образом, необоснованные страховые выплаты представляет собой расходы СК, связанные с рядом ошибок и упущений, допущенных в процессе урегулирования убытков. В частности, осуществление страховой выплаты, не скорректированной на размер франшизы; превышение размера страховой выплаты над фактической величиной ущерба (неадекватная калькуляция ущерба); проведение страховой выплаты в тех случаях, когда страховой случай не покрывается условиями договора страхования и т.д[1]. Под андеррайтинговыми утечками понимается разница в страховой премии, которую компания могла получить при использовании рассчитанных актуарными методами технических тарифов и той страховой премией, которую она получила в результате сознательной корректировки технических тарифов, давая разрешение продавцам и андеррайтерам снижать брутто-тариф за счет соответствующего снижения размера комиссионного вознаграждения либо предоставляя существенный объем скидок для клиентов, попадающих в «особую» категорию. Основная и общая проблема здесь состоит в том, что согласовав понижение премии за счет тарифа, продавцы могут по факту получить свое вознаграждение в полном объеме, воспользовавшись несовершенством информационной и контрольной систем СК, а в случае с предоставлением скидок VIP-клиентам предоставлять их по факту в большем объе-

[1] Иевенко С.В. Методика анализа закрытых выплатных дел как ключевого инструмента диагностики деятельности страховой компании по урегулированию убытков // Страховое дело. 2011. №3

ме, чем это было запланировано. В результате подобных упущений СК может нивелировать даже самые адекватные технические тарифы.

Вопрос 2. Какие расходы нужно сокращать?

Приступая к программе сокращения расходов, СК должна помнить о нескольких основных правилах, а именно:

- Снижение той или иной статьи затрат не должно приводить к снижению скорости выполнения операций и снижению качества клиентского обслуживания. При этом под клиентским обслуживанием понимается не только обслуживание страховщиком страхователя, но и предоставление «внутренних» услуг одних подразделений компании другим. Например, когда филиальные подразделения СК являются пользователями услуг, оказываемых единым операционным центром СК.
- Необходимо придерживаться экономической целесообразности, т.е. разрабатывать детальный план по сокращению только тех статей затрат, которые являются достаточно существенными, исходя из их размера.
- Необходимо соблюдать баланс между объемом возможных сокращений и объемом, необходимых для этого инвестиций. При этом оптимальное соотношение инвестиций и сокращений, а также срок их окупаемости каждая компания определяет для себя в индивидуальном порядке аналогично тому, как при планировании аудиторской проверки определяются границы материальности (существенности).

Вопрос 3. С чего начать?

Как правило, перед началом объявления «курса на сокращение затрат» страховщики достаточно четко для себя определяют сроки, в рамках которых необходимо провести запланированные мероприятия, а также целевой показатель сокращений, выраженный в виде процента снижения текущих РВД. При этом большинство компаний не принимает во внимание тот потенциал, который могут дать статьи анти-расходов, а целевой объем желаемых сокращений является достаточно агрессивным для того, чтобы быть реалистичным при рассмотрении исключительно направлений затрат, влияющих на коэффициент расходов. Но, как говорится, на вкус и цвет... В любом случае невзирая на то, какой целевой показатель установлен, необходимо объективно проанализировать именно те статьи, при оптимизации которых компания рассчи-

тывает получить желаемую экономию, а затем приступить к рассмотрению альтернативных направлений, с помощью которых потенциально было бы возможным выйти на запланированный объем снижения расходов.

Стоит упомянуть о том, что мероприятия по оптимизации затрат в СК следует начинать с так называемого сканирования, или формирования гипотез по сокращению, с привязкой к потенциальной экономии в результате их реализации. Подобное сканирование можно рассматривать как разработку специализированной программы. В самом деле, любая гипотеза по снижению затрат не только формулирует возможные преобразования, но и содержит в себе целый ряд рекомендаций, реализация которых может перерасти в ряд отдельных проектов, средне – и даже долгосрочного характера. Так, сокращение расходов на закупку сувенирной продукции или проведение корпоративных мероприятий можно провести без особых усилий практически одномоментно, а вот сокращение персонала может носить как среднесрочный характер (в том случае, когда увольняются «лишние» непродуктивные сотрудники при соблюдении требований по срокам и порядку увольнений в соответствии с российским трудовым законодательством), так и долгосрочный характер (например, в том случае, когда для повышения производительности отдельных сотрудников необходима модификация бизнес-процессов, сопровождающаяся рядом технологических преобразований в информационных системах страховщика). Таким образом, началом «курса по сокращению затрат» внутри СК является разработка специализированной программы, представляющая собой перечень проектов,

направленных на сокращение ряда статей, и верхнеуровневую оценку экономии расходов компании в результате их реализации.

Прежде чем приступить к описанию сути разработки данной программы, целесообразно ввести ряд универсальных определений, а именно:

- **Функциональное направление** – укрупненный вид деятельности СК. Например, урегулирование убытков, продажи, администрирование полисов, андеррайтинг и пр.
- **Функциональное подразделение** – бизнес-единица (отдел, департамент и пр.). Например, Отдел по приему заявлений об убытке в рамках функционального направления «Урегулирование убытков».
- **Гипотезы** – мероприятия, направленные на снижение той или иной статьи затрат.
- **Проект** – совокупность гипотез однородного характера.
- **Территориальное подразделение** – обособленные подразделения СК (филиалы, операционный центр, головной офис и т.п.).
- **Метрика**[2] – количество операций определенного вида, которое приходится на функциональное направление и/или функциональное подразделение. Например, для отдела по приему заявлений об убытках в качестве метрики можно рассматривать количество принимаемых заявлений об убытке через клиентскую зону компании с учетом повидовой структуры портфеля территориальных подразделений.
- **Норматив (КПЭ)**[2] – количество операций определенного вида, которое может выполняться одним сотрудником функционального подразделения. Например, количество заявлений об убытках, принимаемых одним сотрудником отдела по приему заявлений об убытке.

Программу сокращений рекомендуется проводить, опираясь на определенный алгоритм, иными словами формирование программы должно проходить поэтапно.

Этап 1.

Анализ текущей ситуации. Название данного этапа говорит само за себя. Основной задачей здесь является сбор аналитической информации о самой СК, достаточной для

---

[2] Иевенко С.В. Основные принципы планирования централизованной операционной модели в страховой компании // Финансы. 2011. №7.

Рис. 1 Информационная карта гипотез по сокращению статей затрат в страховой компании

проведения анализа статей её расходов. Так, необходимо сгруппировать текущую численность персонала не только по территориальным и функциональным подразделениям, но и по признаку их принадлежности к функциональному направлению. Кроме того, необходимо для каждой из полученных таким образом групп сотрудников определить агрегированный КПЭ (ключевой показатель эффективности), характеризующий текущую производительности персонала в этих группах. В дополнение к этому необходимо провести анализ текущей структуры РВД компании и сопоставить её с бенчмарками, т.е. лучшими практиками на рынке. На основании собранной аналитической информации следует провести расчет текущей стоимости функциональных направлений, а также рассчитать текущую рентабельность территориальных подразделений. При этом расходы территориальных или функциональных подразделений, не генерирующих доходы, должны аллоцироваться на прочие подразделения СК. Полученная аналитика будет способствовать первичному от-

бору наиболее существенных по размеру зон, которые на следующем этапе программы следует анализировать уже на более детальном уровне. Данное «упражнение» отнюдь не тривиально, так как здесь может возникнуть ряд затруднений. В частности, придется решать проблему корректной привязки сотрудника к тому или иному функциональному направлению, т.к. зачастую по названию функционального подразделения, в котором работает сотрудник, не всегда можно однозначно утверждать, что он занимается именно созвучными названию его отдела обязанностями. Кроме того, некоторые компании не используют при составлении управленческой отчетности методику аллокации расходов (либо используемая методика содержит существенные недостатки). Например, зачастую в СК отсутствует методика аллокации расходов операционных центров. В таких случаях необходимо разработать ее с «нуля», как минимум, в самом упрощенном варианте, который, тем не менее, будет достаточным для целей разработки программы сокращений.

Этап 2. Формирование и проверка гипотез.

Основная цель на данном этапе – описать возможные гипотезы (рекомендации), которые могут решить задачу по снижению расходов в тех проблемных зонах, которые были идентифицированы на этапе 1. Кроме описания сути гипотез, необходимо провести их «оцифровку», иными словами показать экономический эффект, который СК может получить в результате их реализации, указав срок реализации, а также оценив связанные с данной реализацией риски и объем необходимых инвестиций (см. рис. 1).

(*) *Реализация гипотезы может привести не только к снижению текущих статей затрат, но и к появлению новых. Таким образом, рассматривая экономию, которую может обеспечить та или иная гипотеза, необходимо принимать во внимание «чистую» экономию. Например, в результате высвобождения времени «дорогих» сотрудников за счет перевода всех или части выполняемых этими сотрудниками рутинных операций на новых, но менее квалифицированных и, соответственно, ниже оплачиваемых специалистов, или же перевод рутинных операций на аутсорсинг, приведет, с одной стороны, к снижению расходов на заработную плату текущих «дорогих» специалистов, а с другой – к возникновению аналогичных расходов на новых «дешевых» специа-*

листов или появлению статьи затрат, связанной с оплатой аутсорсинговых услуг.
***(**, ***)** Как упоминалось выше, часть гипотез, в частности тех, которые попадают в средне- или долгосрочную перспективу, влекут за собой определенные инвестиции, необходимые для их реализации. При отборе «отцифрованных» гипотез страховщику следует сопоставлять размер возможной экономии с размером необходимых инвестиций в совокупности с рисками, характеризующими сложность реализации гипотез.*

Проводить группировку полученных гипотез удобно по следующему принципу.

- Группа гипотез, связанная с повышением производительности сотрудников, устранением дублирования выполняемых ими функций и последующим увольнением излишнего количества персонала.
- Группа гипотез, связанная с высвобождением части времени текущих сотрудников, например, благодаря автоматизации тех или иных операций, без последующих увольнений. Данные гипотезы направлены на то, чтобы сотрудники, чье время будет высвобождаться в результате снижения или устранения ряда побочных операций, смогут выполнять большее количество основных операций. Например, если говорить о менеджерах агентских групп (далее – «МАГ») и взять в качестве их КПЭ количество договоров страхования, которое «генерируют» агенты в группе МАГа, то при внедрении гипотез, связанных с предложениями об автоматизации периодических отчетов МАГа для вышестоящих подразделений, созданием «личного кабинета агента и МАГа», увеличением доли вовлечения профессиональных операторов контакт-центра и т.д. высвобождение времени МАГа, затрачиваемого на ряд не ключевых для него операций, позволит СК в случае роста количества договоров в агентском канале в будущих периодах сдерживать рост штата данных сотрудников.
- Группа прочих гипотез, которые не имеют прямого отношения к оптимизации численности персонала. Например, изменения в процедуре закупок.

Вопрос 4. Чем должна закончиться программа сокращения затрат?

После получения «отцифрованного» перечня гипотез по снижению затрат страховщик должен выделить короткий список тех гипотез, которые выглядят наиболее

привлекательно. Далее необходимо составить список конкретных проектов, объединяющих однородные гипотезы. Каждому из получившихся проектов должна быть присвоена приоритетность его реализации. То есть должна быть задана некая очередность серии проектов, каждый из которых направлен в конечном результате на оптимизацию расходов.
После этого следует разработать «дорожную карту» внедрения предлагаемых проектов с учетом их приоритетности, сложности, продолжительности и пр.
Необходимо заметить, что как и для любого проекта здесь необходим расчет базовых проектных показателей (возврат на инвестиции (IRR), сопоставление будущих доходов и расходов, расчет точки безубыточности и пр.).

Заключение

Для обеспечения гарантии того, что разработанная программа по сокращению затрат будет адекватной, с точки зрения поставленных целей и их практической реализации, необходимо придерживаться еще одного перечня общепринятых правил.

Правило 1.

При моделировании (а именно таковым и является по своей сути программа сокращения затрат) любой полученный результат должен быть подвергнут экспертной оценке. Таким образом, предлагаемые в рамках программы сокращения гипотезы должны обсуждаться с сотрудниками компании, компетентными в направлении предлагаемых гипотез, и по возможности «пилотироваться» и проверяться «полевым» способом. Здесь также следует помнить о том, что мнения экспертов могут быть подвержены некоторой доле субъективизма, связанной с обычным нежеланием персонала «жить в эпоху перемен», тем более перемен, направленных на сокращение затрат.

Правило 2.

Расчет экономии СК от предлагаемых гипотез должен быть скорректирован с учетом естественной разницы, возникающей в результате роста и спада объемов бизнеса СК. Т.е. сравнивать в абсолютном выражении статьи затрат «сегодня» с аналогичным показателем «завтра» не совсем корректно, поскольку объемы бизнеса «завтра» могут быть совершенно иными по сравнению с текущим объемом. Одним из вариантов получения корректного результата является проведение расчета на основе прогнозируемых объемов страхового портфеля компании в будущих периодах.

В данном варианте следует экстраполировать текущий уровень расходов компании в будущих периодах (например, каждой из рассматриваемых статей будет соответствовать связующий коэффициент с начисленной страховой премией или прочими релевантными показателями), затем провести сравнение полученного значения с аналогичным результатом, полученным для прогнозных объемов портфеля СК в случае успешной реализации предлагаемых гипотез.

Правило 3.

Алгоритм, или формула, расчета экономии для каждой из предлагаемых гипотез, с одной стороны, должен учитывать особенности всех и даже самых мелких территориальных подразделений СК (например, агентств, точек продаж и пр.), а с другой – не быть чрезмерно громоздким. В самом деле, предлагая увеличение производительности сотрудникам конкретного функционального направления, необходимо помнить о том, что для различных территориальных подразделений алгоритмы расчета экономии должны быть дифференцированы. Объясняется это, прежде всего, тем, что несмотря на возможное увеличение производительности персонала высвобождение сотрудников в мелких территориальных подразделениях не всегда справедливо по причине того, что сокращение одного единственного сотрудника априори невозможно. Здесь можно предложить либо совмещение операций, выполняемых разными функциональными подразделениями, одним универсальным сотрудником, либо рассмотреть вариант слияния мелких территориальных подразделений в том случае, когда это позволяет их географическая близость. Таким образом, ряд предлагаемых гипотез должен носить условный характер, учитывая разнородность территориальных подразделений СК. Поскольку программа сокращений является сканированием возможных зон оптимизации затрат в СК, для упрощения алгоритма имеет смысл ввести грейдирование территориальных подразделений компании, что позволит сократить перечень условий, по которым происходят проверка соответствия каждого территориального подразделения тому или иному грейду и, соответственно, происходит расчет по соответствующей этому грейду формуле.

Анатолий Азаров,
заместитель начальника департамента здравоохранения
ОАО «РЖД»

Эли Мишель Мурад,
старший менеджер отдела страхования Главного управления казначейства и корпоративного финансирования
ОАО «ЛУКОЙЛ»

Алексей Романовский,
начальник отдела компенсаций и льгот
ОАО «МТС»

Чего ждут крупные клиенты от ДМС

Самые желанные клиенты по ДМС – крупные корпорации. Однако каждая из них уникальна, и для победы в конкурентных сражениях страховщикам необходимо учитывать эту уникальность. К тому же, крупные корпорации являются своего рода «законодателями мод» в формировании соцпакета для сотрудников, так что их идеология в той или иной форме перенимается и тиражируется.
Редакция провела виртуальный круглый стол, в ходе которого выясняла специфику организации ДМС, оценку экономической эффективности этого инструмента и его влияние на кадровую политику.
На наши вопросы отвечали: Эли Мишель Мурад, старший менеджер отдела страхования Главного управления казначейства и корпоративного финансирования ОАО «ЛУКОЙЛ», Анатолий Азаров, заместитель начальника департамента здравоохранения ОАО «РЖД», и Алексей Романовский, начальник отдела компенсаций и льгот ОАО «МТС».

ССТ: Какие цели преследует Ваша компания, приобретая программы ДМС для своих сотрудников?

Эли Мишель Мурад: Работники – важнейший ресурс любой компании. Один из способов сохранения этого ресурса – медицинское страхование работников от рисков, связанных с угрозой здоровью на производстве и в быту.

Практически все крупные корпорации на сегодняшний день предлагают своим сотрудникам пакет социальных услуг, который может включать нематериальные блага: добровольное медицинское страхование, дополнительное пенсионное обеспечение, страхование от несчастных случаев, страхование жизни и т.д.

Конечно, наличие соцпакета не только снижает текучесть кадров и дает конкурентное преимущество работодателю на рынке труда, но и является показателем уровня социальной ответственности работодателя.

Добавлю, что для укрепления здоровья работников и развития командного духа, профсоюзная организация и спортивный клуб «ЛУКОЙЛ» проводят спортивные состязания по лыжным гонкам, волейболу, плаванию и другим видам спорта.

Анатолий Азаров: Мы начали использовать механизм ДМС несколько лет назад, после акционирования. Общая численность застрахованного персонала – 1млн 100 тысяч человек. Первоочередная задача оплаты ДМС сотрудникам холдинга – закрепление кадров. Социологические исследования, проведенные в нашем холдинге, показали, что в ряду причин, по которым люди у нас работают, возможность получать качественное медицинское обслуживание в медицинских центрах РЖД занимает второе место после бесплатного проезда. Для нас наиболее важные категории – это машинисты поездов, их помощники, и другие работники, которые обеспечивают безопасность движения поездов. Например, в районе Транссиба или БАМа ведутся работы по подготовке пути при минус 40 на открытом воздухе. Это очень тяжелый труд, и желающих таким образом зарабатывать на жизнь немного, поэтому нужна дополнительная мотива-

ция. Второй результат, который мы получаем от ДМС, – сокращение заболеваемости. Чтобы ее обеспечить, мы проводим целый комплекс лечебных и профилактических медицинских мероприятий.

Алексей Романовский: Приобретая ДМС для своих сотрудников, компания, прежде всего, помогает им поддерживать свое здоровье, что не может не сказаться на эффективности работы. Во-вторых, компания рассчитывает на снижение потерь рабочего времени – сотрудники будут меньше терять его в очередях и меньше сидеть на больничных. В-третьих, ДМС практически уже стал стандартом соцпакета для Москвы, а в регионах является важным конкурентным преимуществом для привлечения кандидатов.
В то же время, если предоставить сотрудникам несбалансированную программу ДМС, есть опасность, что посещение лечебных учреждений пойдет в ущерб работе. Если предприятие полностью компенсирует сотрудникам больничные, то их количество будет непременно расти. При этом напомню, что государство выплачивает пособие по больничному листу не в полном объеме, а в очень ограниченном лимите. И для предприятия предпочтительна та же самая стратегия. Розничная сеть МТС оплачивает сотрудникам больничный только в рамках компенсации соцстраха, поэтому любая потеря заработка для сотрудника чувствительна и у него появляется мощный стимул быстрее выйти на работу.

ССТ: По каким принципам выбирается наполнение программ ДМС? Почему выбраны именно эти принципы?
Э.М.М: Каждый сотрудник любой российской организации группы «ЛУКОЙЛ» наряду с полисом ОМС имеет полис ДМС и может их сочетать. В нашей компании существует единый подход и единые правила организации добровольного медицинского страхования работников, в которых определены основные принципы и требования к программам медицинского страхования.
При организации ДМС работники делятся на четыре условные категории: топ-менеджеры, высший управленческий персонал, управленческий персонал и основной штатный персонал. В соответствии с этими категориями формируются страховые программы, которые отличаются наличием дополнительного сервиса при ме-

дицинском обслуживании (например, помещение пациента в палату повышенной комфортности), количеством сеансов лечебных процедур и уровнем страховых сумм.
Наполнение программы ДМС для любой категории сотрудников у нас одинаковое. Это полная страховая ответственность: амбулаторно-поликлиническое обслуживание, стационар, стоматология, скорая помощь.
У всех наших работников программы ДМС достаточно высокого уровня, и они покрывают, в том числе, и высокотехнологичные методы лечения (кардиохирургию, нейрохирургию и др.). Для того чтобы работники могли получить квалифицированную медицинскую помощь, в программы ДМС включены медицинские учреждения, находящиеся в регионах основной деятельности предприятий, специализированные центры и научные институты России.
В нашей компании практикуется также долевое участие сотрудников в оплате полисов ДМС. Если работник хочет иметь программу более высокого уровня, он может за счет собственных средств расширить список лечебных учреждений, увеличить страховую сумму. Такая практика доступна для всех категорий сотрудников.

А.А: Наши программы ДМС не подразделяются на категории. Руководитель и рядовой сотрудник обслуживаются в одних и тех же клиниках и получают один и тот же уровень обслуживания. У нас нет разделения программ или разных страховых сумм для сотрудников разных уровней. В основе нашего ДМС лежат те же принципы, что и в основе ОМС. Мы можем предоставить работникам ОАО «РЖД» все необходимые медицинские услуги, а наши лечебные учреждения по независимым рейтингам предоставляют самое высокое качество обслуживания. ОАО «РЖД» – практически единственная структура, которая имеет собственную медицинскую структуру. Почему так получилось?
В отличие от многих крупных российских холдингов, ОАО «РЖД» имеет 175-летнюю историю. Историческая традиция отрасли такова, что вместе со строительством железных дорог строились лечебные учреждения для железнодорожников. Всего лишь 20 лет назад в МПС РФ была сеть стационаров более чем на 50 тысяч коек, не говоря уже о поликлиниках и здравпунктах, которые были практиче-

ски на каждом полустанке. 80% всех средств, за счет которых содержались эти учреждения, поступали из федерального бюджета. Еще 5-6% поступали из средств, полученных за счет оказания платных услуг населению, не работающему в системе МПС. Оставшиеся 15% вкладывали железнодорожные организации, покупая необходимое оборудование. Обратиться в наши учреждения могли все граждане, проживающие в местах их расположения.

В 2003 году прошло акционирование, радикально изменившее ситуацию. Федеральный бюджет прекратил финансирование наших клиник, но мы не свернули, а всего лишь оптимизировали свои медицинские программы. Если федеральный бюджет не финансирует клиники ОАО «РЖД», а они содержатся за счет средств железнодорожников, встает вопрос: кого в такой ситуации должны обслуживать эти клиники? А ведь в наши лечебные учреждения по старой памяти приходят люди, которые недалеко от них живут, но в ОАО «РЖД» не работают. Таких пациентов – полтора миллиона.

Мы обращались к местным властям с запросом: хотят ли они, чтобы люди продолжали обслуживаться в наших клиниках? И нередко слышали отказ – ведь в муниципальных образованиях есть свои больницы. Тогда нам приходилось свои лечебные учреждения сокращать или закрывать.

Чтобы не сворачивать медицинские программы, мы отказались от таких социально-значимых медицинских направлений, как педиатрия, психиатрия, родовспоможение, лечение туберкулеза – за исключением ситуаций, когда наша больница является единственной в районе. Медицинскую структуру нельзя назвать профильным активом железнодорожного холдинга, но, с другой стороны, РЖД не может существовать без качественного медицинского обслуживания своих сотрудников, что связано с безопасностью движения. У нас очень жесткий контроль состо-

яния здоровья персонала, поэтому трудно себе представить ситуацию, когда машинисту локомотива будет предложено пройти медицинский осмотр вне корпоративного учреждения здравоохранения.

Из-за необходимости обеспечения безопасности движения мы не можем передать своих сотрудников на обслуживание в другие медицинские учреждения. С другой стороны, на больших территориях никаких лечебных учреждений, кроме наших, нет. Начиная с 2000 года, мы постепенно сокращаем стационары – с 53 тысяч до 21 тысячи коек. Более чем в два раза! Требования к показаниям лечения в стационарах повышены – теперь туда нельзя попасть без весомых причин. Но если помещать в стационар людей только с серьезными показаниями, то он должен быть хорошо оснащен. Нам не обязательно обеспечивать всех первичной специализированной медицинской помощью, например, аппендэктомию нашему работнику могут сделать и в государственной клинике в рамках ОМС. Но мы развиваем высокотехнологичную медицинскую помощь, которую государство обеспечивает слабо. У нас была надеж-

да, что государство поддержит наши программы и поможет финансировать наши клиники. Тогда бы мы смогли оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь на местах. Однако эта идея поддержки не нашла. Поэтому мы оказываем помощь своим работникам в рамках ДМС, а населению – на коммерческой основе.

А.Р: При выборе наполнения программ ДМС мы анализируем, насколько востребована та или иная услуга, а затем оптимизируем содержание программы по соотношению спрос/цена. Бюджет ограничен, поэтому дорогие, но редко используемые услуги в программу не включаются. Например, мы вообще не оплачиваем госпитализацию, за исключением очень серьезных случаев, которые финансируются по согласованию с руководством компании. То есть, программа ДМС у нас рисковая, а программа госпитализации – депозитная. Мы отказались от полностью депозитной программы потому, что администрирование медицинских расходов в масштабах страны – а в компании работает около 15 тысяч человек – требует больших ресурсов. В то же время передать управление депозитом страховщику мы тоже не можем – тогда мы потеряем контроль. Поэтому мы выбрали рисковую форму договора.
Наполнение программы и уровень клиник зависит от должности сотрудника. Качество услуг должно коррелировать с доходом сотрудника, но быть хотя бы на одну ступеньку выше, чем он может позволить себе за собственные деньги. С другой стороны, руководители, как наиболее сознательная категория сотрудников, не берут больничный просто так.

ССТ: Используется ли программа ДМС в тех городах, где ограничено число лечебных учреждений и все они доступны по ОМС?
Э.М.М: Если в городе есть только одна государственная клиника, и она работает в рамках и ОМС и ДМС, то мы организуем программы таким образом, чтобы наши сотрудники пользовались коммерческими программами. Однако наши полисы ДМС предполагают обслуживание работников не только в городе их проживания (расположения предприятия), но и во всем регионе. Таким образом, у сотрудников есть возможность обратиться в районную или областную клинику и там получить необходимое лечение. Для руководи-

телей полис ДМС предусматривает лечение на всей территории Российской Федерации, в том числе, и в Москве.

А.А: Для сотрудников, работающих в удаленных регионах, где нет возможности пользоваться медицинскими услугами ни в рамках ОМС, ни в рамках ДМС, мы организуем специальное обслуживание на местах. У нас есть пять специальных медицинских центров на базе поездов. Это не просто медпункты на колесах, а оснащенные самой современной техникой и специалистами медицинские центры. Такое поезда функционируют на постоянной основе. Один в Европейской части России обслуживает Северную железную дорогу: Республику Коми, Архангельскую, Ярославскую и Вологодскую области. Другой на Западно-Сибирской железной дороге обслуживает Алтай, Кемерово, Новосибирск, Омск, Томск и т.д. Третий поезд обслуживает Красноярскую железную дорогу. Четвертый поезд работает на Восточно-Сибирской железной дороге и обслуживает западную часть БАМа, районы Байкала. И пятый поезд обслуживает Дальний Восток. Программы развития передвижных медицинских центров хотя и одобрены руководством страны, но Минздравсоцразвития России реально не поддерживаются, поэтому мы вынуждены оказывать часть услуг на коммерческой основе

А.Р: В населенных пунктах, где нет доступа к коммерческим лечебным учреждениям, мы не предоставляем ДМС, а заменяем его на полис от несчастных случаев. Если рядом с таким небольшим населенным пунктом есть крупный город, то полис ДМС предоставляется.

ССТ: По каким принципам выбирается персонал, которому предприятие оплачивает ДМС? Оплачивается ли ДМС родственникам сотрудников? Сотрудникам, вышедшим на пенсию?

Э.М.М: Родственникам сотрудников, в рамках коллективного договора страхования ДМС не предоставляется. Однако существуют исключения, когда страхование родственников за счет работодателя предусмотрено трудовым контрактом. Родственники работников могут оформить полис индивидуального страхования по программам ДМС, специально разработанных для этой категории граждан по корпоративным тарифам, которые ниже рыночных и учитывают специфику региона.

Страхование по собственному желанию

Хотя объем продаж розничных программ ДМС не сравним с объемом продаж корпоративных, сам факт существования этого сегмента отчетливо отражает рост страховой грамотности населения.

Доля рынка

В Москве наличие ДМС давно уже стало обязательной частью соцпакета, поэтому объемы страховых премий, полученных от юридических лиц, в десятки раз (точнее, в 25-30, по данным РОСНО) превышают объемы премий, внесенных физическими лицами. По словам *Николая Совы, директора Центра андеррайтинга и управления продуктами медицинского стра-*

хования РОСНО, количество полисов ДМС, приобретенных физическими лицами в Москве у РОСНО в 2010 году, не превышает 1% от общего количества проданных в Москве полисов ДМС. В 2011 году значительного изменения этой цифры не ожидается.

В МАКСе, по информации, полученной от *Татьяны Горожанкиной, руководителя Управления формирования программ, андеррайтинга и аналитики дирекции ДМС,* объем премии, поступившей по этому виду страхования от физических лиц, составляет 15% в портфеле ДМС компании. На протяжении последних двух-трех лет эта цифра существенно не меняется, но в 2011 году наметилась тенденция к росту на 2-3%.

В РОСНО выделяют противоположный тренд: до кризиса программы ДМС были востребованы больше. По словам Николая Совы, в 2010 году самостоятельное приобретение программ ДМС физическими лицами еще не вышло на докризисный уровень.

Андрей Рыжаков, Заместитель генерального директора по медицинскому страхованию СК «АльфаСтрахование», отмечает, что небольшой всплеск продаж ДМС частным лицам наблюдался как раз в 2008-2009 годы. Спикер дает этому следующее объяснение. Почувствовав плюсы ДМС и лишившись его с началом кризиса (или получив взамен полноценной программы сильно урезанный пакет), люди стали сами обращаться к страховщикам, чтобы иметь возможность полноценного лечения–особенно в серьезных случаях.

Самые популярные

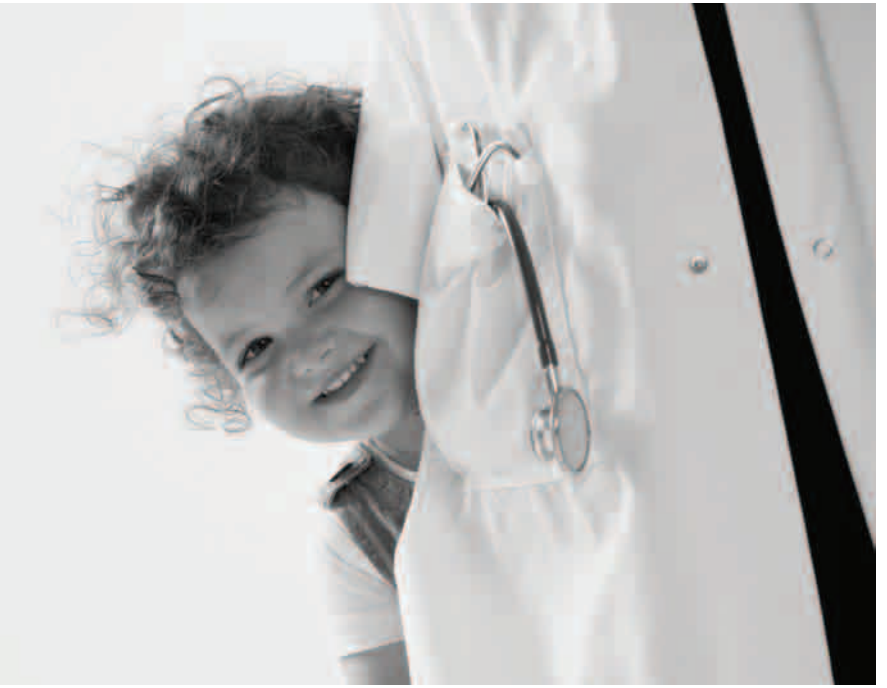
Если крупные корпорации покупают своим сотрудникам программы ДМС, не содержащие практически никаких исключений, то физические лица за свои деньги приобретают продукты ДМС целенаправ-

ленно, так что их выбор четко отражает потребности застрахованного.

По словам Николая Совы, чаще всего клиенты из числа физических лиц интересуются программами для детей и программами экстренной медицинской помощи. Популярность программ для маленьких детей в рознице подтверждает и Татьяна Горожанкина. За счет этой категории идет основное поступление страховой премии в обсуждаемом сегменте рынка, отмечает спикер. Минимальная стоимость программы для детей составляет 3400 рублей. В пакет входят медицинские услуги по экстренной медицинской помощи, включая госпитализацию. Дороже всего – до 500 000 рублей – стоят программы для детей до года. Однако Татьяна Горожанкина отмечает, что из-за большой востребованности медицинских услуг говорить о высокой рентабельности ДМС не приходится.

В РОСНО подтверждают высокую популярность программ для новорожденных. По таким программам основной объем услуг предоставляется на дому: плановые осмотры врачей, прививки по индивидуальному графику, анализы, процедуры и массаж. Однако, замечает Николай Сова, если на первом году жизни у застрахованного ребенка не было серьезных проблем со здоровьем, в дальнейшем родители чаще всего отказываются от медицинского страхования, так что процент пролонгаций таких договоров невысок.

Впрочем, Андрей Рыжаков вообще не считает программы для грудничков страховыми, поскольку в них отсутствует категория страхового случая – зато есть понятие патронажа. Это программы прямого взаимодействия между физическим лицом и медицинским учреждением, полагает спикер, хотя с точки зрения клиента они и напоминают страховые программы. Как рассуждает клиент? Он один раз заплатил и получает гарантированное обслуживание в той или иной клинике по согласованной программе. Покупая программу, человек на 90% уверен, что он выберет практически всю ее стоимость, иными словами,



он понимает, за что платит деньги. Если физические лица обращаются в «АльфаСтрахование», чтобы приобрести ДМС для младенца, их просто отправляют в одну из клиник, принадлежащих компании («Альфа–Центр здоровья»), где и происходит покупка годовой программы прикрепления. В дальнейшем все финансовые и сервисные взаимоотношения клиента с медицинским учреждением происходят напрямую, без участия страховой компании.

Как было отмечено выше, второе направление повышенного внимания физических лиц к своему здоровью связано с экстремальными ситуациями. Здесь абсолютный лидер продаж – программы, связанные с защитой от инфицированного клеща. Стоят такие программы дешево (начиная от 200 рублей), поэтому бойко раскупаются жителями эндемичных районов.

Однако «антиклещевыми» программами продуктовая линейка экстремальной медицины не исчерпывается. Так, в МАКСе несколько лет назад разработали программу «Экстренная медицинская помощь», представляющую собой продуктовую линейку из пяти вариантов, и программу «Консультация», состоя-

щую из трех продуктов. Минимальная стоимость экстремальной программы для взрослых – 3000 рублей. Продолжая тему наиболее популярных продуктов, Николай Сова отмечает, что наряду с упомянутыми выше программами для детей дошкольного возраста («Кроха») и программами оказания экстренной медицинской помощи (включая экстренную госпитализацию при ДТП и присасывании клеща), широким спросом пользуются программы с обслуживанием на дому и специализированные программы дородового ведения.

Если говорить о ценах розничных программ ДМС, опуская вопрос их популярности, то в МАКСе стоимость программы для взрослых может доходить до 350 000 рублей, а в РОСНО – превышать эту сумму.

Профиль клиента

Откуда берутся розничные клиенты по ДМС? Андрей Рыжаков отмечает два источника их поступления. Первый связан с просьбой корпоративного клиента добавить к списку сотрудников определенную группу людей, чаще всего – родственников застрахованных.

Второй источник – это лояльные клиенты компании, прежде имевшие корпоративный полис ДМС, но по каким-то причинам его лишившиеся, или же люди, которые купили полисы, когда в СК «АльфаСтрахование» была предпринята попытка заниматься розницей в сегменте ДМС. Всю группу розничных клиентов спикер оценивает в несколько сотен человек, 95% из которых живут в Москве.

Николай Сова в основном согласен с коллегой в географии проживания розничного клиента ДМС, добавляя к Москве Санкт-Петербург. Чаще всего, по словам спикера, к услугам ДМС прибегают молодые жители крупных городов, имеющие средний или высокий доход и достаточно высокий уровень финансовой грамотности, а также семьи, имеющие средний или высокий доход и доверяющие страхованию. Если говорить о процентной разбивке, то наибольшее число застрахованных – это взрослые люди от 18 до 54 лет. На них приходится 55 % приобретенных полисов.

30% полисов оформлено на детей до 17 лет и 15% – на пожилых людей.

Содержание программ и география их распространения

По мнению Андрея Рыжакова, в Москве и регионах не может быть программ ДМС, идентичных по содержанию, потому что наполнение любого продукта по ДМС определяется лечебной базой, а от клиники к клинике – и тем более от города к городу – лечебная база ме-

няется. Таким образом, при том что концептуально продукты одинаковы, их реальное наполнение серьезно отличается, поскольку напрямую зависит от состояния здравоохранения в каждом конкретном городе.

Что касается сетевого обслуживания клиентов, то частным клиентам, как правило, предлагаются программы ДМС с прикреплением к одному базовому медицинскому учреждению, которое страхователи выбирают самостоятельно. Если же возникает ситуация, когда клиент РОСНО не имеет возможности получить медицинские назначения в выбранной клинике, компания в течение трех рабочих дней организует предоставление услуг в других ЛПУ. Покрытие по всей стране у всех компаний предоставляется только в объеме экстренной медпомощи, которая, как сообщил Андрей Рыжаков, с точки зрения объема обращений, составляет 2-3%. Цена сетевой программы значительно превышает цену программы стационарного прикрепления.

Учет и контроль

Когда программу ДМС приобретает крупная организация, страховщик будет контролировать действия ЛПУ, чтобы не потерять такого клиента. Если в качестве клиента выступает частное лицо, функция контроля целиком ложится на его плечи – во всяком случае, без его активности проверок не ожидается. Клиентам рекомендуется внимательно изучить программу оказания медицинской помощи и в случае возникновения сомнений по поводу ее соблюдения немедленно обращаться в страховую компанию.

Что касается перспектив вытеснения ДМС обновленным ОМС, то эксперты отзываются по этому поводу весьма сдержанно. Однако они единодушны в том, что полисы ДМС, которые приобретают частные лица, дополняют медицинские услуги, входящие в ОМС.

Елена Шарова

Надежда Левант

директор отдела перестрахования жизни, здоровья и ответственности, ОАО «Москва Ре»

Медицинский андеррайтинг для программ страхования заемщиков потребительских и ипотечных кредитов

В статье даны ответы на основные вопросы, встающие при проведении медицинского андеррайтинга при ипотечном и потребетельском страховании.

Основные принципы андеррайтинга

Медицинский андеррайтинг – одна из ключевых составляющих андеррайтинга договоров страхования от несчастных случаев и болезней, влияющих на эффективность портфеля «кредитных» договоров страховой компании. Безусловно, его глубина зависит от того, какие цели поставлены перед андеррайтерами. Понятно, что если целью является быстрое наращивание сборов, а экономический результат операций по страхованию ставится на второе место, объем запрашивае-

мой информации медицинского характера максимально минимизируется.

Кроме того, на объем запрашиваемой медицинской информации влияет то, какими кадровыми ресурсами обладает страховщик. Так, большая компания, в штате которой помимо непосредственно андеррайтров имеются специалисты с медицинским образованием, может позволить себе более тщательный анализ состояния здоровья потенциальных застрахованных нежели компания, в которой работает один андеррайтер.

Еще один немаловажный фактор (поскольку мы рассматриваем договоры страхования кредитозаемщиков) – требования банков к документам, запрашиваемым у потенциальных клиентов.

Учитывая вышеназванные предпосылки, разрабатываются основные принципы андеррайтинга договоров страхования жизни заемщиков, в ряду среди которых можно выделить следующие:

1. андеррайтинг рисков должен быть направлен на достижение целей развития страхового портфеля;
2. объем запрашиваемой информации должен быть оптимальным;
3. условия андеррайтинга не должны «выбиваться» из тенденций, сформировавшихся в данном сегменте страхового бизнеса.

Ниже мы рассмотрим подходы к медицинскому андеррайтингу исходя из предпосылки, что его цель – формирование сбалансированного портфеля договоров с перспективой роста.

Срок, сумма займа и количество выдаваемых кредитов

Одним из важных критериев, участвующих в формировании требований к андеррайтингу рисков при страховании жизни заемщиков кредитов, является сумма выдаваемого кредита.

Обычно устанавливается нижний порог страховой суммы, до достижения которого требования к пре-

доставляемой информации о состоянии здоровья потенциального застрахованного лица минимальны. Для таких сумм запрашивается только заявление на страхование, содержащее общие вопросы о состоянии здоровья застрахованного. Для страховых сумм, превышающих введенный нижний порог, вводятся дополнительные процедуры анкетирования и назначаются различные направления прохождения медицинского обследования.

Требования к медицинскому андеррайтингу рисков зависят также от срока кредитования (и, соответственно, действия договора страхования).

Здесь важно определить периодичность проведения медицинского переосвидетельствования застрахованного лица (с возможностью пересмотра тарифной ставки), если договор заключается на несколько лет. Такая процедура может проводиться один раз в три-пять лет – либо с иной периодичностью. Для застрахованных с существенными отклонениями состояния здоровья от нормы и для застрахованных пожилого возраста предпочтительнее заключение договоров с ежегодным переосвидетельствованием и пересмотром тарифной ставки. Если же риск «стандартный», тарифная ставка может быть установлена при заключении договора на весь срок его действия, и её пересмотр будет осуществляться только в связи со значительным изменением степени риска в период страхования.

Следует также определить процедуру проведения медицинских осмотров при заключении долгосрочных договоров с уменьшающимися страховыми суммами, т.к. на определенном этапе сумма обязательств по кредиту может достичь минимального порога, после которого дополнительное переосвидетельствование экономически нецелесообразно.

Немаловажным фактором, влияющим на глубину андеррайтинга, является количество заключаемых договоров в каждом конкретном банке, партнере страховой компании. Если это единичные договоры, то андеррайтинг может быть более глубоким, если же поток составляет сотни и тысячи договоров, при разработке методик андеррайтинга рисков целесообразнее упростить процедуры, при этом заложив «недостаточность» андеррайтинга в страховой тариф.

Требования к прохождению медосмотра

Как уже говорилось выше, требования к прохождению медицинского осмотра потенциальным застрахованным зависят от таких факторов,

как страховая сумма, срок действия договора, возраст застрахованного лица, содержание ответов на анкету заявления на страхование.

Еще один фактор, который может повлиять на объем запрашиваемой информации – наличие соответствующих медицинских центров на территории заключения договора, в которых могут быть проведены медицинские процедуры запрашиваемой страховщиком глубины и полноты. Этот вопрос в большей мере актуален для региональных компаний. В крупных городах подобных проблем не возникает, федеральные страховщики в большинстве своем владеют медицинскими центрами и клиниками и направляют туда своих клиентов.

Если обобщить наиболее часто требующиеся позиции медицинского осмотра, проводимого в рамках заключения договора страхования жизни заемщиков, то они включают следующие пункты:

1. осмотр терапевтом;
2. лабораторные анализы: полный анализ мочи, полный клинический анализ крови;
3. ЭКГ с прекордиальными отведениями в покое и с нагрузкой;
4. рентгенографические исследования;
5. тесты на определение антител к вирусу гепатита, СПИДа.

Другие исследования назначаются по индивидуальным показаниям.

При обсуждении вопроса о медосмотре следует заметить, что в по-

следнее время участились случаи страхового мошенничества, когда застрахованные «покупают» у работников медицинских учреждений справки и заключения об отсутствии заболеваний, которые могут препятствовать получению кредита. Поэтому страховщикам необходимо разработать процедуры проверки медицинских учреждений и их работников, нацеленные на минимизацию сговора заемщиков с медицинскими работниками.

Наиболее значимые темы вопросов в медицинской анкете

При разработке медицинской анкеты в состав вопросов желательно включать только те, которые являются существенными с точки зрения влияния на вероятность наступления страхового события по договору.

Обычно медицинская анкета включает вопросы общего характера: возраст, рост, вес (в том числе, его изменение более чем на 5 кг за последние 3-5 лет), наличие вредных привычек. Вопросы медицинского характера включают информацию об артериальном давлении, перенесенных заболеваниях, периодичности прохождения медицинского обследования и пр. Если попытаться выделить наиболее значимые, то это информация о состоянии сердечно-сосудистой системы, наличии доброкачественных и недоброкачественных новообразований, перенесенных операциях, история семьи.

Если в анкете дается краткий положительный ответ на наличие заболевания, у страховщика должны быть разработаны дополнительные анкеты, содержащие в себе более детальные вопросы о состоянии здоровья застрахованного. По результатам дополнительного анкетирования определяется перечень дополнительных исследований, которые должен пройти потенциальный застрахованный.

Критерии, по которым можно отнести риск к категории стандартных

При андеррайтинге кредитных договоров страхования жизни очень важным является вопрос установления критериев, по которым можно отнести рассматриваемый риск к категории стандартных. Эта процедура позволяет минимизировать расходы страховщика на заключение договоров, что особенно важно при большом объеме портфеля, и, кроме того, облегчает работу с кредитной организацией-партнером.

Обычно стандартным можно считать риск, «не отягощенный» медицинскими показателями (состояние застрахованного лица находится в пределах возраст-

ной нормы). При этом максимальный возраст застрахованного также ограничивается обычно сорокапятьюдесятью годами.

При выполнении данного условия стандартным является риск, если страховая сумма по договору не превышает определенного страховщиком лимита ответственности. Величина такого лимита зависит от финансовых возможностей страховой компании и характеристик портфеля договоров страхования жизни.

Кроме того, для отнесения риска к разряду стандартных, срок действия договора страхования не должен превышать определенного страховщиком максимума. Если по этим характеристикам риск «укладывается» в определение стандартного, процедура заключения договора сводится к техническим действиям.

Условия, при которых можно принимать риски без анкетирования

Поскольку при ипотечном кредитовании суммы ответственности по договорам страхования велики, отказываться от анкетирования при заключении таких договоров крайне нежелательно. Этот пункт можно исключить из процедуры андеррайтинга при заключении договоров потребительского кредитования. Во-первых, потому, что страховые суммы по таким договорам незначительны. Следовательно, на абсолютной величине страховой премии результате медицинского андеррайтиенга скажутся крайне мало. Во-вторых, количество договоров большое. Кредитные организации стараются максимально упростить процедуру выдачи таких кредитов (особенно если говорить о точках кредитования в магазинах и торговых центрах). В этой ситуации при разработке продукта страхования жизни заемщика кредита устанавливается усредненный тариф, который учитывает возможные колебания степени риска в каждом из договоров страхования.

Примеры наиболее часто встречающихся ошибок андеррайтинга и способы их исключения

Если попытаться обобщить встречающиеся ошибки андеррайтинга рисков при заключении договоров страхования жизни заемщиков, то их можно разделить на две группы. Первая вызвана системными недоработками, и если они выявлены, бороться с ними относительно просто.

Вторая группа – это ошибки не систематические. Бороться с ними можно, но это более кропотливая работа, обычно связанная с повы-

шением квалификацией андеррайтера и методолога компании.
К системным ошибкам можно отнести недостаточную проработанность заявлений на страхование. Зачастую в документации могут отсутствовать вопросы, ответы на которые являются определяющими при оценке рисков. Влияние каких-либо факторов на возможность наступления страховых событий может оцениваться неверно.
К этой же группе можно отнести нечетко проработанные условия страхования. Нередко в правилах и условиях страхования отсутствует однозначное определение рисков, исключений из покрытия, порядка определения размера страхового обеспечения. Все это в конечном итоге приводит к тому, что стоимость страхования и вопрос о принятии риска на страхование могут определяться неверно, и портфель окажется убыточным.
Основной способ борьбы с такими ошибками андеррайтинга – более тщательная методологическая проработка условий страхования, повышение квалификации андеррайтеров и методологов компании. Более «плотная» работа с подразделениями компании, занимающимися медицинским страхованием, получение статистических данных из внешних источников тоже немаловажны и способствуют минимизации негативного влияния указанных выше ошибок.
Еще одной немаловажной позицией, которую не всегда вовремя отслеживают страховщики при принятии на страхование договоров страхования жизни, но которая может значительно повлиять на результаты портфеля договоров, является кумуляция риска.

Нередки случаи, когда застрахованным лицом заключается несколько договоров страхования жизни по

нескольким полученным кредитам, однако страховая компания вовремя не отслеживает этот факт и в результаты объем обязательств по риску может превысить её финансовые возможности. Исключить вероятность наступления такого события можно путем внедрения оперативно обновляемой системы учета договоров в компании.

Проведение андеррайтинга – выбор страховщика

В заключении хотелось бы отметить, что проведение андеррайтинга (в том числе, медицинского) договоров страхования жизни заемщиков кредитов, гораздо многообразнее тех положений, которые прописаны в инструкциях и методиках страховой компании.
Специфика андеррайтинга договоров страхования жизни заемщиков состоит в том, что в большинстве случаев программа страхования жестко определена кредитной организацией – партнером страховщика. И в распоряжении андеррайтеров страховой компании остается лишь небольшой спектр механизмов, позволяющих заключить договор на условиях, которые позволят сформировать сбалансированный портфель договоров. В этих условиях медицинский андеррайтинг (если не говорить о программах страхования, которые разрабатываются с условием его отсутствия) – один из базовых инструментов, формирующих предложение по условиям договора страхования.
В конечном итоге выбор того, проводить медицинский андеррайтинг договоров или нет, насколько глубоко его осуществлять – выбор страховой компании, определяемый ее стратегией. Однако компании, работающие в сегменте страхования жизни (в том числе, и страхования жизни заемщиков) и ориентирующиеся на долгосрочную перспективу развития, уделяют рассмотренному нами вопросу большое внимание.

Людмила Цветкова

ведущий эксперт Международной гильдии финансистов, партнер ГК «Деловой формат», к.эн.

Оценка инвестиционной привлекательности страхового бизнеса методом межфирменных сравнений

Оценка стоимости страховой компании производится на российском рынке исключительно при решении задачи привлечения инвестора или ее продажи. Чаще всего оценивается количество лицензий, уровень капитализации и сумма собранных премий. Иногда – известность компании на рынке, ее бренд. Редко – качество страхового портфеля. Однако для оценки конкурентоспособности компании нужны другие методы.

Модели конкурентоспособности

С учетом основных учитываемых в настоящее время характеристик небольшая компания однозначно будет дешевле крупной. Тем не менее, потенциал конкурентоспособности у небольшой компании может быть достаточно велик, что увеличит ее цену сверх стоимости чи-

стых активов. Если же говорить об интегральной стоимости компании, то даже у небольшой компании она может быть выше, чем у компаний с аналогичными показателями за счет наличия потенциала конкурентоспособности, который оценивается

- положительной или даже ускоренной динамикой изменения финансовых показателей,
- корреляцией между ними и иными численными показателями,
- перспективами повышения доли рынка,
- динамикой снижения убыточности операций за счет совершенствования уровня андеррайтинга и т.д.

Разница в стоимости компаний может рассматриваться как оценка потенциала конкурентоспособности, означающего привлекательность бизнеса для инвестора и растущую востребованность услуг страховщика для страхователей.

Конкурентоспособность страховой компании и конкурентоспособность страховой услуги взаимосвязаны, при этом обе категории имеют смысл только в сравнении с достижениями конкурентов, провести которое довольно сложно из-за проблем с получением необходимых данных.

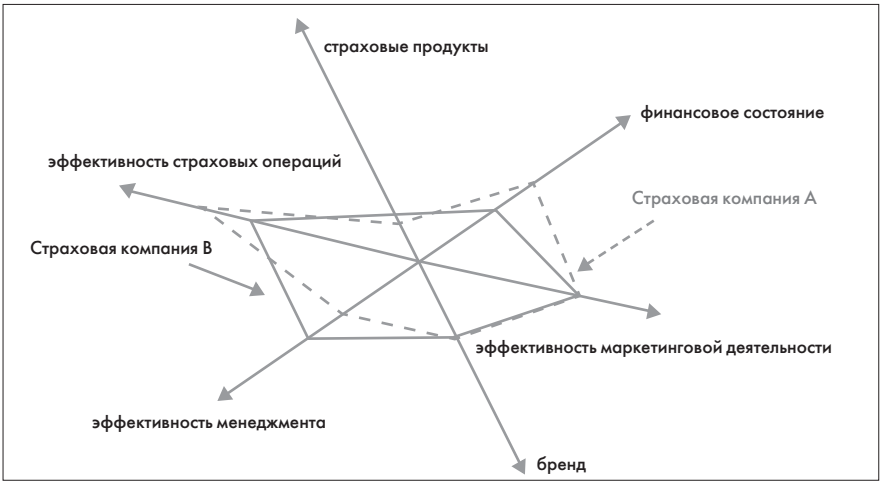
Безусловно, весьма эффективным методом получения этих данных признаны методы бенчмаркинга. Тем не менее, самым распространенным в российской практике методом получения таких данных является «метод отражения». Он заключается в выявлении информации об интересующей страховой организации у ее клиентов, а также у страховых агентов, сотрудничающих как с фирмой-исследователем, так и с ее конкурентами.

Естественно, что исследование конкурентов должно быть направлено на те сферы деятельности страховой организации, которые являются предметом анализа ее собственного конкурентного положения и потенциала. Моделирование конкурентоспособности методом *«многоугольников конкурентоспособности»*[1] является удобным инструментом, как для межфирменного анализа, так и для формулировки стратегической цели развития компании при определении ее рыночной стратегии. Этот метод предполагает графическое отображение оценок положения страховой организации и ее конкурентов или образца по их наиболее значимым конкурентным преимуществам, изображенным в виде векторов-осей (рис. 1).

---

[1] Мошнов В.А. Комплексная оценка конкурентоспособности предприятия// Корпоративный менеджмент, № 5, 2003

Рис. 1. «Многоугольники конкурентоспособности» страховых компаний



«Многоугольники конкурентоспособности», построенные для ближайших конкурентов или же определенные стратегическими задачами, позволяют наглядно отразить как современное положение компании на рынке, так и уровень достижения ее целевых характеристик развития. Эта модель демонстрирует соотношение внутренних конкурентных преимуществ страховых организаций, участвующих в межфирменных сравнениях, а также позволяет количественно сравнить суммарный эффект конкурентных преимуществ компаний, между которыми происходит сравнение. Следует учитывать, что специфика страховой услуги такова, что ее конкурентоспособность *рекурсивно связана* с конкурентоспособностью страховой компании. Признаки компании, которые часто являются следствием конкурентоспособности продукции компании: бренд, финансовая устойчивость, уровень капитализации – для страховщика *определяют параметры, обеспечивающие конкурентоспособность самой страховой услуги,* предоставляемой компанией.[2]

---

[2] Юлдашев Р.Т. Рынок страховых услуг / Р.Т. Юлдашев, С.С. Сулакшин, Б.Б. Рубцов // Финансовые рынки и экономическая политика России / Центр проблемного анализа и государственно-управленческого проектирования при Отделении общественных наук РАН. – М. : Научный эксперт, 2007 [2008]. – С.60-77.

Традиционный подход к определению конкурентоспособности организации выражается следующим образом:

конкурентоспособность компании = конкурентоспособность продукции + конкурентный потенциал продукции

Однако для страхового бизнеса это выражение должно выглядеть иным образом:

конкурентоспособность страховой услуги = конкурентоспособность страховой компании + конкурентный потенциал компании.

Обязательственный характер финансового выражения страховой защиты, ее социальная направленность и асимметричность информации у страховщика и страхователя об особенностях страховой услуги делают практически все участки страхового процесса и все подразделения страховой компании непременными составляющими ее конкурентоспособности. Предлагаемый метод применим для оценки конкурентоспособности страховой услуги, отдельных бизнес-процессов, осуществляемых страховой компанией, и общей конкурентоспособности компании на рынке. Кроме того, с помощью предложенного метода может быть оценен уровень ее инвестиционной привлекательности постольку, поскольку обеспечивает стоимость компании не только в настоящий момент, но и в перспективе.

Рассмотрим подробнее алгоритм применения этого метода.

Применение метода «многоугольника конкурентоспособности»

Определяется реальная компания с идеальными для инвестора показателями или задается ее виртуальный аналог. На базе генерируемых такой компанией- образцом денежных потоков определяется ее стоимость, затем рассчитывается актуальная цена объекта инвестиций и анализируются его возможности по достижению стоимости образца во временной перспективе (потен-

циальная конкурентоспособность). В зависимости от результатов анализа назначается актуальная цена для инвестируемой компании или объем необходимых инвестиций с оценкой их прибыльности.

Межфирменные сравнения должны проводиться между компаниями, *использующими однородные конкурентные стратегии на однородном сегменте рынка.* В противном случае рассчитанные показатели не будут нести необходимой смысловой нагрузки, поскольку для разных стратегий и сегментов важны разные конкурентные преимущества. Например, если страховая компания работает в соответствии с основной целью снижения рисков, то основным источником прибыли, а значит, главным конкурентным преимуществом здесь будет эффективная инвестиционная стратегия и минимизация издержек на персонал. Если же основной целью является выход на новые сегменты рынка, то основным конкурентным преимуществом будет инновационный фактор, проявляющийся в эффективном менеджменте, квалифицированном персонале и готовности инвесторов к финансированию инноваций.

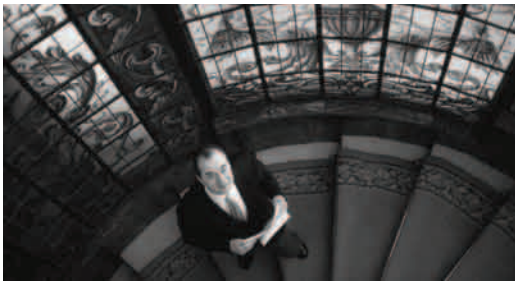
Метод межфирменных сравнений путем построения *«многоугольника конкурентоспособности»* рассматривает, как правило, только *внутренние конкурентные* преимущества страховых компаний, поскольку однородность внешних условий предполагается заранее заданной, учитывая необходимость участия в сравнении аналогичных организаций.

Условия отбора кандидатов для сравнения

Для отбора сравниваемых организаций должны быть заданы критерии, которые, во-первых, предполагают соблюдение ими всех требований законодательства («жесткие» условия отбора), а во-вторых, обеспечивают компаниям возможность конкуренции на одном сегменте рынка («мягкие» условия отбора).

Внутренние конкурентные преимущества, определяющие рыночные позиции страховой организации, поскольку все они в той или иной степени присутствуют в страховом процессе предлагается сгруппировать по шести наиболее значимым аспектам:

1. страховые продукты;
2. финансовое состояние;
3. эффективность страховых операций;
4. эффективность маркетинговой деятельности;
5. бренд;
6. эффективность менеджмента.



Рассмотрим подробнее условия отбора кандидатов для сравнения.

1.Конкурентоспособность страховых продуктов

Оценка конкурентоспособности страховых продуктов производится путем сопоставления параметров анализируемых продуктов с параметрами базы сравнения. Привлекательность страхового продукта для страхователя включает все его свойства, которые проявляются в процессе предоставления страховой услуги от момента покупки до момента страховой выплаты. В таблице 1 представлены основные свойства страховых услуг, которые страхователь оценивает как при приобретении страхового продукта так и в перспективе потребления страховой услуги. Количественное определение параметров предпочтения страхователей может быть осуществлено путем обобщения опросов респондентов или экспертов с установлением балльной оценки.

Далее сопоставляются единичные параметры качества k-го анализируемого продукта с базой сравнения путем построения для каждого из i-го параметра соответствующего параметрического индекса ($J_{кк_{ki}}$):

$$J_{кк_{ki}} = \frac{G_{ki}}{G^{o}_{ki}}$$

где i = l,....n; G_{ki} – значение i го потребительского параметра k-го оцениваемого страхового продукта; G^{o}_{ki} – значение i го потребительского параметра k-го оцениваемого страхового продукта- образца. Суммируя полученные параметры, получим итоговую оценку рейтинга страховых продуктов.

2. Финансовое состояние

Обобщенный показатель уровня финансовой устойчивости страховой организации позволяет произвести сравнительную оценку компаний с различным уровнем капитала, оценивая соответствие страхового портфеля уровню капитализации. Таким показателем может быть обобщенный коэффициент:

$$К_{фу} = \frac{ЧА}{ОА}$$

где ОА – общая величина активов страховой организации;
ЧА – чистые активы.

Таблица 1. Основные свойства страхового продукта, обеспечивающие предпочтения страхователей

	Свойства, обеспечивающие привлекательность страхования на этапах, предшествующих страховому событии	Свойства, привлекающие страхователя на этапе после страхового события
1	Доступность точки продажи	Доступность контакта со страховщиком
2	Высокая сегментированность страховой услуги (соответствие предлагаемых услуг страховой потребности целевого сегмента)	Однозначность понимания формулировки страхового события и исключений в страховом продукте
3	Простота и ясность страхового продукта	Помощь в сборе информации для урегулирования убытка
4	Простота адаптации страхового продукта под индивидуальные потребности	Предоставление выбора способа страховой выплаты на этап урегулирования убытка
5	Высокая сегментированность стратегии андеррайтинга (наличие системы андеррайтинга особенностям целевого сегмента)	Дополнительный сервис при наступлении убытка: сохранение поврежденного имущества, приведение его в порядок и пр.
6	Узнаваемость страховой услуги	Доступность информации об этапе урегулирования претензии
7	Простота приобретения страховой услуги	Скорость составления страхового акта
8	Использование в процессе продажи методик и приемов установления со страхователем атмосферы внимания и доверия	Скорость осуществления страховой выплаты
9	Простота связи с лицом, ответственным за ведение и исполнение договора	Выделение менеджера или наделение агента полномочиями урегулирования претензий от лица страхователя
10	Доступность услуг, предоставляемых только страхователям (связанные услуги)	
11	Оформление страхового полиса:удобство для чтения, удобство для хранения, удобство при предъявлении в связи с урегулированием претензий	

Источник: исследования автора

3. Эффективность маркетинговой деятельности

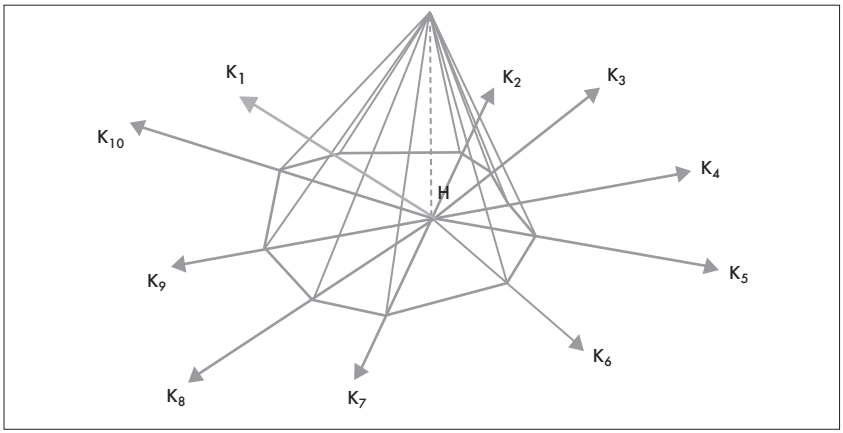
Анализируя различные определения и формулировки, мы считаем, что наиболее точно определение эффективности маркетинговой деятельности можно сформулировать как уровень эффекта от использования инструментов маркетинга в общей совокупности результатов всех средств и возможностей страховой компании.
В стоимостной форме эта характеристика может быть оценена отношением коммерческих результатов от маркетинговой деятельности к затратам на маркетинговую деятельность. Однако вывести эту зависимость достаточно проблематично, поскольку неоднозначна связь коммерческих результатов с эффектом от использования конкретного инструмента маркетинга.

Общий эффект от использования маркетинговых инструментов носит не суммарный, а мультипликативный характер, поскольку применение аппарата маркетинга призвано не дополнять, а преумножать эффективность деятельности страховщика, и каждый инструмент должен преумножать эффект от применения остальных. В этой связи справедливым представляется его вычисление по принципу объема пирамиды, у которой:

- в основании расположен многоугольник, количество лучей которого равно числу применяемых маркетинговых инструментов ($К_1 ... К_{10}$), а длина каждого луча соответствует коэффициенту эффективности этого инструмента в создании конечного результата; тогда площадь этого многоугольника может служить коэффициентом эффективности использования всего комплекса маркетинга;
- отношение суммы поступившей премии ($С_{пр}$) за вычетом затрат на маркетинг ($З_м$) к общим расходам на ведение бизнеса (РВД), будет высотой пирамиды

$$Н = \frac{С_{пр} - З_м}{РВД};$$

Рис. 2. Модель количественной оценки эффективности маркетинговой деятельности



тогда объем пирамиды может быть оценкой эффектиности маркетинговой деятельности (см. рис 2).

Таким образом, используя знания стереометрии для вычисления объема пирамиды, составим конечную формулу для определения эффективности маркетинговой деятельности страховой компании:

$$К_{эм} = \frac{1}{3} * Э_{ми} * \frac{С_{пр} - З_{м}}{РВД}$$

где $К_{эм}$ – коэффициент эффективности маркетинговой деятельности;

$Э_{ми}$ – коэффициент эффективности применяемых маркетинговых инструментов.

Данные по валовому поступлению страховых премий и валовым расходам представляет собой информацию, содержащуюся в бухгалтерской и финансовой отчетности предприятия, поэтому получение такой информации не вызывает особых затруднений. Некоторые сложности возникают при сборе других данных, поскольку затраты на маркетинг сложнее рассчитать, т.к. в бухгалтерском учете отсутствует информация о типографских расходах, затратах на рекламу и т.п.

В свою очередь, коэффициент эффективности маркетинговых инструментов ($Э_{ми}$) предлагается рассчитывать с использованием известной геометрической формулы вычисления площади многоугольника следующим образом:

$$Э_{ми} = \frac{1}{2} sina * (К_1 * К_2 + К_2 * К_3 + ... + К_{10} * К_1)$$

где, $К_1$ – коэффициент эффективности маркетинговых исследований;

$К_2$ – коэффициент эффективности маркетинговой информационной системы;
$К_3$ – коэффициент эффективности выбора целевого рынка;
$К_4$ – коэффициент эффективности выбора продуктовой линейки;
$К_5$ – коэффициент эффективности тарифной политики;
$К_6$ – коэффициент эффективности сбытовой политики;
$К_7$ – коэффициент эффективности персональных (личных) продаж;
$К_8$ –коэффициент эффективности рекламной деятельности;
$К_9$ – коэффициент стимулирования сбыта страховых продуктов (например, купонных продаж);
$К_{10}$ – коэффициент эффективности формирования общественного мнения.

Поскольку в нашем многоугольнике 10 лучей, то угол «а» равен 36 град., а sina соответственно равен 0,59.

Тогда:

$$Э_{ми} = 0{,}295 * (К_1 * К_2 + К_2 * К_3 + ... + К_{10} * К_1)$$

При этом окончательное выражение для расчета оценки эффективности маркетинговой деятельности ($К_{эм}$) будет иметь вид:

$$К_{эм} = 0{,}0983 * (К_1 * К_2 + К_2 * К_3 + ... + К_{10} * К_1) * \frac{С_{пр} - З_м}{РВД}$$

4. Эффективность ведения страховых операций

Экономическая эффективность бизнеса, определяемая ее рентабельностью, характеризуется соотношение дохода и затрат за определенный период времени, который отождествляется с коммерческой эффективностью деятельности[3].

Для страховых компаний эффективность страховых операций может быть оценена показателем комбинированного коэффициента убыточности, рассчитываемого как отношение суммы выплат-нетто ($S_ы$), изменения резерва убытков-нетто (РУ), расходов по ведению страховых операций и управленческих расходов (РВД) к разнице взносов-нетто($S_в$) и изменения резерва незаработанной премии-нетто (РНП).

$$ККУ = \frac{S_ы + РУ + РВД}{S_в - РНП}$$

Рост комбинированного коэффициента убыточности за счет увеличения расходов на ведение дела означает снижение рентабельности страховых операций. Рост коэффициента за счет снижения поступлений взносов означает снижение продаж. Рост коэффициента

3 Борисов А.Б. Большой экономический словарь. – М.: Книжный мир, 2002

за счет роста выплат означает неэффективность андеррайтинга. Таким образом, анализ данного коэффициента позволяет выявить причины снижения эффективности страховой деятельности. Поскольку рост этого коэффициента означает снижение конкурентоспособности, коэффициент эффективности страховых ($К_э$) операций следует рассчитывать как:

$К_э = 1 – ККУ$

5. Бренд компании

По мнению С.Н. Зубца[4], Т.А.Кутьенковой[5] и ряда других авторов, ориентация на проникновение в новые сегменты рынков побуждает фирмы к стремлению в максимально возможной мере отвечать потребительским предпочтениям. Кроме того, в центре их внимания находится работа над упрощением процесса понимания потребителем свойств и параметров предлагаемых услуг. Посредством рекламной активности фирм бренд как один из инструментов маркетинга способствует распространению сведений о качестве страховых услуг, сокращая дистанцию между страховщиком и страхователем.

В общем виде брендовая (имиджевая) составляющая конкурентоспособностистраховщика ($К_{им}$) может быть рассчитана следующим образом:

$$К_{им} = \frac{О_{пз}}{О_{об}}$$

где $О_{пз}$ – объем повторных заявлений в стоимостном выражении уплачиваемых страховых премий; $О_{об}$ – общий объем поступающих страховых премий.

6. Эффективность менеджмента

По общему мнению таких теоретиков и практиков страхового дела, как Журавлев П.В.[6], Юлдашев Р.Т.[7], Гвозденко А.А.[8], Шахов В.В.[9], Николенко Н.П[10]. и Лайков А.Ю.[11], целью менеджмента страховщика, определяющего его конкурентное положение на рынке, является наиболее полное удовлетворение по-

---

4 Зубец А.Н. Страховой маркетинг в России. Практ. пособие - М.: Центр экономики и маркетинга, 1999; Зубец А.Н. Маркетинговые исследования страхового рынка. М.: Центр экономики и маркетинга, 2001;

5 Т.А.Кутьенкова. Маркетинговый подход к формированию конкурентоспособных страховых продуктов.// Организация продаж страховых продуктов. №3, 2007; Кутьенкова Т.А. Дифференциация продуктов в маркетинговой деятельности страховых компаний // Организация продаж страховых продуктов. № 3, 2008.

стоянно учитываемых потребностей страхователей через рыночный механизм спроса, предложения и прибыли.

В зависимости от цели исследования роль такого общего показателя, оценивающего эффективность управления может играть:

а). рентабельность капитала (ROE)

$К_{эу} = ROE$; где $К_{эу}$ - коэффициент эффективности управления

$$ROE = \frac{ПР_{дн}}{(УК_{нач} + УК_{кон}) * 0,5}$$

где $ПР_{дн}$ – прибыль до налогообложения;

$УК_{нач}$– величина собственного капитала компании на начало года;

$УК_{кон}$ – величина собственного капитала компании на конец года

(этот коэффициент следует использовать собственникам компании для принятия решений об эффективности вложений):

б). рентабельность инвестированного капитала (ROI)

$К_{эу} = ROI$

$$ROI = \frac{И_{дох}}{(ОИ_{нач} + ОИ_{кон}) * 0,5}$$

где $ПР_{дн}$ – прибыль до налогообложения;

$ОИ_{нач}$ – объем инвестиций компании на начало года;

$ОИ_{кон}$ – объем инвестиций капитала компании на конец года.

Этот коэффициент следует использовать, если проводится сравнение конкурентоспособности страховых компаний с точки зрения их инвестиционных политик.

Однако обобщенным показателем эффективности управления может быть показатель рентабельности активов

$К_{эу} = ROA$

$$ROA = \frac{ПД_{дн}}{(ОА_{нач} + ОА_{кон}) * 0,5}$$

где $ПР_{дн}$ – прибыль до налогообложения;

---

6 Журавлев П.В., Владимиров В.В., Банников С.А. Основы страхового менеджмента: методическое пособие по изучению дисциплины «Страховой менеджмент».- М.:Экономика, 2007.

7 Юлдашев Р.Т. Организационно-экономические основы страхового бизнеса. — М.: Анкил, 2002.

8 Гвозденко А.А Основы страхования.- М.:Финансы и статистика, 2006.

9 Шахов В.В. Страхование.- М.: ЮНИТИ, 2003

10 Николенко Н.П. Практика системного менеджмента. //. Страхование сегодня. 1сентября 2007 // http://www.insur-info.ru

11 А.Ю. Лайков, О целесообразности в управлении страховым бизнесом. // Управление в страховой компании. №1, 2007.

$ОА_{нач}$ – совокупные активы компании на начало анализируемого года;

$ОА_{кон}$ – совокупные активы компании на конец года.

Для обеспечения количественной сопоставимости показателей следует использовать корректирующие коэффициенты расчетных значений.

С учетом специфики страховой деятельности предлагается для эффективности маркетинговой деятельности использовать корректирующий коэффициент 0,05; для оценки эффективности страховой деятельности – 0,1; для финансового состояния страховой компании – 10. Такие веса мы придаем коэффициентам исходя из своей экспертной оценки.

Совокупность приведенных параметров может быть дополнена за счет детализации вышеперечисленных компонентов – либо укрупнена в случае объединения отдельных характеристик в агрегированные показатели. Такие решения обусловлены субъективными особенностями объектов конкурентного анализа либо возможностями информационного обеспечения процедуры оценивания.

Поскольку оценку конкурентоспособности каждой из сравниваемых страховых компаний можно интерпретировать через площадь геометрических фигур – многоугольников их внутренней конкурентоспособности ($ВН_{кс}$), то при проведении межфирменных сравнений по шести конкурентным преимуществам для каждой из страховых компаний получим:

$$ВК_{кс} = \frac{1}{2} sin a * (К_{кп} * К_{фу} + К_{фу} * К_{эм} + К_{эм} * К_{э} + К_{э} * К_{им} + К_{им} * К_{эу} + К_{эу} * К_{кп})$$

где $ВН_{кс}$ – площадь многоугольника конкурентоспособности компании;

$К_{кп}$; $К_{фу}$; $К_{эм}$; $К_{э}$; $К_{им}$; $К_{эу}$; $К_{кн}$ – оценопараметры конкурентных преимуществ, включенных в модель;

sina – угол между векторами в многоугольнике (основании), т.к. векторов в модели шесть, то угол будет равен 60°.

Поскольку $\sin 60^{o} = 0.8660$, выражение приобретает вид:

$$ВК_{кс} = 0,433 * (К_{кп} * К_{фу} + К_{фу} * К_{эм} + К_{эм} * К_{э} + К_{э} * К_{им} + К_{им} * К_{эу} + К_{эу} * К_{кп})$$

Значение метода

Предлагаемый методологический подход дает возможность анализировать влияние отдельных факторов, обеспечивающих конкурентное положение страховой компании на рынке, а также оценивать возможные последствия их изменения в будущем и влияние этих изменений на положение компании на рынке относительно ближайших конкурентов или лидеров рынка.

Борис Шаронов,

директор департамента рисков Национального страхового и кредитного агентства (НСКА)

Был ли шанс у обманутых дольщиков?

Число обманутых дольщиков, по данным Минрегионразвития, превышает 86 тысяч человек (10,5% объектов), по сведениям, озвученным общественным движением «Однодольщики», – около 150 тысяч. Могло ли страхование финансовых рисков инвесторов в долевом строительстве решить эту проблему?

Почему не страхуют финансовые риски инвесторов?

Реальная возможность защитить дольщиков существует довольно давно – но в очень мизерных масштабах. Еще в 1998 году был разработан страховой продукт по страхованию финансовых рисков при инвестициях в строительстве. В некоторых вариациях его предлагали такие компании, как РОСНО, «Стандарт–Резерв», «Спасские ворота», «Югория», «Зенит», «Русская страховая компания».

Почти одновременно с началом страхования финансовых рисков при инвестициях в строительстве появился схемный продукт – часть стоимости квартиры оплачивалось как страховая премия по страхованию невыполнения договорных обязательств, причем в некоторых случаях страховая премия доходила до трети стоимости квартиры. Практически все застройщики активно использовали «схему», что привело к полной дискредитации идеи реального страхования риска не получения прав собственности на жилье. Вторая причина слабого распространения страхования дольщиков строительства заключается в том, что страховщики не видят для себя большого объема бизнеса в этом виде страхования. В то же время при

его использовании страховые компании рискуют столкнуться с пристальным вниманием проверяющих и огульном обвинением в «схемотехнике», потому что теперь словосочетание «страхование финансовых рисков при долевом строительстве» иначе и не воспринимается. Сами дольщики о возможности застраховаться не знают, а если риэлторы предлагают им такой договор,то обычно наталкиваются на непонимание. И это понятно: застройщик, предлагающий страховку, вызывает у покупателя опасения в своей благонадежности. Иначе зачем предлагать страховаться?

Еще один аргумент дольщиков против страхования рисков участия в долевом строительстве заключается в том, что страхование увеличивает стоимость квадратного метра жилья.

Получается порочный круг: страховка от не получения прав собственности нужна только на незаконченных и не сданных новостройках. В том случае, когда речь идет о сданном жилье, рассматриваются риски потери прав собственности. Права уже оформлены.

Если же речь идет об инвестирование в проект на начальном этапе строительства, то требуется страхование риска не получения прав собственности. В этом и состоит принципиальное отличие.

Риски долевого участия в строительстве

Страхование финансовых рисков в долевом строительстве обычно касается двух рисков: срыва сроков строительства и банкротства застройщика. И тот и другой риск рассматривается по любой причине, не зависящей от страхователя. В отличие от «схемотехники», где в качестве причин страховых случаев

рассматриваются ситуации вроде падения летательного аппарата или попадания молнии в объект, нормальная страховка покрывает все риски, в том числе, и двойные продажи. Страхователем по такому договору может выступать как физическое лицо (дольщик), так и юридическое лицо (инвестор). Но всегда это именно то лицо, которое несет риск. Страхование в пользу выгодоприобретателя не отвечает требованиям законодательства.
Есть еще одна особенность страхования финансовых рисков долевого строительства, о которой хочется сказать. При ипотечном кредите обязательно страхуется риск потери права собственности на жилье, купленное на средства ипотечного кредита и являющееся залогом. При кредите на стоящееся жилье отсутствует требование застраховать риски неполучения прав собственности. Таким образом, возникает не контролируемый риск потери кредитных средств и не получения жилья. Если он реализуется, заемщик попадает поистине в ужасную ситуацию. Он не получает жилья, на которое рассчитывал, и должен вернуть банку крупную сумму денег. В дополнение к этому заемщику приходится тратить дополнительные средства на съем жилья, а учитывая сроки и суммы подобных кредитов, он не сможет повторить попытку

приобрести новое жилье в течение многих лет или даже никогда.
Банки некоторым образом оценивают риски и выдают кредиты на более-менее изученные проекты. Однако отсутствие законодательного требования страховать риски не получения прав собственности отнюдь не способствует развитию этого вида страхования.
Отдельно отмечу, что особенно высоки риски при покупке жилья за собственные деньги. Если такие покупатели сосредоточены на жесткой экономии, они склонны обманываться. Цена жилья вдвое, а то и втрое ниже среднерыночной их не настораживает – они свято верят договорам, которые подписали при покупке жилья. Между тем, очень часто документы на покупку в строящихся объектах оформляются с большими нарушениями. Например, застройщик далеко не всегда имеет необходимую разрешительную документацию. Известны примеры, когда люди отдавали деньги за квартиры, практически не оформляя никаких документов. В такой ситуации при банкротстве застройщика, доказать, что человек внес деньги за недвижимость , практически невозможно.
От рентабельности проекта зависит успех застройщика. Любой проект финансово замкнутый, и если застройщика банкротят, то у него просто нет денег на его завершение. В таком случае не приходится говорить о санкциях и процентах за несвоевременную сдачу объекта. На них просто нет денег. Люди очень часто этого не понимают. Существует иллюзия, что если застройщик не сдаст вовремя объект, то с него можно получить неустойку. Если требовать эти проценты, то у застройщика вообще никогда не хватит средств закончить строительство.

Страховать риски – или искать другой объект?

Страхование финансовых рисков не получения прав собственности обойдется потребителю в среднем от полутора до четырех процентов (но бывает и выше) от суммы инвестиций – в зависимости от этапа строительства, степени готовности и других параметров объекта. Такой продукт не может быть коробочным, поскольку всегда требуется предстраховая экспертиза объекта высококвалифицированными андеррайтерами.
Отмечу, что застройщик в процессе экспертизы рассматривается всего лишь как один из факторов, влияющих на степень риска. По этому параметру при проведении предстраховой экспертизы оценивается наличие материально-технической базы, наличие девелопера в проекте, участие в проекте банка и стра-

ховой компании и т.д. Проверяются риски, связанные с генеральным подрядчиком, источники финансирования, исследуется наличие «финансовой подушки», которая в случае сбоя продаж поможет поддержать строительство. Перечисленные риски четко коррелируют с тарифом страхования.

Бывают случаи, когда по одному и тому же застройщику одни объекты страхуются по минимальной ставке, а страхование других вообще не рекомендуется. Оценка проводится по 60 параметрам. Это степень готовности объекта, соответствие графику строительства, состояние исходной разрешительной документации, финансовое состояние застройщика и т.п. Вообще, всю совокупность параметров можно разделить на четыре блока: это оценка информации по объекту, по застройщику и подрядчику, по юридической чистоте сделки и четвертый блок – косвенные факторы.

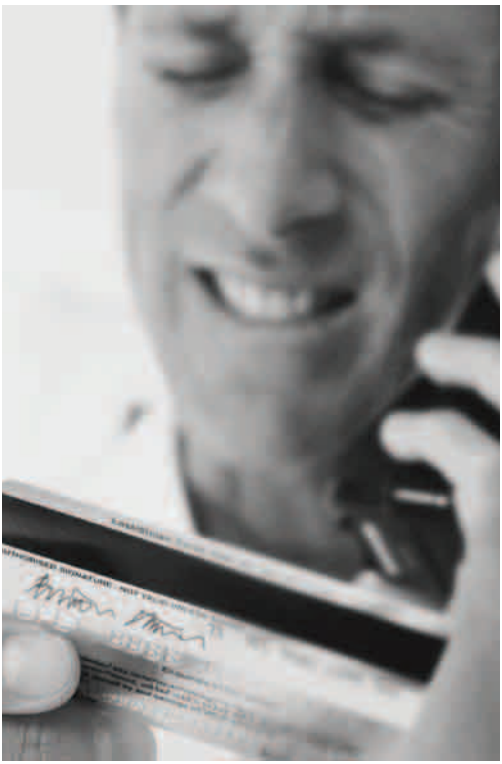
Сейчас уже невозможно остановить схему с привлечением средств физических лиц – это обвалит рынок. Между тем, одна из сторон сделки – дольщик из категории физических лиц – зачастую не обладает навыками, квалификацией и опытом, необходимыми для ее совершения. Для принятия ответственного решения дольщику необходима консультация и сопровождение независимого партнера, который мог бы нести финансовую ответственность за результат его инвестиционной сделки, либо предоставлял возможность адекватно оценивать свои риски и принимать ответственное решение. Сейчас в России 150 тысяч человек дольщиков, и наша задача популяризируя, развивая страхование финансовых рисков не допустить возникновение новых пострадавших.

Продуктосмешение

Чтобы сохранить свои лидерские позиции, ВСК вслед за «Росгосстрахом» включилась в продажу таких традиционно банковских продуктов, как ипотека и потребкарты.

Не первый

В середине сентября банк «ДельтаКредит», входящий в группу Societe Generale, на совместном мероприятии с ВСК заявил, что планирует до конца 2011 года в рамках партнерства продать через офисы страховщика ипотечных продуктов на 300 миллионов рублей. Планы на будущее, как сообщил *председатель правления банка Сергей Озеров,* более смелые: в 2012 году – на 6 миллиардов рублей, а в 2013 году – на 10 миллиардов рублей. Вполне вероятно, что даже мировой финансовый кризис не помешает партнерам в реализации своих планов. Дело в том, что в настоящий момент ВСК объединяет более 840 филиалов, отделений и дополнительных офисов, расположенных во всех субъектах РФ, в то время как у «ДельтаКредита» сеть банков-партнеров насчитывает 40 кредитных организаций. Таким образом, зависимость банка от сети страховщика может быть вполне ощутимой. Как пояснил г-н Озеров, ВСК будет продавать ипотечные продукты через всю свою сеть. По словам *генерального директора ВСК Олега Овсяницкого,* дочерняя структура ВСК – «ВСК Ипотека» будет выдавать займы через риэлторов. В дальнейшем эти займы будут рефинансироваться в «ДельтаКредите». «Мы хотим расширить круг потенциальных клиентов и сделать ипотеку более доступной, – сказал г-н Овсяницкий. – Данный продукт лидерский. Мы сейчас в числе ведущих игроков в своих сегментах, и реализация проекта поможет сохранению первых позиций». Отвечая на вопрос о вознаграждении, за счет которого будут мотивироваться риэлторы, реализующие займы «ВСК-Ипотеки», спикер сказал: «Вопрос мотивации в данном случае не является основным. Мы хотим, чтобы граждане поняли, что можно приобрести, напри-



мер, двухкомнатную квартиру вместо однокомнатной, воспользовавшись займом и используя первоначальный взнос уже не в 10-20%, а 50-60%. Это значительно расширит спрос на ипотеку и поможет снизить финансовую нагрузку, которая возникает при ипотеке, предоставляемой на срок до 30 лет».

Надо отметить, что первым по пути актуализации страховых каналов под продажу кредитных продуктов пошел «Росгосстрах», привлекши для этого «Русь-банк». До конца года банк намерен по всей своей сети присутствия распространить действие программы «Росгосстрах Кредит». На сегодняшний день программа запущена в семи регионах: республике Башкортостан, Алтайском крае (Барнауле), Курганской области и Ставропольском крае, Ростове-на-Дону, Воронеже и Пскове.

Цель программы схожа с той, что реализует ВСК: агенты «Росгосстраха», вне площадки банка, предлагают клиентам кредитные карты, для оформления которых требуется только паспорт. По условиям банка, обслуживание кредитной карты осуществляется бесплатно. Кроме того, держатели карт «Росгосстрах Кредит» могут получать по своему желанию бесплатные SMS-уведомления о движении средств по карте в режиме онлайн. Максимальный кредитный лимит — 60 тыс. рублей. Процентная ставка составляет 36% годовых на сумму задолженности. Надо отметить, что по сути, это тот же директ-канал, к которому так стремятся, например, банки «Тинкофф Кредитные системы» и «Связной» – правда, тем приходится тратиться только на сайт, рекламу и курьеров для доставки карт желающим. Для клиентов банка предусмотрены дополнительные возможности оплачивать мобильную связь, интернет, коммунальные и другие услуги через банкоматы «Русь -Банк» и получать скидки

и специальные предложения при оплате картой товаров и услуг.

...и не последний

Между тем, союз «ДельтаКредита» и ВСК, похоже, не последний. По словам г-на Овсяницкого, в подобном продвижении ипотечных продуктов заинтересованы и другие банки. Дело в том, что несмотря на неожиданно высокие, опережающие, темпы послекризисного восстановления рынка ипотеки (увеличение объемов выдачи в 2,5 раза за 2010 год), спрос на ипотечные кредиты в России еще далек от их реального, а тем более – потенциального предложения. С использованием кредитных средств в России приобретается всего лишь 15% жилья, в то время как кредитные продажи автомобилей составляют 40% .

Среди целого ряда причин сложившейся ситуации далеко не последнее место занимает неразвитость в России наиболее естественного канала продаж ипотечных кредитов – риэлтерского. Даже до кризиса доля небанковских продаж на рынке ипотеки составляла, по экспертным оценкам, лишь 25%. В настоящее время она еще и сократилась – как минимум, вдвое. Банки продают ипотеку сами, однако услуга предоставления жилищного кредита, по определению, является вторичной

по отношению к продаже основного товара – жилья. Не случайно другие «товарные» кредиты населению продаются у нас, как правило, вместе с товаром: автокредиты – в автосалонах, кредиты на бытовую технику – в соответствующих магазинах.

Нельзя сказать, что ипотечные банки недооценивают значимость партнерского канала продаж и не стремятся его развивать. Привлечение клиентов «с улицы» обходится гораздо дороже, чем через партнеров-риэлторов и брокеров, и большинство банков это понимает, и потому предлагает риэлторам и кредитным брокерам курсы обучения, различные преференции и даже оплату брокерских услуг.

Главная проблема заключается в отсутствии эффективных технологий продажи ипотечных кредитов. Технологий, которые бы позволяли выступать их продавцами (т.е. оказывать клиентам услуги по подбору и согласованию кредитов) не только специально уполномоченным и подготовленным сотрудникам агентств недвижимости, а любым риэлторам на рынке жилья.

Ведь зачастую, обращаясь в агентство недвижимости, клиент даже не подозревает, что ему потребуется кредит, пусть даже небольшой – не на всю покупку – а всего лишь на улучшение ее потребительских

свойств. А это значит, что общаться в агентстве такой клиент будет с рядовым риэлтором, а не со специалистом по ипотеке. И высока вероятность того, что этот рядовой риэлтор будет просто не готов к продуктивному сотрудничеству с клиентом по вопросам ипотеки: хлопотно, рискованно, малодоходно. По сути, рынок ипотеки остро нуждается в технологиях, которые могли бы заменить рядовому риэлтору глубокую профессиональную подготовку в столь специальной, непрофильной для риэлтора сфере, какой является ипотечное кредитование.

Именно по этому пути и решили пойти в ВСК, запуская скоринговую систему «ПИ-Квик». Созданный страховщиком в рамках этого проекта Межбанковский центр ипотечных решений, который будет действовать через «ВСК-Ипотека», призван обеспечить для риэлторов и их клиентов сервис, предельно упрощающий процедуру согласования кредита с ведущими ипотечными банками страны. Все, что требуется от риэлтора при взаимодействии с таким центром, – собрать вместе с клиентом стандартный пакет из нескольких документов, заполнить стандартную клиентскую анкету-заявление, отсканировать все это и отправить в центр через личный электронный кабинет риэлтора, предельно простой и удобный в работе. Центр же, никоим образом не вклиниваясь в отношения риэлтора с клиентом, обеспечит оперативное (в два-три дня) рассмотрение этого пакета в головном офисе выбранного клиентом банка. Как заявил г-н Овсяницкий, свой интерес к проекту подтвердили ВТБ 24, Райффайзенбанк и Юникредит.

А мы пойдем на север

Между тем, обхитрить всех решил и Сбербанк. Так, деловые газеты уже писали, что крупнейший банк страны готовится к приобретению страховой дочки немецкого Allianz – страховой компании «Альянс

Лайф». Для этого у Сбербанка есть все основания. Ведь на настоящий момент ему приходится отдавать страховщикам до 20-40% от собранной для них премии при продаже сторонних полисов.
Если взять статистику самого Сбербанка, то уже по итогам второго квартала банк заработал на агентских комиссиях 6,3 млрд рублей. А это – 43% в структуре «прочих комиссионных доходов» против 34% годом ранее. Если предположить, что сама кредитная организация отдает страховщикам пусть даже 20%, то за полгода она продала полисов как минимум на 7-8 млрд рублей.

Если взять статистику по страховому рынку тоже за два квартала, то можно увидеть, что с подобными сборами Сбербанку вполне по силам занимать почетное место среди крупнейших страховщиков на рынке. И это – не прилагая особых усилий в решении проблем, с которыми приходится сталкиваться самим страховщикам, как-то: строительство сетей, мотивация агентов и продавцов. Зачем? – если собственные сотрудники могут удовлетвориться премией за хорошие кросс-продажи?

Борис Индюшкин

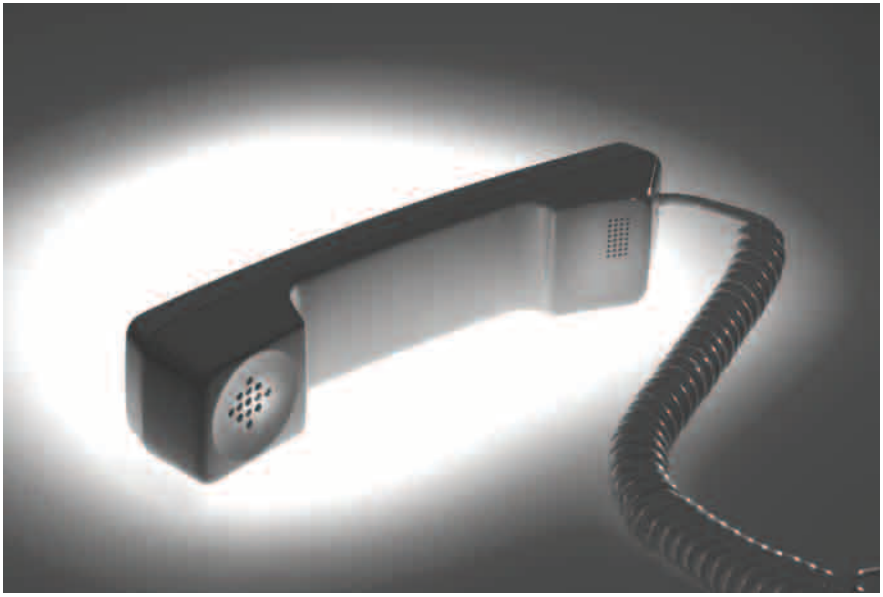
Как найти и потерять клиента

Катарина была трудоголиком, тусовки и развлечения не любила, а настоящая подруга у неё была только одна. Но уж когда эта самая единственная подруга в её-то юные годы стала партнёром хоть и в маленькой, но вполне уверенно развивающейся юридической фирме, не пойти на небольшой банкет по этому поводу было невозможно. Помимо коллег и самых близких Машке людей (мужа, папы и самой близкой подруги Катарины) почтили мероприятие своим присутствием и несколько важных господ, о которых виновница торжества с придыханием говорила: «О, это наш крупный клиент».

Впрочем, всё было мило и по-семейному. А с одним из «о, клиентов» Катарина даже немного потанцевала. Пётр Николаевич вежливо поинтересовался профессией своей визави, немного рассказал о себе, и они с Катариной обменялись визитками, потому что обоим пришла в голову мысль, как продолжить светское знакомство на профессиональной почве. Дело в том, что Пётр Николаевич был одним из владельцев компании, специализирующейся на онлайн-платежах. А Катарина как раз не так давно обсуждала с коллегами, что было бы неплохо задействовать этот мощный канал для продажи полисов. А тут такой удачный случай!

На следующий день Катарина вместе с ребятами из отдела развития бизнеса быстро набросала конфигурацию схемы работы, которая могла лечь в основу будущего договора между страховой компанией и оператором системы электронных платежей. И девушка уже совсем было собралась позвонить новому знакомому и пригласить его на официальные переговоры, как вдруг... он позвонил сам.

Ещё на банкете, болтая о том о сём в ожидании смены блюд, Пётр Николаевич успел сообщить Катарине, что его слабость – автомо-



били. И что сейчас он ездит на красавице ауди Q7, «навороченной» по последнему слову техники и отвечающей самым требовательным представлениям о комфорте водителя и пассажиров. О драгоценной машинке он рассказывал как о родном и близком существе. Водил её он исключительно сам, отказавшись от служебного автомобиля и водителя, то есть, учитывая его напряженный график встреч – просто жил за рулём. Конечно же, машина была застрахована, о чём не преминула узнать Катарина – увы, у главного конкурента её родной компании.

И вот теперь Пётр Николаевич звонил Катарине на работу, чтобы посоветоваться с ней как со страховщиком, потому что его «родная» страховая компания поставила его в тупик. Катарина честно попыталась вникнуть взволнованный рассказ.

Оказалось, Пётр Николаевич уже много лет страховал свои автомобили, которые довольно часто менялись, у одного брокера. Был он аккуратным водителем, и за весь свой более чем двадцатилетний стаж умудрился не побывать ни в одном ДТП. Как правило, ког-

да приближался срок возобновления страховки или когда Пётр Николаевич покупал новую любимую игрушку, брокерская компания предлагала ему на выбор несколько вариантов, но вот уже четыре года он страховую компанию не менял, так как стоимость страховки с учетом безаварийной езды его более чем устраивала. В последний раз, когда подходил к концу срок очередного договора, от брокера позвонил молодой человек, представившийся новым сотрудником (не тот, кто занимался Петром Николаевичем обычно). Всё остальное было, как всегда, и Пётр Николаевич, не сильно задумываясь, продлил договор.

И вот, на днях друзья неожиданно предложили ему прокатиться по Золотому кольцу небольшой компанией, на своих машинах. Честно говоря, для Петра Николаевича эта поездка была, прежде всего, прекрасной возможностью «выгулять» свою красавицу-ауди: он давно не выбирался на ней за город. Но, как человек предусмотрительный, счастливый обладатель Q7 решил вписать в страховку своего товарища – на всякий случай. Не дозвонившись по какой-то причине до своего брокера, он обратился напрямую в страховую компанию. И там его ждал такой сюрприз, что Пётр Николаевич, прямо скажем, совсем растерялся.

Выяснилось, что он не является клиентом компании. Договор, заключённый в прошлом году, был прекращён и не возобновлялся. В колл-центре не очень любезно посоветовали ему сначала разобраться, с кем у него заключен договор страхования, а потом отвлекать занятых людей. Тогда он и решился позвонить Катарине, чтобы посоветоваться с ней о возникшей ситуации.

– Ваш офис совсем недалеко от нашего, я могу подъехать уже сегодня: посмотрю ваши документы и вместе подумаем, как решить проблему.

Уже через час Пётр Николаевич встречал Катарину в своём кабинете.

Девушка деловито изучила документы и сочувственно посмотрела на их обладателя:

– Полис, конечно, настоящий. Но – увы, Пётр Николаевич, вы стали жертвой очень распространенного, к несчастью, случая мошенничества: ваш агент выписал вам настоящий полис, вот только деньги в компанию не передавал. Поэтому, случись что с вашим автомобилем, выплаты ждать не от кого.

– А что же мне делать? Я с друзьями тут собрался немного попутешествовать... я не решусь без страховки. Да и на работу привык ездить каждый день...

Катарина протянула руку к телефону:

– А вот мы сейчас побеседуем с вашей компанией. Не может быть, чтобы ничем нельзя было помочь!

Беседа с операционисткой колл-центра закончилась, можно сказать, не начавшись. Раз нет номера полиса и ФИО в базе, говорить было не о чем. Пришлось прибегнуть к крайней мере и потребовать переключить на «горячую линию». Сервис этот позиционировался как своего рода «неотложка»: все экстренные, требующие немедленного решения, наиважнейшие случаи, по изначальному замыслу, должны были попадать сюда и находить живейший отклик специально обученных сотрудников компании...

Связь с «горячей линией» установилась далеко не сразу. Дважды звонок срывался, а потом Катарине пришлось долго слушать уны-

лый женский голос, обречённо повторявший про звонок, который «важен для нас».

– Если бы это была настоящая «неотложка», пациент бы уже три раза умер, – шепнула Катарина Петру Николаевичу. Тот молча завёл глаза к потоку – кажется, он уповал уже только на вмешательство горних сил.

Наконец «горячая линия» отозвалась ленивым мужским голосом, который долго молча слушал и, кажется, жевал, а потом вяло объяснил, что в данном случае обладатель полиса должен лично приехать в страховую, написать заявление, в котором изложить случившееся, и ждать официального ответа от службы безопасности страховщика.

– Как же он может приехать, если у него не застрахована машина?

– На такси.

– А если машину в это время угонят?

– Это не наши проблемы.

– У него ваш полис.

– С этим еще надо разобраться.

– Так разбирайтесь уже!

– Мы не можем разбираться без заявления. Владелец фальшивого полиса напишет заявление, после этого через две недели ему предоставят ответ.

Катарина начала терять терпение.

– Послушайте, это просто какая-то возмутительная бюрократия! У человека через две недели срок действия полиса закончится, а

вы ему фактически предлагаете поставить машину на прикол и ждать разрешения ситуации?! Вы хотя бы поймите, что это – безубыточный клиент, с дорогим автомобилем... Вы хотите его потерять?

Невнятное мычание на том конце трубки подтвердило, что терять клиента было бы обидно, но бюрократическую машину снаскоку не победишь: жди ответа две недели и ходи пешком, поместив машину под надежную охрану. Продолжать разговор было бессмысленно.

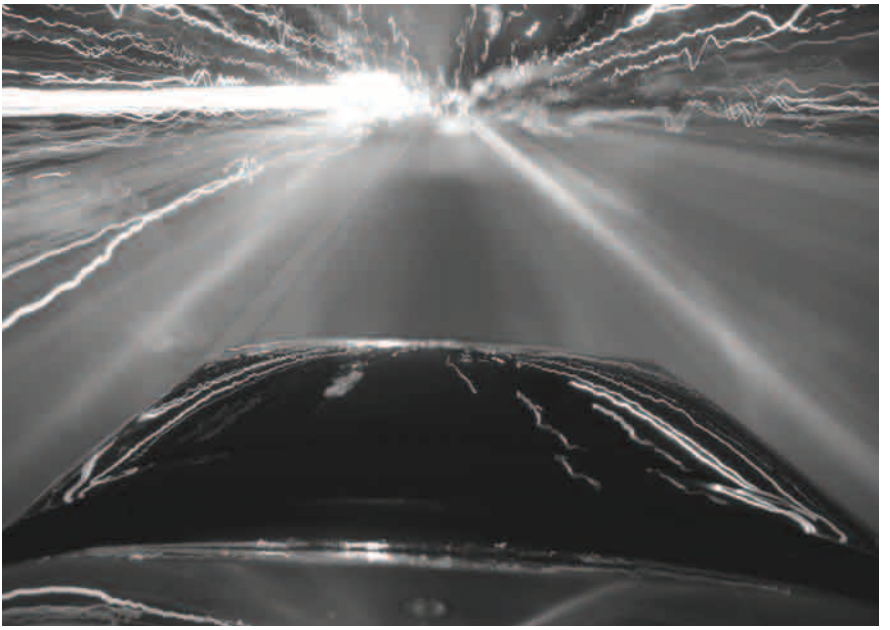
– Есть, конечно, совсем простой способ разрешить данную ситуацию, – резюмировала Катарина, положив трубку. – До окончания срока действия полиса осталось десять дней. Разумнее всего прямо сейчас заключить новый договор. Кстати говоря, у нас сейчас акция, так что мы сможем предложить чуть более выгодные условия, чем ваш прежний страховщик. К тому же в этом случае вы можете быть уверены: деньги попадут прямиком в кассу компании, а вы – в базу клиентов.

Пётр Николаевич развёл руками:

– Не сказать, чтобы мне очень нравился такой путь решения проблемы, но, кажется, он самый простой и разумный.

– Ну, тогда так и поступим. Полис я готова выписать прямо сейчас, и вы можете смело садиться за руль своей красавицы. А кроме того, есть одна очень перспективная тема для обсуждения. Найдете несколько минут?

Из кабинета Петра Николаевича Катарина вылетела окрылённая. Банкет, на который она не очень-то хотела идти, благодаря новому знакомству принёс ей и нового клиента уровня VIP, и нового партнёра для развития бизнеса. Впрочем, справедливости ради, благодарить надо было не устроительницу банкета, а того во всех смыслах заторможенного парня в колл-центре страховщика-конкурента, который не потрудился включить



мозг и хоть на минуточку задуматься, что важнее: регламент для клиента или клиент для компании? И только одна тревожная мысль омрачала радужное настроение Катарины: а где гарантия, что в недрах нашего колл-центра не сидит такой же вот «горячий финский парень», из-за которого клиенты уходят к конкурентам?!

Арина Радионова

Подписка на 2012 год

Оформить подписку на журнал Вы можете
- по каталогу «Роспечать», индекс — 81097
- через подписные агентства «Интер-Почта», «Коммерсант-Курьер», «МК-Периодика», «Урал-пресс»

В редакции — по цене 1200 руб. за экземпляр с учетом доставки заказной бандеролью по Москве и России

Журнал «Современные страховые технологии» издается 1 раз в 2 месяца.
МЫ ПИШЕМ О ТОМ, КАК РАБОТАЮТ ЛИДЕРЫ РЫНКА

СЧЕТ № сст-2012

от «____» _____ 2012г.

Получатель: ООО «Современные страховые технологии»
Реквизиты получателя:
ИНН 7724602154 КПП 772401001
р/с 40702810800000003565 в КБ «Интеркредит» (ЗАО) г.Москва
БИК 044599957 к/с 30101810300000000957
Юридический адрес: 115516, г. Москва, ул. Луганская, д. 4, корп. 1

Плательщик: _____

№	Наименование товара	Единица измерения	Кол-во комплектов	Цена за комплект, руб.	Сумма, руб.
1	Журнал «Современные страховые технологии» (подписка на 2011г.)	Комплект (6 номеров)	1	**6545-45**	**6545-45**
				НДС 10%	**654-55**
				Всего к оплате:	**7200-00**

Внимание!
При оплате счета необходимо обязательно указать в графе «Назначение платежа»:
- номер данного счета
- почтовый адрес доставки (включая индекс)
- контактный телефон (с кодом города)
- Ф.И.О. получателя
- юридический адрес получателя (включая индекс).

Генеральный директор: _____/Т.Ю. Робулец/

Общество с ограниченной ответственностью «Современные страховые технологии» ОГРН 1067746479098

Все вопросы по оформлению и продлению подписки можно задать по телефону (495) 641-05-67