



**Игорь Юргенс** Президент ВСС

Уважаемые коллеги, читатели, друзья!

Очередной номер журнала посвящен работе страхового рынка в условиях пандемии коронавируса. Как неотъемлемая часть национальной экономики, страховщики ощутили влияние и негативных факторов борьбы с пандемией, и кризиса на энергетическом рынке. Однако накопленные ресурсы и хорошая рентабельность последних лет позволяют им вступать в новые экономические условия с более высокой степенью устойчивости и уверенности в преодолении сложностей.

В рамках развернувшейся на страницах дискуссии мы проанализировали и обсудили работу, прежде всего, обязательного медицинского страхования (ОМС). Своим мнением по этой теме поделились первый заместитель председателя комитета по бюджету и налогам Государственной Думы РФ Ирина Гусева, генеральный директор страховой компании «МАКС» Надежда Мартьянова, вице-президент ВСС Дмитрий Кузнецов и другие.

Отдельно хотелось бы представить очень интересный, как мне кажется, наш диалог с главным финансовым уполномоченным Юрием Ворониным. Дискуссия проходила заочно, но важно — она показала, что обе стороны максимально настроены на конструктивное взаимодействие. Это хороший знак.

Тема пандемии COVID-19 затронула разные стороны нашей жизни, поэтому и на страницах журнала мы рассматриваем ее с разных точек зрения. Например, оказалось, что для многих, в том числе страховых компаний, условия ограничений послужили толчком к развитию новых технологий. Речь и об организации дистанционных услуг, и о новых продуктах, до которых раньше не доходили руки. Как показывает пример участников этого номера, сейчас страховщики развивают страховые продукты, расширяют возможности свои и клиентов, повышают качество обслуживания, в том числе за счет удобных для потребителя медицинских сервисов.

Несомненно, последствия кризиса, спровоцированного пандемией, нам предстоит еще оценить, как и достаточность мер, предпринятых для смягчения последствий для отрасли и экономики в целом. Устойчивость страхового рынка в сочетании со своевременными мерами, принятыми регулятором, конечно, смягчили удар. Итоги второго квартала покажут более точную картину, но сейчас можно сказать: катастрофы на страховом рынке не произошло.

# ВСЕ ВИДЫ СТРАХОВАНИЯ



Мощный Аргумент Капризам Судьбы

# МИКС СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Единая справочная служба:

**(**+7 (495) 730-11-01

www.makc.ru

. Лицензии Банка России на страховую деятельность СЛ № 1427, СИ № 1427, ОС № 1427-О2, ОС № 1427-О3, ОС № 1427-О4, ОС № 1427-О5. Без ограничения срока действия





Интеллектуальные решения на базе искусственного ИНТЕЛЛЕКТА для распознавания повреждений и расчета стоимости ремонта ТС

dat-russia.ru













# **≪** Nº 3 (80) '2020

# ДЕЛО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВАЖНОСТИ

И. Гусева ПРАВИЛЬНЫЙ ВЕКТОР	4
Д. Кузнецов Страховая модель: Гарантии качества	8
Н. Мартьянова ОМС В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ	12
Я. Власов В ПОИСКЕ БАЛАНСА ИНТЕРЕСОВ	18
Ю. Жулев ПРЕДУСМОТРЕТЬ ВСЕ	20
Ю. Воронин, И. Юргенс ДИАЛОГ: ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И РЕПУТАЦИИ?	24
А. Тарновский СТРАХОВОЙ РЫНОК: В НОВЫХ РЕАЛИЯХ	34
СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА	
М. Блудян Ответственность можно измерить	40
М. Берлова ИЗМЕНЕНИЕ КЛИЕНТСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ И ИТ	44
И. Рыбкин, О. Коверзнева ТЕРРИТОРИЯ ЛИЧНОГО ОБЩЕНИЯ	48





### СИЛА В ЕДИНСТВЕ

А. Самошин СЕРВИСЫ ДЛЯ СТРАХОВЩИКОВ52
М. Порватов СТРАХОВАНИЕ ЖИЛЬЯ ОТ ЧС: С ПОПРАВКОЙ НА КОРОНАВИРУС50
С. Гусар СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ — РОСТ РЫНКА58
А. Кузнецов СТАНДАРТЫ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЖБЕ ТРАНСПОРТНЫХ КОМПАНИЙ60
А. Савин КАЧЕСТВО КОНКУРЕНЦИИ ПОВЫСИТСЯ63
В. Гамза ПРОДОЛЖАЕМ ДИАЛОГ66
СТРАХОВЩИК И ЗАКОН
С. Ефремов

МОШЕННИЧЕСТВО: ЦЕНА КОМФОРТА......68

ЭФФЕКТИВНОСТЬ — В ПРОСТОЙ ПРОЦЕДУРЕ......72

ДЕТЕКТИВ СПЕШИТ НА ПОМОЩЬ.....76

Н. Панкратова

0. Зимин



### ПОНЯТНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Н. Карпова Страхование киберрисков	80
М. Прибочий ОТ БЕЗОПАСНОСТИ — К ОПТИМИЗАЦИИ	88
А. Мисюрев 3 ГЛАВНЫХ КИБЕРРИСКА	90



### **ИНШУРТЕХ**

С. Адрова ИННОВАЦИИ МЕНЯЮТ ЖИЗНЬ	94
). Базникин ОТ БЕСКОНТАКТНОГО УРЕГУЛИРОВАНИЯ К	
ИСКУССТВЕННОМУ ИНТЕЛЛЕКТУ	98
ВРЕМЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ	102



Аналитический научно-практический журнал. Зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Свидетельство ПИ № ФС77-61962 от 02.06.2015

#### Учредитель и издатель

НП «Центр страховой безопасности»

#### Редакция

(495) 641-05-67

#### Главный редактор

Татьяна Робулец Тел.: (495) 641-05-67, доб. 13-95 robulets@consult-cct.ru

#### Фото

Depositphotos.com

#### Дизайн и верстка

ООО «Технология ЦД»

#### Ответственный секретарь

Тамара Погодина Тел.: (495) 641-05-67, доб. 13-87 office@consult-cct.ru

#### Адрес

115583, Москва, ул. генерала Белова, д. 26 www.consult-cct.ru

#### Подписка по телефону/факсу

(495) 641-05-67

и по e-mail: office@consult-cct.ru

Публикации с пометкой Р — на правах рекламы.

#### Все права защищены.

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

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать» — 81097

Подписано в печать 02.07.2020 г. Тираж 10000 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Технология ЦД»

© НП «Центр страховой безопасности»

# ПРАВИЛЬНЫЙ ВЕКТОР

Пандемия коронавируса существенно изменила отношение общества к здравоохранению, к медицинским работникам, а также высветила сильные стороны системы обязательного медицинского страхования и направления для ее совершенствования. Депутат Государственной думы VII созыва, первый заместитель председателя комитета по бюджету и налогам Ирина Михайловна Гусева считает, что задача законодательной и исполнительной власти сейчас сделать так, чтобы вектор развития здравоохранения четко соответствовал запросам общества, современным вызовам и задачам государственной политики нашей страны в сфере здравоохранения.

Современные страховые технологии: Эксперты считают, что в условиях пандемии система обязательного медицинского страхования показала себя хорошо, но потребовались точечные доработки. Вы согласны с этим?

Ирина Гусева: Безусловно, пандемия новой коронавирусной инфекции — это экстремальная ситуация, в которой ярко проявились преимущества и недостатки системы здравоохранения разных стран, и Россия — не исключение. Российское здравоохранение, основой которого является система ОМС, не ориентирована на жесткие условия пандемии, которая представляет

собой достаточно редкое явление. Чтобы дать возможность медикам эффективно вести борьбу с COVID-19, необходимо было в кратчайший срок внести коррективы в законодательство — от этого в буквальном смысле зависело здоровье нации и ситуация в стране. Требовалось скорректировать базовую программу ОМС, поскольку в рамках страховой системы граждане получают бесплатно до 90 % всей медицинской помощи. В кратчайшие сроки были приняты важнейшие решения, которые позволили адаптировать систему для работы в новых условиях.

Государственная Дума РФ 1 апреля 2020 года приняла Федеральный закон № 98-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций», в соответствии с которым Правительству РФ были даны полномочия по установлению особенностей реализации программы обязательного медицинского страхования. В частности, закон гарантировал застрахованным бесплатную медицинскую помощь, в том числе и пациентам с коронавирусной инфекцией, а также определил дополнительный источник финансирования на поддержку медицинских организаций из федерального бюджета в связи с сокращением плановой медицинской помощи.

Правительство РФ уже через два дня, 3 апреля, утвердило особенности реализации базовой программы ОМС в условиях возникновения угрозы распространения новой коронавирусной инфекции и определило механизм финансовой поддержки медицинских организаций в связи с сокращением оказания плановой медицинской помощи.

# ССТ: Что это означает с практической точки зрения?

 ${\it M.}\ \Gamma$ : На время пандемии были приостановлены профилактические медицинские

осмотры и диспансеризация, плановую медицинскую помощь в стационарах оказывали только по направлению лечащего врача поликлиники. В полном объеме медицинская помощь оказывалась только пациентам с онкологическими, сердечно-сосудистыми и эндокринологическими заболеваниями и тем, кто получает заместительную почечную терапию (диализ). При этом неотложная и экстренная медицинская помощь сохранена и оказывалась в прежних объемах и порядке.

Такие изменения базовой программы ОМС дали возможность здравоохранению обеспечить все необходимое для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 — развернуть достаточное количество коек, в том числе за счет перепрофилирования, оснастить их специальным медицинским оборудованием, подготовить медицинский персонал для работы в условиях пандемии, определить пути и условия маршрутизации пациентов с коронавирусной инфекцией, обеспечить стабильное финансирование оказываемой медицинской помощи. Думаю, это позволило нам избежать больших потерь, как это произошло в некоторых других странах. Смертность от коронавирусной инфекции в нашей стране находится на одном из самых низких уровней.

При этом, оплата медицинской помощи пациентам с COVID-19 осуществляется за счет средств ОМС, поэтому субъекты федерации в свою очередь утвердили тарифы, что обеспечило своевременную оплату по счетам медицинских организаций.

Время показало, что система ОМС не дала сбоя и обеспечила финансовую устойчивость в период борьбы с коронавирусной инфекцией. Объем предоставляемой медицинской помощи был сохранен пациентам с онкологией, заболеваниями сердца и сосудов, эндокринной системы, пациентам, которым необходим диализ.

ССТ: Лечение от коронавируса бесплатно?



Ирина Гусева
Первый заместитель председателя комитета по бюджету и налогам Государственной Думы РФ

И. Г.: Да, медицинская помощь пациентам с COVID-19, застрахованным в системе ОМС, оказывается бесплатно, в том числе бесплатно проводится тестирование на коронавирус. Что касается компенсации клиникам, она производится в соответствии с тарифами, утвержденными в тарифных соглашениях субъектов РФ. Например, при легком течении заболевания — тариф такой же, как при пневмонии, при средней тяжести — около 100 тыс. руб., при тяжелом течении — 200 тыс. руб. и выше.

Мы продлили срок действия временных свидетельств, для тех, кто еще не успел получить полис ОМС, ввели возможность получения полиса ОМС по просроченным к замене документам, предусмотрели иные экстренные меры, гарантирующие право на безусловное получение бесплатных медицинских услуг в случае заболевания, и в то же время облегчающие возможность соблюдать необходимые меры самоизоляции на период пандемии.

ССТ: Дискуссия о том, хороша ли для России страховая медицина, ведется много лет. Как показал опыт работы в условиях пандемии, страховая медицина справилась с этой задачей неплохо, так ли это?

И. Г.: Идеальной может быть такая система, которая и в «мирное» время, и в экстремальных условиях может быстро реагировать на изменения и сохранять жизни пациентам. Говорить о том, что бюджетная модель в условиях распространения COVID-19 проиграла бы страховой, на мой взгляд, некорректно.

На развитие эпидемии и развертывание медицинской помощи в разных странах повлияло множество разных факторов. Понять, в какой степени каждый из них сказался на ситуации, задача более глубокого и тщательного анализа, но это уже отдельная тема. Приведу несколько цифр. В Италии и Великобритании медицину финансирует государство, но смертность от COVID-19 высокая. В США действует преимущественно система добровольного медицинского страхования и самые большие расходы на здравоохранение в мире, вместе с тем там самое высокое абсолютное число погибших — более 100 тысяч, но смертность — 5,5 % против 14 % в Италии и Великобритании.

Наше правительство и министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко считают, что система ОМС справилась с возникшими вызовами. Застрахованные в России могли бесплатно и организованно провести тестирование на коронавирус, получить помощь по «скорой» и в стационаре. Приоритетным стало обслуживание застрахованных на дому, весь этот период страховые медицинские организации были на оперативной связи со своими застрахованными и моментально включались в их маршрутизацию и защиту прав пациентов в случае необходимости или их обращения. Мы добились одних из лучших результатов в мире по показателю уровня смертности заболевших коронавирусной инфекцией. Все это демонстрирует сильные стороны

нашей системы ОМС, которая показала не только свою эффективность, но и способность к оперативной перестройке.

С другой стороны, эксперты ЦНИИОИЗ обратили внимание на вопросы, которые требуют доработки, в том числе на законодательном уровне. Речь идет о том, что нужны более четкие и прозрачные механизмы возмещения потерь клиникам в случаях снижения плановой медпомощи, включая диспансеризацию и профосмотры. Клиникам тоже важно думать о создании собственных резервов. Другой момент — финансирование стационаров, которые остаются в режиме ожидания пациентов. Еще — вопросы перераспределения финансов, межтерриториальные расчеты и так далее.

Все преимущества и недостатки, которые стали очень ярко видны в экстремальной ситуации, мы будем тщательно анализировать. Безусловно этот анализ ляжет в основу следующих изменений в системе ОМС.

ССТ: Президент России неоднократно указывал на необходимость развития страховых принципов в системе здравоохранения. Планируется ли более масштабное внедрение классических страховых принципов в действующую модель ОМС?

И. Г.: Обязательное медицинское страхование остается сейчас основой финансирования системы здравоохранения. Кстати, и роль страховых медицинских организаций постепенно становится все более значимой, в частности, в вопросах обеспечения диспансеризации, работы страховых представителей по сопровождению граждан на всех этапах получения медицинской помощи, досудебном разрешении конфликтных ситуаций с медорганизациями и др. Но, безусловно, мы должны думать о развитии системы. И в этом контексте внедрение классических страховых принципов в ОМС представляется перспективным решением для снижения бюджетных рисков и повышения ее эффективности. Уверена, что в

ближайшие годы будут реализованы пилотные проекты в этом направлении и мы сможем подготовить дальнейшие законодательные изменения.

# ССТ: Чего не хватает СМО, чтобы занять более активную позицию для защиты здоровья граждан?

И. Г.: Сейчас страховые медицинские организации занимаются преимущественно защитой прав граждан на получение качественной и своевременной медицинской помощи в системе, не в последнюю очередь и за счет экспертных действий. Но в настоящее время финансовый результат их деятельности не зависит от разделения финансовых рисков с государством. Существенным стимулом для повышения эффективности их работы может стать финансовая ответственность страховых медицинских организаций при соответствующем расширении их прав. Вероятно, у страховщиков есть своя точка зрения на этот счет — мы готовы ее услышать и обсудить.

# ССТ: Говорят, что потребитель всегда прав. В системе медицинской помощи, кто всегда прав, кто защищает права врача и пациента?

**И.** Г.: Права пациентов защищает вся система — Росздравнадзор, Роспотребнадзор, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации, координационные советы в субъектах федерации, а также правоохранительные и судебные органы. И это абсолютно логично!

В Госдуме прошел первое чтение законопроект, разработанный в рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение». Один из краеугольных камней национального проекта — создание системы защиты прав пациентов независимо от того, в каком регионе они получили медицинскую помощь. Есть медицинская организация и пациент, который не всегда

может объективно оценить, насколько качественно и в полном ли объеме ему оказали медицинскую помощь. С такими ситуациями будут разбираться страховые медицинские организации, для чего новый закон повышает их роль и в защите прав застрахованных лиц, дает больше возможностей для информирования и реализации права граждан на выбор СМО.

Насколько я понимаю, немаловажен и другой вопрос — насколько защищены медики? На мой взгляд, запрос на справедливость сейчас есть с обеих сторон — и пациентов, и врачей. Наши коллеги в Комитете по охране здоровья Государственной Думы в настоящее время активно рассматривают возможность построения общероссийской системы страхования ответственности медицинских организаций и врачебного персонала, привлекая к работе и нас, и сотрудников Министерства здравоохранения, профессиональные медицинские и страховые объединения, широкое экспертное сообщество. Мы всегда внимательно прислушиваемся к экспертным заключениям, обсуждая все варианты решения проблем и на этой основе формируем законодательство.

В целом же, развитие пандемии коронавируса заставило общество и государство более тщательно осмыслить векторы дальнейшего развития нашей системы здравоохранения и, в том числе системы ОМС. Это удачный момент для того, чтобы с разных сторон проанализировать преимущества и недостатки действующей модели, найти наиболее соответствующие интересам людей и государственной политике решения.

Пандемия COVID-19, заставила переосмыслить во власти и в обществе роль здравоохранения. В мире нет ничего совершенного, но нужно стремиться к тому, чтобы выделяемые на здравоохранение финансовые ресурсы использовались наиболее эффективно и обеспечивали доступность и качество медицинской помощи нашим гражданам на справедливой основе. И эта задача всегда останется актуальной.



Современные страховые технологии: Пандемия коронавируса в России идет на спад. Насколько эффективной показала себя действующая система ОМС и насколько необходимо ее реформировать?

Дмитрий Кузнецов: Для всех национальных систем защиты здоровья и для страховщиков пандемия COVID-19 стала серьезным вызовом, равно как и для жителей всех стран.

Интенсивная работа страховых компаний по индивидуальному и публичному информированию застрахованных лиц дала

результат. Сейчас колл-центры страховщиков воспринимают надежным источником информации, «единым окном обращений» по целому ряду вопросов, связанных с получением медицинской помощи; в самом начале эпидемии в СМО поступали обращения, зачастую выходящие за рамки ОМС и темы здравоохранения: начисление единовременной выплаты, изменение работы транспорта и др. Как показывает статистика Всероссийского союза страховщиков, волна вопросов, связанных именно с коронавирусом, пошла на спад: в начале пандемии от 12 % до 25 % запросов касались COVID-19, на сегодня их уже не более 3,5–4 %.

По мере возвращения к привычной жизни из эпидемии коронавируса в системе ОМС нужно будет провести определенные корректировки.

Одним из первых шагов после эпидемии должно стать возобновление экспертной функции страховых организаций, особенно в отношении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Контроль за соблюдением качества и своевременности оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, пациентам с онкопатологией, рядом других групп граждан должен быть максимальным. Стоит отметить, что взаимопействие с пациентским сообществом, в частности — с Всероссийским союзом пациентов, Движением против рака, позволит осуществлять эту работу, не упуская из виду проблемы и тех граждан, кто делится своими заботами именно «в кругу своих».

Если говорить о стратегических целях, то это должно быть дальнейшее погружение классических страховых принципов в действующую систему ОМС, являющуюся составной частью системы социальной защиты граждан в нашей стране. Страховые компании должны сопровождать своих застрахованных на всей территории Российской Федерации, представляя их интересы в диалоге с медицинскими организациями и защищая права, работая в рамках единой лицензии на всей территории нашей страны и по единым правилам, взаимодействуя с территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями субъектов.

С этой точки зрения логичной представляется обсуждаемая на протяжении уже некоторого времени задача по выстраиванию «вертикали» фондов ОМС и создание единого информационного контура для всех участников системы здравоохранения и ОМС — медучреждений, фондов ОМС, страховых компаний, Минздрава.

## ССТ: В чем необходимость единой вертикальной структуры фондов ОМС?

Д. К.: Работа территориальных фондов ОМС, главы которых назначаются губернаторами, во многом зависит от решений и приоритетов администрации субъектов Российской Федерации. К сожалению, это



**Дмитрий Кузнецов** Вице-президент ВСС

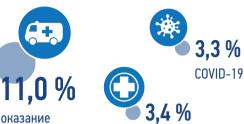
может приводить к определенным перекосам в планировании и распределении объемов медицинской помощи (а значит, финансировании) между медицинскими организациями не с учетом эффективности их деятельности, а субъектовой принадлежности или участия руководства той или иной организации в работе законодательного собрания субъекта.

Региональная специфика влияет и на системы информационного обмена между участниками и субъектами системы ОМС. Форматы данных, специфика порядка принятия или предоставления данных, использование специфических справочников в ИТ-системах, отличающихся от федеральных — все это затрудняет работу СМО, вынуждая бесконечно подстраивать и перенастраивать их информационные системы с учетом требований территориальных фондов.

Любая система устойчива, эффективна и управляема при наличии внятных и единых «правил игры», вертикализация управления системы фондов ОМС с этой точки зрения абсолютно обоснована.



### СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ В СМО. 2020



организация работы медицинских организаций



# ССТ: В чем актуальность единого информационного контура для всех участников системы ОМС?

медицинской

помощи

Д. К.: Цифровизация — требование времени. О необходимости развивать цифровые сервисы в сфере страховой медицины говорил министр здравоохранения Михаил Мурашко. Он совершенно справедливо отмечал, что персонификация средств, прозрачная система расчетов — условия, без которых нельзя оценивать эффективность движения финансовых средств в отрасли.

Переход на систему электронного документооборота между всеми участниками и субъектами обязательного медицинского страхования, внедрение в масштабах страны, а не на уровне пилотных регионов, электронной медкарты, полиса ОМС — условия, позволяющие реализовать национальные приоритеты в сфере построения действенной системы защиты интересов и прав граждан на получение качественной, своевременной и доступной в любом регионе страны медицинской помощи.

Информатизация — один из ключевых приоритетов для всего страхового сообщества. По мере развития медицины, особенно ее высокотехнологичного сектора, накапливаются гигантские базы данных, которыми необходимо управлять. В области здравоохранения это означает,

в первую очередь, унификацию информационных платформ.

Но ключевая проблема на сегодня — это даже не вариабельность территориальных информплатформ. К сожалению, сейчас медицинские страховщики не включены в число полноправных участников единой информационной отраслевой системы. Представляется, что с учетом стоящих перед страховыми медицинскими организациями задач, это не только парадоксально, но и недопустимо.

# ССТ: Каким образом можно исправить ситуацию?

Д. К.: Обеспечить интеграцию страховых медицинских организаций в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Доступ к ней страховщиков — своего рода гарантия, что застрахованному будет обеспечена возможность выбрать лечебное учреждение с учетом рейтинга клиники и медработников по версии ЕГИСЗ. Страховщики смогут предлагать застрахованным медучреждения, которые способны предоставить наиболее качественную медпомощь и удобные сервисы. Благодаря здоровой конкуренции выиграют наиболее эффективные медики и страховщики, а главное — каждый застрахованный.

Вопрос включения страховщиков в число участников и пользователей ЕГИСЗ ре-

шается относительно просто — достаточно внести коррективы в Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

## ССТ: Предположим, что это реализовано. Что дальше?

Д. К.: Эксперты Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ в докладе «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития» отметили, что в целом российская система здравоохранения соответствует ключевым признакам страховой модели. К ним можно отнести целевой характер финансирования через фонды ОМС, возможность выравнивать финансовую обеспеченность региональных систем здравоохранения. Страхование дает пациентам возможность выбирать поликлинику и стационар для получения медпомощи, обеспечивает право на лечение за пределами постоянного места проживания.

Вместе с тем, по мнению экспертов, государство пытается компенсировать незавершенность страховой модели практиками административного управления. Но это приводит часто к неформальному распределению финансовых средств и ослаблению контроля, функционал субъектов системы постоянно меняется от региона к региону. Переход к полноценной страховой модели повысит эффективность взаимоотношений между врачами и страховыми компаниями в интересах пациента.

Сегодня страховые компании не могут в полной мере влиять на тарифную политику или перераспределять медпомощь между медицинскими организациями с учетом качества их работы. Страховщики должны получить возможность влиять на мотивацию медучреждений, участвовать в составлении их рейтингов и давать пациентам рекомендации по выбору клиники. Они должны обладать правом маршрутизировать пациентов, чтобы стимулировать конкуренцию между лечебными учреж-

дениями и обеспечивать повышение их эффективности.

Формирование модели с погружением в нее классических страховых принципов — в интересах и застрахованных лиц и медорганизаций. Экспертиза, проводимая медицинскими страховщиками, — это по факту профессиональная обратная связь, которая помогает руководству медицинской организации принимать выверенные управленческие решения, создавать справедливую систему оплаты труда медицинского персонала, а главное — исправлять недостатки в процессе оказания медицинской помощи. И именно это в свою очередь позволит страховым организациям по достоинству оценивать клиники, повышая их рейтинг, что неминуемо приведет к улучшению их финансирования, а главное — и повышению удовлетворённости граждан от получаемой медицинской помощи.

Классические страховые принципы в системе здравоохранения — это еще и механизм страхования гражданской ответственности врачей, который в сочетании с мерами по декриминализации «врачебных ошибок» позволит выстроить действенный инструмент защиты финансовых интересов медиков при возникновении конфликтов при оказании медицинских услуг пациентам.

# ССТ: Как Вы оцениваете временной диапазон перехода к новой модели?

Д. К.: Переход к подобной модели сложный вопрос, требующий всестороннего обсуждения. Необходимо достичь согласия между государством, фондами ОМС, врачебным и страховым сообществами, пациентскими организациями. После этого можно было бы рассматривать апробацию тех или иных — в зависимости от приоритетов государства, экономической и эпидемиологической ситуации — изменений в системе на уровне пилотных регионов. Полагаю, этот период может составлять от трех до пяти лет при благоприятном развитии событий.



# ОМС В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

РЕАЛИЗОВАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Прошло уже более четверти века с начала реализации страховой модели системы здравоохранения в Российской Федерации. За этот период произошли важные структурные изменения как в системе организации оказания медицинской помощи, так и в сфере обязательного медицинского страхования, основная задача которых состоит в обеспечении конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.





В 2020 году система ОМС, как и вся отрасль отечественного здравоохранения, впервые столкнулась с пандемией очень опасного и коварного заболевания — новой коронавирусной инфекции COVID -19 с высокой степенью контагиозности, полиморфности механизмов передачи и, самое главное, высокими показателями летальности.

На первый план вышли задачи мобилизации в кратчайшие сроки всех ресурсов здравоохранения для борьбы с этим заболеванием.

Уже сейчас на фоне титанических усилий отрасли адекватно развернуться на коронавирусные вызовы, в реалии массовых без кавычек профессиональных подвигов медицинского персонала по всей стране, можно отметить определенное запаздывание нашей, когда-то передовой организационно-мобилизационной составляющей системы здравоохранения. Все эти аспекты еще будут проанализированы организаторами здравоохранения, а сейчас нас интересует вопрос о том, как отреагировала на эти новые для нее вызовы «молодая» часть отечественного здравоохранения — система ОМС.

Своевременно Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 были определены условия реализации базовой программы ОМС, а в Правила ОМС внесены изменения, предусматривающие возможность увеличения размера авансов медицинским организациям до 100 % от среднемесячного объема финансового обеспечения.



### ЭКОНОМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ: БЫСТРЫЕ РЕШЕНИЯ

Смогла ли действующая экономическая модель финансирования медицинской помощи реализовать задачи системы здравоохранения в этих сложных условиях, является ли финансирование медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях проблемой ОМС и каковы возможные пути развития медицинского страхования в посткоронарный период?

Итак, для сохранения финансовой устойчивости системы здравоохранения, обеспечения своевременных расчетов Минздравом России и ФФОМС были оперативно внесены изменения в законодательные и нормативно-правовые акты в сфере ОМС, предусматривающие дополнительное финансирование мероприятий по борьбе с COVID-19 из средств федерального бюджета, компенсацию недополученных доходов медицинских организаций по причине сокращения объемов плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС из-за особых условий работы.

Своевременно Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 были определены условия реализации базовой программы ОМС, а в Правила ОМС внесены изменения, предусматривающие возможность увеличения размера авансов медицинским организациям до 100 % от среднемесячного объема финансового обеспечения.

И, наконец, в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации увеличены подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, установлены отдельные тарифы на оплату диагностики и лечения коронавирусной инфекции, покрывающие затраты медицинских организаций на оказание медицинской помощи при данном заболевании.

Все эти мероприятия были, прежде всего, направлены на обеспечение текущей деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи застрахованным гражданам в рамках договорных обязательств, как пациентам с коронавирусной инфекцией, так и по другим заболеваниям, помощь при которых гарантирована программой ОМС.

Здесь мы наглядно видим возможность оперативного решения возникающих вопросов по обеспечению финансовой стабильности системы ОМС на уровне ФФОМС за счет предоставления субвенций ТФОМС на уровне субъектов РФ за счет решения Комиссии по разработке территориальной программы государственных гарантий путем внесения изменений в порядок оплаты и взаиморасчетов между СМО и медицинскими организациями, и это является одним из явных преимуществ системы ОМС перед бюджетным механизмом финансирования.

Конечно, в чрезвычайных ситуациях, требующих дополнительного вливания значительных средств для организации оказания медицинской помощи, закупки нового оборудования, перепрофилирования коечного фонда, одна финансовая система ОМС, работающая в рамках утвержденных плановых заданий, не справится. Да это и не ее задача. Но, как показала практика, при своевременной гибкой перенастройке финансовых условий реализации ОМС возможно обеспечить медицинские организации необходимыми ресурсами и развернуть дополнительные коечные мощности, включая дорогостоящие реанимационные, а также профинансировать новые технологии лечения пациентов.

Для условий массовых заболеваний во время пандемий, войн, катастроф и чрезвычайных ситуаций должна существовать в готовности система здравоохранения, основанная на совершенно других принципах финансирования и организации. Это медицина катастроф, военная медицина, медицина при чрезвычайных ситуациях, которая, к сожалению, на начальных этапах пандемии сработала, мягко сказать, недостаточно эффективно в отличие от системы ОМС, хотя задачей последней было обеспечение реализации плановой программы.



### ПОСТКОРОНАВИРУСНАЯ ЭПОХА

Наступает посткоронавирусная эпоха, в условиях которой будут востребованы наиболее эффективные технологии лечения и оплаты медицинской помощи.

Необходимо четко определить потенциал и ясно поставить нескоропомощные задачи системе ОМС, так как экономикой здравоохранения необходимо заниматься планово.

В Аналитическом докладе ЦНИИОИЗ Минздрава России «Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в Российском здравоохранении» под общей редакцией

академика РАН В.И. Стародубова\* представлен детальный анализ эффективности и достаточности мер, направленных на обеспечение финансовой стабильности деятельности медицинских организаций.

Предшествующее недофинансирование территориальных программ, низкие тарифы ОМС, которые не покрывают расходы медицинских организаций, в сочетании с наступающим финансовым кризисом вряд ли будут способствовать внедрению предложенной авторами модели рискового страхования в системе ОМС с переносом финансовой ответственности на страховщика — СМО, хотя страховое сообщество давно выступает за введение рискового страхования в системе ОМС.

Однако для реализации такой модели должно быть достаточно финансовых средств, сбалансированных с объемами медицинской помощи, гарантированными государством. Безусловно, необходимо наконец-то перейти от гарантий всего к гарантированному обеспечению установленных обязательств. Но нам представляется наиболее рациональным другой путь — с использованием опыта и возможностей системы ОМС, сделавшей все для отечественного здравоохранения в сложных условиях финансовых кризисов 1997–1998 годов, 2007–2009 годов и 2014 года.

Чтобы достичь сбалансированной, эффективной и устойчивой модели ОМС, на наш взгляд, необходимо законодательно конкретизировать перечень услуг, которые входят в базовую программу ОМС и подлежат гарантированной оплате по адекватным тарифам. Другой путь — это увеличение объема страховых взносов, поступающих в систему

# ПО ДАННЫМ AFEHTCTBA BLOOMBERG, В 2018 ГОДУ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ составили: **9,9** % от ВВП, или **\$4 356** на человека в Великобритании **9,4** % от ВВП, или **\$4 005** на человека в Финляндии **11,2 %** от ВВП или **\$4592** на человека в Германии **6,7** % от ВВП, или **\$368** на человека в Азербайджане **6,1 %** от ВВП, или \$352 на человека в Беларуси **5,6** % от ВВП, или в России

<sup>\*</sup>Аналитический доклад «Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в Российском здравоохранении» под общей редакцией академика РАН Стародубова В.И., версия 1.0, ЦНИИОИЗ Минздрава России, Москва, 2020.



ОМС. Только тогда можно повысить эффективность системы ОМС, когда затраченные ресурсы позволяют достичь качественного результата.

Россия сейчас находится далеко не на первом месте по эффективности системы здравоохранения, а расходы на ОМС в процентах от ВВП существенно ниже, чем в странах Европы и даже ряде стран постсоветского пространства.

В России расходы на здравоохранение составляют всего 5.6 % от ВВП или 524 доллара на человека. Она находится лишь на 53 месте в рейтинге агентства Bloomberg среди стран мира по эффективности систем здравоохранения.

Необходимо использовать возможности системы ОМС для внедрения эффективных технологий лечения и оплаты медицинской помощи в будущих сложных условиях финансового обеспечения здравоохранения.

С учетом того, что 80 % медицинской помощи оказывается в первичном звене, необходимо срочно восстановить этот этап системы здравоохранения, в том числе за счет внедрения способов оплаты, мотивирующих медицинские организации заниматься профилактической и реабилитационной работой, которая приносит наибольший результат при вложении меньших финансовых средств.

Период карантина показал возможности дистанционного решения проблем пациента. Развитие дистанционного мониторинга, методов само- и взаимообучения реабилитационным мероприятиям под контролем медицинского работника, мобильных консультаций пациентов, онлайн-консультаций специалистов и других технологий оказания первичной медико-санитарной помощи, направленных на профилактику заболеваний и пропаганду здорового образа жизни — это перспектива для развития персонализированной медицины.



### БАЛАНС **ИНТЕРЕСОВ**

Борьба с коронавирусом показала, что деятельность страховых медицинских организаций, кроме плановой помощи медицинским организациям и обеспечения своевременных расчетов за оказанную медицинскую помощь, должна быть направлена в этих сложных условиях на защиту прав застрахованных через проведение массовой разъяснительной работы по организации оказания медицинской помощи в условиях перепрофилирования работы многих лечебных учреждений, информационного сопровождения диспансерной группы пациентов для организации очередного медицинского обследования, реабилитационного контроля за пациентами.

За период пандемии значительно возросло количество обращений на телефоны «горячей линии» страховых компаний по вопросам организации работы медицинских организаций, оказания медицинской помощи по профилю «онкология», лекарственного обеспечения. Страховые представители с учетом утвержденных схем маршрутизации пациентов при различных состояниях обеспечивали массовое информационное сопровождение застрахованных для получения необходимой медицинской помощи.



В условиях ограничения контрольных функций страховых медицинских организаций обязательными остались экспертизы при оказании медицинской помощи онкологическим пациентам, больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. Контроль со стороны СМО гарантировал, что объем медицинской помощи пациентам с экстренной и неотложной патологией будет выполнен в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями даже в сложных условиях пандемии СОVID-19.

Вопрос взаимоотношения потребителя и исполнителя медицинских услуг актуален для любой системы здравоохранения. В нашей модели страховой медицины достаточно хорошо отработаны механизмы защиты прав пациентов страховыми медицинскими организациями и фондами — регламентирован порядок проведения контроля за оказанной медицинской помощью, успешно реализуется проект «страховых представителей» в медицинских организациях, осуществляется информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи. Количество отчетов о проделанной работе превышает все мыслимые и немыслимые нормативы. Однако вопрос взаимоотношений пациента и врача остается актуальным.

По какому пути идти — требует обсуждения. К сожалению, мы часто, внедряя что-то новое, наталкиваясь на какие-то проблемы, просто бросаем начатое вместе с появившимися сложностями. В случае ОМС этого не следует делать, так как система показала свою эффективность в «полевых» условиях и ее надо развивать.

Для достижения баланса взаимных интересов в системе ОМС осталось сделать «совсем немного». Необходимо включить финансовые механизмы стимулирования и повышения ответственности всех участников, а не только медицинских работников за конечные результаты работы, реализовать страхование профессиональной ответственности медицинских работников, сформировать мотивацию застрахованных лиц к сохранению здоровья и проведению лечебных и профилактических мероприятий. Все эти вопросы можно решить в рамках модернизации системы ОМС.

А вот за организацию оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях должны отвечать специальные мобилизационные структуры государственной системы управления здравоохранением, которые обязаны обладать соответствующими ресурсами.



Пациентские организации в России находятся на этапе встраивания в систему принятия государственных решений. Ян Власов, сопредседатель Всероссийского союза пациентов (ВСП) рассказал, как сейчас организовано взаимодействие со страховыми медицинскими организациями и обеспечивается защита интересов пациентов.

Современные страховые технологии: В декабре 2019 года на X Всероссийском конгрессе пациентов ВСП и Всероссийский союз страховщиков договорились объединить усилия для совершенствования и развития системы медицинского страхования — обязательного и добровольного. Что произошло с момента этой договоренности?

Ян Власов: Действительно, было решено объединить усилия для развития системы защиты прав пациентов, повышения эффективности контроля над деятельностью медицинских организаций и страховых медицинских организаций, а также содействия регулирования нашей организацией отношений между страховыми компаниями, застрахованными лицами и медицинскими организациями.

Между нашими организациями был подписан Меморандум о сотрудничестве. По сути, это стало своего рода актом взаимо-

признания сторон. Сейчас мы выстраиваем конструктивный диалог и совместными усилиями планомерно продвигаемся к созданию пациент-ориентированного здравоохранения в России.

# ССТ: Какова реакция пациентов на качество услуг медицинских страховых организаций?

**Я. В.**: Страховые компании мало о себе заявляли. Наблюдался дефицит информации о том, какие услуги они оказывают и в целом их роль в системе здравоохранения.

Всероссийским союзом пациентов накануне Конгресса 2019 года было проведено исследование, которое показало, что всего лишь 8 % граждан в случае проблем с организацией медицинской помощи обращаются в страховые компании. Это означало, что вес страховщиков в защите прав пациентов, врачей и в контроле качества оказания медицинской помощи был недостаточно значительным.

Вместе с тем, именно страховые организации имеют возможность контролировать и способствовать повышению качества услуг, предоставляемых медицинскими организациями. Такая функция контроля предусмотрена в уставе страховых медицинских организаций.

# ССТ: Как сейчас строится работа с медицинскими страховыми организациями?

Я. В.: Меморандум, подписанный со страховыми организациями, стал логичным продолжением нашей совместной деятельности, которая началась до этого. Совместный поиск решений по наиболее острым вопросам доступности и качества медицинской помощи в сфере ОМС, новый проект «Школа пациентов» — это только часть нашей работы, которая была формализована и получила дополнительный стимул развития после подписания Меморандума. После снятия карантина работа будет продолжена.

## ССТ: Расскажите, пожалуйста, подробнее о Школе пациентов.

Я. В.: Проект призван рассказать об основных аспектах законодательства обязательного медицинского страхования, правах застрахованных в сфере ОМС, работе страховой медицинской организации в рамках защиты прав пациентов. Среди учеников — граждане, нуждающиеся в помощи и поддержке при получении медицинских услуг: пациенты с хроническими заболеваниями, пенсионеры.

Мы увидели, что для многих участников Школы пациентов предоставленная информация оказалась новой и, по оценкам самих слушателей, очень полезной. Присутствующих интересовали вопросы выбора и замены медицинской организации, вопросы записи на прием к врачам, порядок получения высокотехнологичной медицинской помощи, порядок прохождения профилактических мероприятий.

Такая высокая активность участников говорит о том, что Школы пациентов



**Ян Власов** Сопредседатель Всероссийского союза пациентов (ВСП)

необходимо проводить, они показывают большую эффективность в целях реализации задачи по информированию и защите интересов граждан в сфере здравоохранения, понимании роли и задач медицинских страховых организаций.

# ССТ: Что думает пациентское сообщество о перспективах телемедицины в России?

Я. В.: Согласно нацпроекту «Здравоохранение» к 2023 году телемедицинские сервисы будут доступны в рамках государственного здравоохранения и должны позволить снизить расходы на здравоохранение. По нашим оценкам, их развитие тормозит неопределенность финансовой модели. Тарифы в этой сфере пока не разработаны. Регионы сами устанавливают оптимальную стоимость экспериментальным путем. Всероссийский союз пациентов рассчитывает ознакомиться с проектом документа и иметь возможность высказать свое мнение в качестве представителя главного потребителя услуг — пациентов.

# IPELYCMOTPET BCE

### ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ПЛАНОВОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД COVID-19 ПОТРЕБОВАЛО РЕШИТЕЛЬНЫХ МЕР

Эпидемия COVID-19 обострила проблему доступности плановой медицинской помощи. Участились жалобы пациентов из групп риска с хроническими заболеваниями на отказы в проведении обследований, назначении лекарственной терапии в амбулаторных и стационарных условиях, дефицит лекарственных препаратов. Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв рассказал, как сработали в этой непростой ситуации профессиональные участники сферы здравоохранения.

### ПРОВЕРКА НА ПРОЧНОСТЬ

Пандемия стала внезапной проверкой на прочность для всего мирового здравоохранения. Помимо оказания помощи пострадавшему от вируса населению, потребовался оперативный поиск решений новых проблем. Найти их было бы невозможно без активного вовлечения органов власти, медицинского и страхового сообществ, ФФОМС, пациентских организаций.

На горячую линию Всероссийского союза пациентов 8-800-500-82-66 стали поступать обращения о возникновении сложностей с доступностью жизненно необходимой лекарственной терапии и медицинской помощи в рамках оказания плановой специализированной медицинской помощи в стационарах, дефицита лекарственных препаратов. Сложности, в частности, испытывали взрослые и дети с ревматическими заболеваниями с высокой степенью активности заболевания или требующие циклической иммуносупрессивной терапии, с воспалительными заболеваниями кишечника, с синдромом короткой кишки, а также при несовершенном остеогенезе, муковисцидозе, первичном иммунодефиците, хронических гепатитах В и Сидр.

Возникает опасность того, что список пострадавших от COVID-19 может расшириться за счет пациентов, не получивших вовремя жизнеспасающую терапию.

Ограничение доступа пациентов к услугам стационаров стало одним из побочных явлений борьбы с пандемией. Выходом в такой ситуации могло стать оказание помощи силами стационаров на дому. Формально такая возможность существует, хотя порядок оказания медицинской помощи в условиях стационара на дому в нормативно-правовых актах, регламентирующих организацию оказания медицинской помощи, отсутствует. ВСП считает, что современные технологии сегодня позволяют получать необходимую помощь под дистанционным контролем медицинского работника вне рамок стационара. Получив соответствующие обращения пациентов, мы направили письмо главе Минздрава России с предложением разработать порядок оказания медицинской помощи в условиях стационара на дому.

Поступающие сигналы от фармацевтических компаний, общественников и пациентов стали еще одним поводом для обращения в разгар эпидемии с призывом не допустить перерывов в поставках жизнеспасающих препаратов для паци-

ентов с хроническими заболеваниями. Такое обращение было направлено в адрес Председателя Правительства Российской Федерации. Идея заключалась в оценке возможности допуска производства, поставки, таможенного оформления на российский рынок немаркированных лекарственных препаратов на срок до 1 января 2021. Мера вынужденная и должна была коснуться жизнеспасающих препаратов для лиц с хроническими высокозатратными заболеваниями.

Кроме названных групп пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, с дефицитом лекарственных препаратов мог столкнуться гораздо более широкий круг пациентов.

### ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ

Требования об обязательном предъявлении справок об отсутствии COVID-19 у хронических пациентов, которые должны продолжать терапию и наблюдение в специализированных лечебных учреждениях, стали поводом для обращения ВСП в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Буквально в течение нескольких рабочих дней Фонд выступил с официальной позицией. Требования результатов тестов на COVID-19 для оказания медицинской помощи, в том числе и для госпитализации пациентов с хроническими заболеваниями, были признаны необоснованными, а отказы в оказании медицинской помощи без результатов этого анализа — недопустимыми. Информация нами была незамедлительно доведена до пациентов.

Нужно сказать, что органы власти отреагировали оперативно на обратную связь от пациентов, предоставляемую общественными организациями. Это стало характерной особенностью позиции власти и профессионального сообщества в период пандемии.

Более того, такая позиция носит системный характер. Мониторинг доступности



**Юрий Жулёв** Сопредседатель Всероссийского союза пациентов

медпомощи вошел в перечень поручений Президента России в мае 2020 года. Президент поручил руководителям высших исполнительных органов государственной власти в сфере здравоохранения осуществлять еженедельный мониторинг и отчет об уровне доступности медпомощи пациентам с хроническими заболеваниями, в том числе сердечно-сосудистыми и онкологическими, и обеспечения больных и медорганизаций необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

Таким образом, были услышаны и взяты на контроль инициативы, с которыми к органам власти обращался Всероссийский союз пациентов. Это значит, что мнения пациентов, обращения на горячую линию услышаны и могут стать реальным рычагом изменения ситуации в здравоохранении.

Общественные организации продолжат мониторинг соблюдения прав пациентов, уже руководствуясь задачами, сформулированными в перечне поручений главы государства.



## ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ Всероссийского союза пациентов 8-800-500-82-66

В 2019 году на горячую линию Всероссийского союза пациентов всего поступило 4348 обращений из 72 регионов России, а специалисты линии предоставили пациентам 1277 консультаций. Статистика обращений пациентов на горячую линию Всероссийского союза пациентов показывает, что граждане России имеют слабое представление о том, как организована медицинская помощь в нашей стране и куда обращаться в случае нарушения прав на получение бесплатной медицинской помощи, а также о своих правах на льготное лекарственное обеспечение и как их защитить.

### ТЕМЫ ОБРАШЕНИЙ

На первом и втором месте в структуре обращений на горячую линию стоят вопросы организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения. На третьем месте — качество медицинской помощи и вопросы прохождения медико-социальной экспертизы (по 11,2 %). Еще 3,3 % составляют вопросы взаимодействия с Фондом социального страхования, которые в основном касаются получения, замены или возмещения затрат на приобретение ТСР, а также очереди на санаторно-курортное лечение.

Другие вопросы — получение контактов органов управления здравоохранением, медицинских и дру-гих организаций, а также конфликты при получении платных услуг, трудовое право, помощь психиатрическим пациентам, обезболивание и др.

Признаки нарушения права пациента на получение бесплатной медицинской помощи присутствуют в 41,2 % вопросов по теме организации медицинской помощи и в 66,5 % обращений по теме льготного лекарственного обеспечения

### ГЕОГРАФИЯ ОБРАЩЕНИЙ

10,8 % Волгоградская обл.

**8,7** % Самарская обл. **8.3** % Москва 7,6 % Санкт-Петербург 6,5 % Краснодарский край 6,3 % Московская обл. **5** % и менее – другие регионы

### Структура обращений на горячую линию по защите прав пациентов в 2019 г.

41,9 % Организация медицинской помощи

23,0 % Лекарственное обеспечение

11,2 % Качество медицинской

**11,2 %** мсэ



**3,3%** ΦCC



**9.4 %** Другие



# ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



### Вопросы организации медицинской помощи

- сроки ожидания медицинской помоши
- правомерность направления на платные диагностические процедуры
- порядок оказания медицинской помощи
- порядок посещения врачей



# Обращения по медицинской помощи в амбулатории

Другие темы обращений: 16,9 % — организация медицинской помощи в стационаре

2,8 % — организация работы «скорой помощи»



# Присутствуют признаки нарушения прав пациентов на получение бесплатной медицинской помощи

- нарушение сроков оказания медицинской помощи: ожидание диагностических процедур, консультаций врачей-специалистов
- навязывание платных услуг

Из этих нарушений 40 % касаются организации медицинской помощи в амбулатории, 44 % — в стационаре



# Пациенты до звонка на горячую линию не обращались в другие инстанции

- в 11,4 % случаев направляли письменные обращения администрации поликлиники
- другие обращения устно в адрес администрации поликлиники, в страховые компании, в органы управления здравоохранением

### ВОПРОСЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ



Вопросы лекарственного обеспечения стоят на втором месте в структуре обращений на горячую линию, их доля — 23 % от общего числа звонков на горячую линию.



# Доля обращений по вопросам льготного лекарственного обеспечения в амбулаторном звене

Другие обращения пациентов:

25,6 % лекарственное обеспечение в аптеке, только вопросы льготного обеспечения

4 % лекарственное обеспечение в стационаре



# Присутствуют признаки нарушения прав пациентов на получение льготного лекарственного обеспечения

82,5 % обращений, касающихся обслуживания льготных рецептов в аптеке, имеют признаки нарушения прав

59,2 % обращений, касающихся ситуаций в амбулаторном звене, имеют признаки нарушения прав

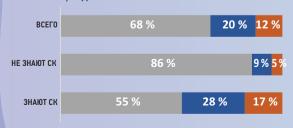
91,7 % обращений, касающихся ситуаций в стационаре, имеют признаки нарушения прав



### Пациенты до звонка на горячую линию не обращались в другие инстанции

- в 5,6 % случаев направляли письменные обращения в адрес администрации поликлиники
- другие обращения устно в адрес администрации поликлиники, в страховые компании, в территориальный Росздравнадзор, в органы управления здравоохранением

### Обращения абонентов горячей линии в страховые компании, задействованные в системе ОМС



Не обращались

■Обращались без результата

■ Обращались результативно



Диалог, пожалуй, лучший способ обсуждения важных вопросов — только так можно услышать мнение друг друга и прийти к нужному решению. В заочной дискуссии свою точку зрения на страхование и досудебное урегулирование споров представили Президент ВСС Игорь Юргенс и главный финансовый уполномоченный Юрий Воронин.

ОБРАЩЕНИЯ В СЛУЖБУ ФИНАНСОВОГО УПОЛНОМОЧЕННОГО ЗА 2019 Г.

**91,4** тыс. обращений — поступило за 7 месяцев от потребителей

**95,3 % из них** — содержат требования по договорам ОСАГО

**210,6** тыс. руб. — средний размер требований потребителей

28 ноября прошлого года мы стали рассматривать споры и по остальным видам страхования, кроме ОМС.

Если брать во внимание данные за фактический год нашей работы, то есть за период с 1 июня 2019 года по 1 июня текущего года, то результаты деятельности более чем впечатляющие. За фактический год поступило 166 969 обращений, финансовыми уполномоченными принято 71 033 решения.

ССТ: Главная задача института финансового уполномоченного — обеспечение соблюдения прав потребителей финансовых услуг и, как следствие, снижение количества судебных споров. Это достигнуто?

Ю. В.: По результатам рассмотрения обращений принято 37,4 тыс. решений финансового уполномоченного, из которых 30,9 тыс. решений по существу спора. Но оценивать эффективность работы института нужно не только количеством принятых решений, когда спор между потребителем и финансовой компанией разрешился финансовым уполномоченным. Дело в том, что есть определенная доля претензий потребителей, которая не доходит до финансового уполномоченного потому, что разногласия сторон



разрешились на претензионной стадии. И такие ситуации, когда финансовая компания идёт навстречу клиенту, понимая, что передача спора финансовому уполномоченному может повлечь для нее уплату взноса в фонд финансирования деятельности финансового уполномоченного, стали возможны благодаря появлению нашего института.

Если говорить о сокращении количества судебных споров, то и здесь заметен результат нашей деятельности. В феврале текущего года Председатель Верховного Суда РФ Вячеслав Лебедев сообщил, что введение досудебного порядка урегулирования споров финансовым уполномоченным способствовало существенному сокращению количества судебных споров по договорам ОСАГО и каско.



**И. Ю.**: Страховое сообщество реально ощутило, какое количество обращений граждан, особенно по ОСАГО,

перешло из судов к финансовому уполномоченному. При этом сроки рассмотрения обращений граждан резко сократились, потребители стали психологически более спокойно воспринимать несогласие по выплатам со страховщиками, понимая, что теперь есть уполномоченный, который быстро и без затрат рассмотрит спор.

Страховщики стали тратить на споры с потребителем существенно меньше денег (и это с учетом тех расходов, которые они несут в связи с рассмотрением претензий финансовым уполномоченным). А ведь раньше даже мелкие споры, которые переходили в суд, выливались для страховщиков в большие суммы. В судах активное участие принимали посредники-автоюристы. А институт фином-будсмена создан именно таким образом, что посредники не нужны.

Пока нет точной статистики, но уже сегодня видно, что от введения института финансового уполномоченного выиграли и страховые компании, и потребители страховых услуг.

ССТ: Страховые компании обязаны в течение пяти рабочих дней предоставлять документы по запросу финансового уполномоченного. Удается ли справляться с такими сроками? Повлияла ли на сроки пандемия коронавируса?



**Ю. В.**: Закон «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» предусматривает беспрецедентно

короткие для мировой практики и уникальные для российского правопорядка сроки рассмотрения обращений потребителей. Финансовый уполномоченный рассматривает обращение потребителя и принимает по нему решение в течение 15 рабочих дней. Если по предмету спора нужно произвести независимую экспертизу, то рассмотрение приостанавливается на время экспертизы, но не более чем на 10 рабочих дней.

Такие короткие сроки, естественно, определяют и непродолжительный период времени для ответа на запрос финансового уполномоченного. По закону финансовая организация обязана предоставить нам разъяснения и документы, связанные с рассмотрением обращения, в течение пяти рабочих дней со дня получения запроса финансового уполномоченного.

Подчеркну, что в дни, объявленные указами Президента Российской Федерации нерабочими в связи с распространением коронавирусной инфекции, Служба финансового уполномоченного продолжила свою деятельность в дистанционном режиме. В эти дни осуществлялся приём и рассмотрение обращений, а финансовые уполномоченные выносили решения по результатам их рассмотрения. В апреле финансовые уполномоченные приняли 7861 решение.

Взаимодействие АНО «СОДФУ» с финансовыми организациями при рассмотрении

обращений потребителей финансовых услуг, как и ранее, во время пандемии коронавируса осуществлялось посредством личного кабинета на официальном сайте финансового уполномоченного. Не все страховые компании в этот период времени обеспечили предоставление документов и информации по запросу финансового уполномоченного, поэтому рассмотрение такой категории дел продолжилось после окончания режима нерабочих дней. Отмечу, что количество таких дел было незначительным.



**И. Ю.**: Действительно, сроки достаточно жесткие, но страховщики относятся к этому с пониманием. Была

создана рабочая группа во главе с ВСС, которая совместно со Службой обеспечения деятельности финансового уполномоченного (СОДФУ) постоянно работает над оптимизацией этого процесса в части работы личных кабинетов, формирования своевременного и полного запроса, информативности представляемых документов, исключения ненужных документов из запросов и т. д. Не все сразу хорошо получалось в этом взаимодействии.

Например, страховщики не всегда понимают логику запросов: какие данные или какую информацию омбудсмен хочет получить. Иногда запросы удивляют их своей избыточностью. Между тем, существует и развивается бюро страховых историй. В конечном счете эта база должна включать все виды страхования, всю информацию по убыткам и по заключенным договорам. В перспективе возможно подключение к ней Службы финансового уполномоченного — в этом случае омбудсмен может все посмотреть там.

Максимальная проблема возникла в период с октября по декабрь прошлого года: на сайте омбудсмена были технические сбои, сроки не выдерживались — и не всегда потому, что страховщик не хотел отправлять документы. Но сейчас мы видим, что серьезных проблем уже нет.

С другой стороны, некоторые компании принципиально не предоставляют информацию, например, потому, что подозревают мошеннические действия клиента и понимают, что им все равно придется обращаться в суд. В этом случае, не предоставляя все документы, они держат козырь в рукаве для суда.

Финансовый уполномоченный обязан в любом случае рассмотреть обращение. Если ни страхователь, ни страховщик не предоставили никаких документов, финомбудсмен дает страхователю отказ, и у того возникает право идти в суд.

ССТ: Процедура досудебного урегулирования спора предполагает, что потребитель до заявления финансовому уполномоченному должен подать претензию к финансовой организации. Как часто удается не доводить дело до обращения в Службу финансового уполномоченного?



**Ю. В.**: Действительно, досудебный порядок урегулирования не ограничивается только рассмотрением финансовым

уполномоченным спора потребителя с финансовой организацией. Институт финансового уполномоченного призван побудить компанию урегулировать спор с клиентом на своем уровне, не доводя его до финансового уполномоченного, а тем более до суда. Качественная работа финансовой компании на претензионной стадии позволяет ей избежать расходов, связанных с оплатой взноса в фонд финансирования деятельности финансового уполномоченного.

Поведенческие изменения сейчас ещё сложно отследить, должно пройти больше времени, мы должны собрать больше информации. Эффективность претензионной стадии могут иллюстрировать такие показатели, как снижение количества решений финансового уполномоченного об удовлетворении требований потребителей и уменьшение общего количества обращений потребителей к финансовому уполномоченному.



В целях анализа эффективности претензионного этапа мы обратились во Всероссийский союз страховщиков с просьбой оказать содействие службе в получении информации от страховых компаний о количестве претензий потребителей, урегулированных на этой стадии.



И. Ю.: Это очень правильный процесс, который позволяет страховщику понять, с чем не согласен потребитель, и

решить спор мирным путем. И количество досудебных претензий, по которым между сторонами были достигнуты мирные решения, достаточно велико. Часто потребитель просто не понимает, как сложилась величина выплаты по убытку, и ему бывает достаточно устных или письменных объяснений страховщика.

Но все же есть ситуации, когда потребитель «специальным» образом подает свою претензию, чтобы быстро перепрыгнуть обращение к страховщику и пойти либо к омбудсмену, либо в суд. Как правило, это характерно для недобросовестных страхователей или посредников.

Сейчас достигнут паритет: количество дел, рассмотренных омбудсменом в пользу страховщиков, примерно такое же, как в пользу страхователя.

Кстати, на начальном этапе работы службы финомбудсмена, когда суды не очень хорошо были знакомы с новым порядком рассмотрения претензий, они принимали к рассмотрению дела, которые не прошли через финансового уполномоченного. Сейчас этой проблемы нет: суды работают четко и принимают претензии только после вынесения решения омбудсменом.

### ССТ: По каким причинам жалоба потребителя может быть не принята к рассмотрению финансовым уполномоченным?



Ю. В.: В 2019 году 40,8 тыс. обращений потребителей не были приняты к рассмотрению финансовыми уполномо-

ченными по различным процессуальным причинам, предусмотренным законом, главной из которых является несоблюдение потребителями обязательного претензионного порядка. К сожалению, значительная часть потребителей, не удовлетворенных страховой выплатой, не знает, что до обращения к финансовому уполномоченному необходимо сначала обратиться с претензией к страховой компании. И только после этого, если осталась необходимость защиты нарушенного права, обращаться к финансовому уполномоченному. При этом потребитель, которому возвращено обращение по причине несоблюдения претензионного порядка, вправе повторно обратиться к финансовому уполномоченному после его соблюдения.

Служба ведёт постоянную разъяснительную работу среди потребителей финансовых услуг. Нами разработаны различные информационные материалы для потребителей и направлены для распространения в Роспотребнадзор, Банк России, МВД России, Всероссийский союз страховщиков, МФЦ в субъектах Российской Федерации, судебные органы. Кроме этого, подробное описание досудебного порядка урегулирования споров, включая видео инструкции, размещены на нашем официальном сайте.

В то же время считаю целесообразным и очень важным проводить информирование потребителей непосредственно страховыми компаниями, как во время заключения договора, так и в момент выплаты клиенту страхового возмещения.



**И. Ю.**: Законом предусмотрены ситуации, по которым обращения не подлежат рассмотрению — ст. 19 №123-ФЗ. В первую

очередь, спорная сумма не должна превышать 500 тыс. рублей по всем видам страхования, кроме ОСАГО. Когда идут споры на миллионы, нужно, чтобы они проходили именно в судах. И должны быть специально подготовленные судьи, которые могут внимательно вникнуть в суть спора. Не будем забывать, что у финансового омбудсмена есть ограничения по срокам принятия решения — практически 15 дней. За это время сложно рассмотреть убыток на крупную сумму и провести экспертизу. Поэтому пока мы не видим аргументов в пользу увеличения лимита по рассмотрению дел омбудсменом.

Часто потребители перед подачей обращения к финансовому уполномоченному забывают предварительно обратиться с претензией к страховщику, что тоже влечет отказ. Потребитель может подать обращение в простой форме, написанной от руки, но если текст такого обращения не будет подлежать прочтению, то уполномоченный будет вынужден отказать в приеме такого обращения. Также важно помнить, что со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, должно пройти не более трех лет.

ССТ: По закону финансовые организации должны заниматься информированием потребителей о порядке досудебного урегулирования споров. Каковы результаты этой работы?



**И. Ю.**: Страховые компании, в первую очередь, заинтересованы, чтобы потребитель с претензией сначала обращался

непосредственно к своему страховщику, где обязательно будет предпринята попытка урегулировать спор мирным путем. Страховщики также размещают информацию о порядке обращения к финансовому уполномоченному на сайте.



**Ю. В.**: Следует еще раз отметить, что в 79,3 % случаев отказ финансового уполномоченного в принятии к рассмотрению

обращения связан с несоблюдением потребителем претензионного порядка. От общего количества поступивших обращений доля заявлений, не принятых финансовым уполномоченным к рассмотрению по указанному основанию, составила 27,5 %.

Снижению доли отказов, связанных с несоблюдением претензионного порядка, должно способствовать информирование финансовыми организациями своих клиентов о досудебном порядке урегулирования споров, в том числе и о необходимости обязательного соблюдения претензионного этапа такого урегулирования.

Обязанность информирования потребителей возложена на финансовые организации законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

В апреле текущего года мы провели свое исследование, нами были проанализированы сайты пятидесяти крупнейших по числу действующих договоров страховых компаний. Согласно полученным результатам, информацию о деятельности финансового уполномоченного в полном объеме разместили 38 компаний, частично разместили информацию 9 компаний. Не удалось найти информацию о досудебном порядке урегулирования споров на сайте трёх страховых компаний, на долю которых приходится 8,7 % договоров.



По нашему мнению, требуется более эффективная информационная поддержка потребителя непосредственно со стороны самих финансовых организаций. В этой части возможности компаний с точки зрения продвижения необходимой информации гораздо шире, поскольку они имеют непосредственный контакт с клиентами. Рассчитываем, что страховые компании предпримут дополнительные меры по усилению информационной поддержки своих клиентов о порядке досудебного урегулирования споров и, что особенно важно о его претензионной стадии.

ССТ: Разрешение спора финансовым уполномоченным, а также своевременное и полное исполнение его решения не исключает взыскание судами со страховой компании пени, неустоек и финансовых санкций. Как Вы относитесь к этой ситуации? Требует ли существующая практика изменений?



Ю. В.: По нашей статистике, из 16,2 тыс. решений, вынесенных в пользу потребителей, финансовыми компаниями было

обжаловано 30 %. Поясню, что более 70 % случаев таких обжалований происходит с одной целью — снизить размер неустойки на основании ст. 333 гражданского Кодекса Российской Федерации. Дело в том, что при явном несоответствии неустойки размеру ущерба принять решение о её снижении может только суд. С учетом устоявшейся судебной практики суды практически в 100 % случаев снижают размер неустойки. Финансовые уполномоченные не наделены компетенцией принимать такие решения, поэтому страховые компании активно обжалуют решения финансовых уполномоченных. Без этого фактора число обжалований было бы значительно меньше.

Мы не поддерживаем такую практику, поскольку она отрицательно сказывается, в первую очередь, на потребителях. Пока не вступило в силу решение суда, невозможно исполнение решения финансового уполномоченного и, соответственно, задерживается восстановление нарушенного права потребителя.



И. Ю.: Качество можно оценить, анализируя количество отказов по принятым омбудсменом решениям в

судах. В 2019 году, когда служба только начинала свою работу, пошел большой поток споров. Не было практики по расследованию, по проведению экспертизы, по рассмотрению споров — понятно, что не всегда решения финомбудсмена были обоснованы, с ними не всегда были согласны и страхователи, и страховщики.

Недавно финансовый омбудсмен опубликовал рейтинг страховых компаний, который показывает, какое количество жалоб со стороны клиентов поступает на того или иного страховщика. В топ рейтинга закономерно попала пятерка ведущих компаний — просто в силу объемов своего бизнеса. Но так подавать информацию нельзя! Нужно анализировать не абсолютные цифры, а относительные: процент обращений к омбудсмену от всех заявленных и урегулированных убытков. В противном случае рейтинг только вводит в заблуждение и подрывает репутацию всей страховой отрасли. Мы видим очень опасную тенденцию возвращения к общественному обвинению страховщиков, что они не платят.

### ССТ: Каким образом планируется урегулировать вопрос с неустойкой по ст. 333 ГК РФ?



Ю. В.: Мы поставили эту и некоторые другие проблемы реализации нашего закона перед Верховным Судом

Российской Федерации. Верховный суд, как мы знаем, воздержался от дачи разъяснений по указанному вопросу.

В настоящее время нами прорабатывается вопрос о возможности принятия

дополнительных разъяснений Верховным судом по вопросу, связанному со снижением неустойки. Кроме этого, нами разработан проект соответствующих изменений в закон «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг». Надеемся, что в 2020 году мы сумеем разрешить указанную ситуацию.



И. Ю.: Ряд ведущих страховых компаний считает, что вопрос о пени в соответствии с 333-й статьей ГК РФ должен рассма-

тривать только суд. Но, с другой стороны, спор, который рассматривает омбудсмен, может быть связан с недоплатой, и когда финансовый уполномоченный принимает решение — зачем страховщикам еще раз идти в суд? Здесь последнее слово за Верховным Судом РФ.

## ССТ: Сталкиваетесь ли Вы по-прежнему с действиями мошенников?



**Ю. В.**: Служба финансового уполномоченного столкнулась с откровенным мошенничеством — был выявлен факт

подделки решения финансового уполномоченного, которое в действительности не принималось. В фальшивом документе были указаны данные заявителя, который в Службу финансового уполномоченного не обращался. Несуществующее решение финансового уполномоченного представитель выгодоприобретателя направил на электронную почту страховой компании, чтобы получить страховое возмещение по ОСАГО, взыскать которое якобы постановил финансовый уполномоченный. Материалы по этому факту мы направили в правоохранительные органы.

Кроме этого, выявлены два факта подделки удостоверений финансового уполномоченного, которые были предъявлены судебным приставам для принудительного взыскания денежных средств от двух страховых организаций. Разъяснения службы о том, что указанные удостоверения финансовым уполномоченным не выдавались, позволили прекратить начатые исполнительные производства. В настоящее время мы готовим материалы для направления заявлений в правоохранительные органы с целью привлечения лиц, изготовивших и предъявивших для исполнения поддельные удостоверения, к уголовной ответственности.

В своей деятельности мы выявляем признаки недобросовестных практик посредников, которые работают не в целях защиты нарушенных прав граждан, а в целях получения личной выгоды за счет взыскания со страховых организаций денежных средств.

Рассмотрение обращений, направленных потребителями, осуществляется финансовым уполномоченным бесплатно. А вот рассмотрение обращений, направленных третьими лицами, которым уступлено право требования потребителя к финансовым организациям, осуществляется за плату, размер которой составляет 15 тыс. руб. за рассмотрение каждого обращения.

Нами выявлен ряд фактов, которые могут свидетельствовать о том, что посредники, действуя от имени потребителей, не только нарушают порядок досудебного урегулирования, но и наносят имущественный ущерб службе путем уклонения от внесения платы за рассмотрение обращений.

Службой обеспечения деятельности финансового уполномоченного выявлены случаи направления обращений через личный кабинет потребителя, в которых в качестве способа получения ответа финансового уполномоченного о результатах рассмотрения обращений указано направление его на одинако-

вые адреса электронной почты, которые принадлежат юридическим лицам, оказывающим услуги потребителям по взысканию денежных средств со страховых организаций. Несмотря на то, что остальные контактные данные потребителей, указанные при подаче обращений, в каждом конкретном случае являются индивидуальными, электронная почта все равно остается единственным используемым каналом связи, поскольку сервис SMS-уведомления о поступающих в личный кабинет потребителя документах от финансового уполномоченного при подаче обращения был отключен заявителем. По этой причине информацию о результатах рассмотрения обращения можно получить только путём проверки почтовых сообщений, направленных владельцу аккаунта электронной почты. Это позволяет предположить, что реальные потребители финансовых услуг, от чьего имени направлялись обращения, не получают информацию о ходе их рассмотрения, а, следовательно, утратили интерес к его исходу, что в свою очередь может свидетельствовать о передаче ими прав требования третьим лицам.

Служба предпринимает меры по пресечению и предотвращению подобных практик.



**И. Ю.**: Большая доля автоюристов сейчас по-прежнему пытается вытаскивать страховщиков в суды. Сегодня

они часто маскируются под физическое лицо, поэтому важно работать над идентификацией потребителя при подаче жалобы — это процесс еще не доработан. Дело в том, что юридические лица за обращение к финансовому омбудсмену должны платить пошлину, а физические лица могут обращаться бесплатно.

По ОСАГО мы видим попытки потребителей изменить реальную ситуацию с повреждениями через независимую экспертизу, результаты которой необоснованно расходятся с заключением экспертизы страховщика. Просматриваются и другие недобросовестные действия, направленные на завышение стоимости убытков.

ССТ: Как Вы видите перспективы развития взаимодействия страхового сообщества и Службы финансового уполномоченного?



**И. Ю.**: Сегодня все принципиальные вопросы и возникающие проблемы рассматриваются страховым сообществом

в конструктивном диалоге с СОДФУ. Очень важна формализация, нужны точные правильные процессы. К примеру, у страховщиков налажен бизнес-процесс рассмотрения претензии, убытков, запросов в госорганы и экспертизу, определенным образом подтверждается наступление страхового случая. Финомбудсмен, проверяя эти действия, должен следовать тем же методикам. Если подходы страховщиков и омбудсмена будут различаться, выяснить, кто прав, а кто виноват, будет невозможно. Сегодня создана специальная рабочая группа, которая как раз и занимается согласованием необходимых стандартов.

Еще один вопрос — это дифференцированная ставка, которую страховщики платят за рассмотрение обращений граждан финомбудсменом. Сейчас это 30 тыс. руб. с повышающим коэффициентом до 45 тыс. Большинство оплат находятся у границы в 45 тыс. руб. У страховщиков есть мнение, что нужно ввести дополнительные коэффициенты, которые учитывали бы виды страховых услуг. Понятно, что ОСАГО отличается от страхования жизни и страхования имущества — в каждом виде страхования расходы на рассмотрение дел должны быть сопоставлены с их сложностью и трудоемкостью.

Есть разница в решении: доплатить 10 тыс. или 500 тыс. руб. Еще аспект — полное или частичное удовлетворение

жалобы. Страховщики считают, что нужно вводить коэффициенты, которые должны отражать правильность позиции, принятой страховой компанией.

Сегодня ВСС рассматривает предложения страховых компаний, а затем они будут представлены для обсуждения финомбудсмену. Нам нужно найти баланс интересов всех участников страховых отношений, при этом соблюдая и защищая права потребителей страховых услуг.



**Ю. В.**: Служба финансового уполномоченного активно взаимодействует со страховым сообществом с момента своего

создания. Такое взаимодействие предусмотрено в первую очередь законом. Представители страхового сообщества входят в состав Совета службы финансового уполномоченного и в состав нашего экспертного совета. Работа указанных органов позволяет обсуждать ключевые вопросы, связанные с организацией работы Службы финансового уполномоченного, с методологией рассмотрения обращений потребителей, выработкой единых подходов к урегулированию споров.

Взаимодействие со страховым сообществом осуществляется нами также в форме рабочих групп, в состав которых входят специалисты службы, страховых компаний и Всероссийского союза страховщиков. Рабочие группы призваны обеспечить развитие нашего взаимодействия по различным направлениям деятельности, начиная от взаимодействия в сфере информационных технологий и заканчивая вопросами судебного обжалования решений финансового уполномоченного.

Значительную роль в организации такого взаимодействия играет Всероссийский союз страховщиков, представители которого участвуют в работе всех органов и рабочих групп Службы финансового уполномоченного.

В завершение хотелось бы поблагодарить Всероссийский союз страховщиков в лице его Президента Игоря Юрьевича

### На 40 % сократилось

число дел о взыскании выплат по договорам ОСАГО и каско, рассмотренных судами общей юрисдикции по результатам 7 месяцев работы финансового уполномоченного

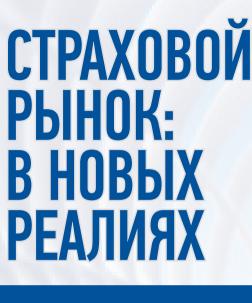
**273 тыс. дел** 



**164 тыс. дел** 2019 г.

Юргенса за активное участие в становлении нового досудебного порядка урегулирования споров и значительный вклад в развитие взаимодействия Службы финансового уполномоченного и страхового сообщества. Выражаю надежду, что такое конструктивное взаимодействие продолжится, что все возникающие в нашей работе вопросы будут и далее разрешаться на площадках Службы финансового уполномоченного.





Свою точку зрения о сложностях, возникших у страховщиков в связи с эпидемией коронавируса, открывающихся возможностях и о том, как может выглядеть страховой рынок после пандемии, представляет генеральный директор Страхового Дома ВСК Александр Яковлевич Тарновский.



ССТ: По мнению экспертов, страховщиков ждет сложный год. Как Вы оцениваете текущую ситуацию на рынке?

Александр Тарновский: По оценкам Банка России, ключевым итогом развития финансовой системы к настоящему моменту является то, что российские финансовые институты способны справиться с текущими вызовами. Страховой рынок имеет достаточный потенциал для скорейшего возвращения на траекторию роста. И это действительно так.

Мы понимаем, что финансовые рынки могут испытать определенные негативные последствия, вызванные теми неблагоприятными факторами, которые сложились с начала года.

Но уже сегодня начинают отменяться ограничения для целого ряда бизнесов — гостиничного, ресторанного, туристического, авиа- и грузоперевозок и т.д. Деловая активность постепенно возвращается.

Один из вызовов, с которым столкнулось большинство компаний — перевод сотрудников на удаленный режим работы. Не исключение и страховая отрасль. Эта вынужденная мера привела к определенным дополнительным издержкам и вызвала ряд неудобств для клиентов. В первую очередь, в обязательных видах страхования. Но необходимо отметить, что все лидеры рынка достаточно быстро перестроились и переформатировали свои бизнес-процессы.

Перевод на удаленную работу выявил целый ряд дополнительных возможностей для самих страховщиков, о чем раньше многие не задумывались. Оказалось, что целый ряд функций действительно можно осуществлять удаленно, без ущерба их качеству через функционирование и расширение мобильных сервисов.

Думаю, что многие страховые компании, в тех или иных объемах, сохранят отдельные бизнес-процессы на удаленном режиме.

Говоря о перспективах развития, мы прогнозируем снижение сборов страхо-

вых премий, в первую очередь, по всем добровольным видам страхования на 15 % и более.

Одновременно прогнозируется рост страховых выплат. Однако уже сегодня становится очевидным, что страховая отрасль вполне может справиться с имеющимися вызовами.

Также не нужно забывать, что в большинстве регионов, в отличие от Москвы, ситуация с коронавирусом была и остается гораздо менее проблематичной. Во многих субъектах Российской Федерации предприятия и целые отрасли уже вернулись к нормальной, полноценной деятельности. Мы видим, что постепенно это происходит и в Московском регионе.

Поэтому, думаю, в ближайшей перспективе страховая отрасль сможет заработать на полную мощность, наверстывая то, что было упущено в первом полугодии текущего года. Во всяком случае, на примере ВСК, цифры свидетельствуют именно об этом.

ССТ: Если регуляторная нагрузка возрастает, должно ли государство открывать новые сегменты рынка для страховщиков, например, дать налоговые льготы предприятиям для страхования их профессиональной ответственности или ответственности за качество продукции?

**А.Т.**: По всей видимости, нужно говорить о мерах комплексного характера, в том числе о поддержке самих страхователей. В частности, это могут быть налоговые льготы предприятиям для страхования их профессиональной ответственности, ответственности за качество продукции и т. п.

Практика предоставления налоговых льгот, использование разнообразных форм и методов финансово-экономического взаимодействия государства, страховщика и потребителя должна быть как можно шире и многообразнее. От этого выиграют и сами страховщики, и потребители, и государство.





В начале ситуации с пандемией страховое сообщество предложило Центробанку пакет мер, направленных на обеспечение финансовой устойчивости страхового рынка:

- ввести мораторий на признание отрицательной переоценки по портфелям ценных бумаг страховщиков с 1 февраля 2020 года сроком на полгода;
- перенести на 1-2 года сроки применения основных нормативных актов, устанавливающих новые или изменяющие действующие требования регулирования, в том числе внедряемых в процессе перехода на риск-ориентированный подход, основанный на Solvency II;
- целый ряд других, касающихся сферы трудовых отношений, налоговых правоотношений, обработки персональных данных, защиты прав потребителей и др.

Мы видим пример агрострахования. Это направление сегодня демонстрирует серьезные темпы роста благодаря государственно-частному партнерству. Другой пример — механизм страхования жилья от чрезвычайных ситуаций. Один из существенных его элементов — совместное участие государства и страховщиков в покрытии убытков в зависимости от условий конкретной региональной программы.

Это очень интересный, новый механизм на отечественном рынке, и я думаю, что в ближайшей перспективе этот вид страхования будет развиваться достаточно динамично. На сегодняшний день уже 17 регионов выразили желание разработать свои региональные программы, многие приступили к этой работе.

ССТ: Какие предложения по совершенствованию страхового законодательства должны быть приняты в первую очередь?

А.Т.: В самом начале развития ситуации с пандемией страховое сообщество предложило Центральному Банку рассмотреть целый пакет первоочередных мер, направленных на обеспечение финансовой устойчивости и платежеспособности страхового рынка. Наиболее значимые из них были оперативно рассмотрены и учтены. Большой блок предложений касался сферы трудовых отношений, налоговых правоотношений, обработки персональных данных, защиты прав потребителей и др.

Это далеко не исчерпывающий перечень предложений и мер, направленных на стабилизацию ситуации на страховом рынке.

Важно отметить, что в этих условиях страховое сообщество и регулятор действовали крайне слаженно, оперативно, слушали и слышали друг друга, руководствуясь, прежде всего, интересами потребителей и необходимостью сохранения финансовой устойчивости отрасли в целом.

На мой взгляд, так должно быть всегда, не только в условиях кризисных ситуаций.

### ССТ: Кризис — время возможностей, какие возможности Вы видите?

**А.Т.**: Когда меня спрашивают о кризисе, на память приходит обозначение этого слова в китайском языке. Там используются два иероглифа: «опасность» и «возможность». Для профессионалов кризис — это всегда время возможностей. Основная задача состоит в том, чтобы эти возможности вовремя увидеть и быстрее конкурентов реализовать на практике.

Конечно, мы реально оцениваем положение вещей и предполагаем, что в течение определенного периода темпы роста страхового рынка могут оставаться невысокими. С другой стороны, мы также прогнозируем относительное увеличение объемов страховых выплат. Это объективная ситуация, и от этого никуда не денешься.

Тем не менее, перед нами стоит задача не просто сохранить бизнес, а активно и планомерно развиваться. Мы отчетливо понимаем, что и как нужно делать.

Кризис — это всегда экзамен на прочность. Он выявляет тех, кто способен быстро перегруппироваться, оперативно перестроить свои текущие бизнес-процессы, обеспечить качественное предоставление страховых услуг и качественный сервис на всех этапах взаимодействия с клиентом. Особенно важным становится умение качественно управлять финансовыми рисками и принимать взвешенные инвестиционные решения в сложных экономических услови-

Перед нами стоит задача не просто сохранить бизнес, а активно и планомерно развиваться. Мы отчетливо понимаем, что и как нужно делать.

ях. Обеспечение финансовой устойчивости и платежеспособности, пожалуй, сейчас ключевая задача каждого страховщика.

Вероятнее всего, ряд страховых компаний уйдет с рынка, но оставшиеся станут только сильнее и профессиональнее, что пойдет на благо, прежде всего, потребителям страховых услуг.

Безусловно, важнейшей темой в рамках развития рынка страхования остается дальнейшая либерализация системы ОСАГО. В этом направлении ведется достаточно активная работа, о чем, в частности, свидетельствует недавно принятый федеральный закон № 161-ФЗ, который вносит ряд существенных поправок в части изменения подходов к ценообразованию при заключении договоров ОСАГО.

Страховщикам предоставлено право самостоятельно определять подход к применению базовых ставок страховых тарифов в пределах их максимальных и минимальных значений, регулируемых ЦБ РФ, в зависимости от целого ряда факторов. При этом принципиально важно, что установленный перечень факторов является открытым. Банк России определит только те факторы, которые страховщикам применять будет запрещено (например, пол, национальность, вероисповедание и т. п.). То есть будет работать принцип — «разрешено все, что не запрещено».

Второй важный аспект принятого закона связан с возможностью заключения договоров ОСАГО без предоставления диагностической карты. Это норма введена специально до окончания пандемии. Такая возможность предоставлена на период до 30 сентября текущего года.

Соответствующая опция уже внедрена в ВСК. Наши клиенты теперь могут приобрести полис ОСАГО онлайн без предоставления диагностической карты или свидетельства о прохождении техосмотра.

Говоря о перспективах развития страхового рынка нельзя не обратить внимание на отдельные инициативы регулятора, которые вызывают серьезные опасения.





#### ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ДОРАБОТКИ КОНЦЕПЦИИ ИПОТЕЧНОГО СТРАХОВАНИЯ

- Провести сравнительный анализ тарификации на рынке страхования ипотечных заемщиков (по видам страхования, включая структуру тарифной ставки) в разрезе аффилированных с кредитными организациями и независимых страховщиков.
- Проанализировать статистику «миграций» страхователей после первого года ипотеки, а также количество аккредитованных страховых организаций в системообразующих Банках и статистику распределения продаж страховых услуг в них.
- Проработать методику расчета полной стоимости кредита.

Я имею в виду недавно разработанный проект Концепции ипотечного страхования.

#### ССТ: Что именно в этом проекте вызывает опасения?

А.Т.: И страховые, и кредитные организации — банки, безусловно, заинтересованы в дальнейшем повышении доступности ипотеки, прозрачности сопутствующих расходов на страхование и сокращении совокупных расходов заемщика при получении ипотечного кредита. Однако вызывает сомнение ключевое положение проекта Концепции, а именно: перенести расходы по страхованию ипотечных рисков с заемщика на банки.

По мнению профессионального сообщества, принятие проекта Концепции в текущей редакции грозит целым рядом существенных рисков и дополнительных издержек, прежде всего, для самих заемщиков, поскольку банки будут просто вынуждены компенсировать свои издержки за счет повышения ставок по ипотечным продуктам.

Помимо этого, возложение обязанности по страхованию на кредитора (банк) несет в себе существенные риски дальнейшего ограничения конкуренции.

При стремлении снизить расходы заемщика на страхование единственной эффективной и цивилизованной мерой является прямая конкурентная борьба за конечного клиента. В этой связи, по мнению и страхового, и банковского сообщества, проект Концепции нуждается в серьезной доработке. Соответствующие обращения от имени ВСС и АРБ уже направлены в адрес ЦБ РФ и других веломств.

Мы надеемся, что наши предложения будут услышаны, и регулятор, в конечном итоге, примет взвешенное решение с учетом позиции страхового и банковского сообщества, а также мнения ФАС России, Минфина России, Минэкономразвития и других заинтересованных ведомств.

Я уверен, что в конечном итоге после преодоления текущих кризисных явлений страховой рынок станет более финансово устойчивым, а страховщики более гибкими, надежными и профессиональными.

#### ССТ: Какие еще вопросы предстоит решать после эпидемии?

**А.Т.**: Существует еще ряд важных вопросов, которые направлены на дальнейшее развитие страхового рынка. В первую очередь, это работа над проектом Стратегии развития страховой деятельности на период до 2024 года, к которой Минфин России вместе со страховым сообществом недавно приступил.

Это дальнейшая работа по реформированию главы 48 гражданского кодекса, разработка законопроекта о бюро страховых историй, законодательное закрепление института маркетплейса, страховых детективов, работа по подготовке и реализации региональных программ страхования жилья от чрезвычайных ситуаций и много других задач, которые включены в Стратегию развития страховой отрасли до 2021 года, принятую ВСС и т. д.

Задач стоит много, но все они, на мой взгляд, вполне реализуемы.

## ССТ: Как Вы оцениваете перспективы развития страхового рынка?

**А.Т.**: Сегодня необходимо сделать акцент на создание новых, востребованных страховых продуктов, оперативно и профессионально реагировать на запросы рынка и потребности клиентов, развивать онлайн-сервисы, дистанционные каналы взаимодействия с клиентами.

Важно расширять клиентскую базу, а не только заниматься пролонгацией действующих договоров страхования. Именно

расширять, поскольку есть клиентские сегменты, которые вообще не уходили на «каникулы», а продолжали работать в нормальном режиме. Многие уже вернулись к привычному режиму работы.

Нужно не просто сохранить текущий уровень коммуникаций с клиентами, но и постоянно его наращивать.

На наш взгляд, большой потенциал в ближайшей перспективе есть у ДМС и телемедицины, у страхования рисков

от перерывов в производстве, страхования от вирусных заболеваний, страхования от киберугроз и целого ряда других направлений.

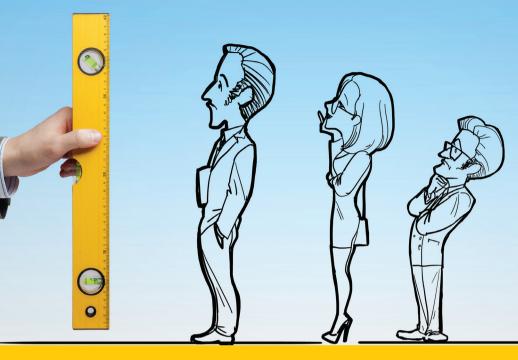
Чтобы идти в ногу со временем, нужно активно внедрять онлайн-сервисы как на стадии заключения договоров страхования, так и на этапе урегулирования. Все развивается в этом направлении, бизнес уходит в онлайн, и эта тенденция сохранится.

Крайне важно контролировать уровень страхового мошенничества и «потребительского экстремизма», поскольку во времена любого кризиса они обычно проявляются активнее.

Сегодня мы внесли определенные коррективы в нашу текущую политику, но стратегические цели и задачи у компании остаются прежними.

Я уверен, что в конечном итоге после преодоления текущих кризисных явлений страховой рынок станет более финансово устойчивым, а страховщики более гибкими, надежными и профессиональными. Одну из ключевых ролей в этом процессе должен сыграть тот позитивный опыт, который страховщики получили при взаимодействии с Банком России. Когда и рынок, и регулятор действовали сообща, чтобы максимально быстро, профессионально и эффективно преодолеть негативные кризисные явления, руководствуясь общими целями и задачами.





# **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ**

В реформе контрольно-надзорной деятельности огромная роль отводится добросовестности контролируемого лица. А она, в свою очередь, включает в себя грамотное использование такого инструмента, как страхование ответственности. Какие изменения в контроле и надзоре за предприятиями произойдут уже через полгода, рассказала первый вице-президент «ОПОРЫ РОССИИ», руководитель экспертной группы по национальному проекту «Малое и среднее предпринимательство и поддержка предпринимательской инициативы» Марина Блудян.

Современные страховые технологии: Как Вы оцениваете эффективность контрольно-надзорной деятельности в России?

Марина Блудян: На мой взгляд, контрольно-надзорная деятельность недостаточно эффективна, что приводит к значительному ущербу для охраняемых законом ценностей. Давайте задумаемся о некоторых цифрах. В Российской Федерации на федеральном уровне действуют 50 органов исполнительной власти, в которых работают более 200 тыс. человек. Ими осуществляется 221 вид государственного надзора и контроля. На региональном уровне осуществляется 49 видов регионального надзора и контроля, еще 16 видов контроля действует на муниципальном уровне. Тем не менее общие потери населения составляют несколько сотен тысяч человек в год!

#### Более 50 тыс. человек

за год в России погибают в дорожно-транспортных происшествиях, пожарах и от алкогольных отравлений контрафактным алкоголем

Сравнение с другими странами показывает, что Россия в несколько раз или на порядок уступает по показателям смертности, числу пострадавших, аварийности, нанесенному материальному ущербу и прочим видам случаев причинения вреда во многих сферах деятельности.

#### ССТ: Какова величина материального ущерба?

М. Б.: В России отсутствует действенная система учета материального ущерба по всем видам государственного контроля и надзора. Только от последствий пожаров и чрезвычайных ситуаций ущерб составляет десятки миллиардов рублей.

#### ЧИСЛО ПОГИБЩИХ ОТ ПОЖАРОВ В 2011 ГОДУ (на 100 тыс. населения)





**Марина Блудян** Первый вице-президент «ОПОРЫ РОССИИ»

#### ССТ: Принимаете ли вы во внимание ущерб, который несут предприниматели от избыточного контроля?

**М. Б.**: Да, и он очень велик! По разным оценкам, обременения, связанные с избыточными требованиями, могут составлять не менее 7.5 % ВВП.

Сейчас проверки одного и того же предпринимателя по ряду вопросов могут проводить сразу несколько ведомств. Например, требования по охране труда контролируют Роструд, Ростехнадзор, Роспотребнадзор, Ространснадзор, Росздравнадзор. Более того, их требования противоречат друг другу. Сложившееся положение дел отвращает людей от занятия бизнесом.

## ССТ: Какие задачи должна решить реформа контрольно-надзорной деятельности?

М. Б.: Реформа КНД — это не просто реформа, это настоящая революция. Она полностью поменяет принцип подхода к контролю и надзору. Для этого должен произойти полный переворот сознания контролеров.



Чиновник должен быть высокооплачиваемым консультантом и аналитиком, хорошо знающим, как работает бизнес. Его главная задача — не допустить потерь охраняемых законом ценностей: жизни и здоровья граждан, животных, растений, государственного и негосударственного имущества, исторических и нравственных ценностей.

## CCT: Как в этой связи должен измениться взгляд на управление рисками?

М. Б.: Использование системы управления рисками должно стать базовым механизмом, обеспечивающим реализацию новых подходов. Согласно законопроекту, выбор профилактических и контрольно-надзорных мероприятий, объем проверяемых обязательных требований, интенсивность и результаты должны определяться на основе оценки рисков. При плановом контроле это решение будет приниматься исходя из категории риска, при внеплановом — исходя из индикатора риска.

Проще говоря, будут учитываться тяжесть, масштаб и возможность устранения негативных последствий, которые могут наступить в результате несоблюдения организациями и гражданами обязательных требований.

Риски есть в любой деятельности. Это как вождение автомобиля и вероятность попасть в аварию. Но рисками надо управлять. Задача чиновников на местах — их минимизировать, то есть не наказывать и карать бизнес, а заниматься профилактикой, разъяснять, как предпринимателю избежать или минимизировать риски ведения бизнеса.

Количество и частота проверок должны находиться в прямой зависимости от отнесения деятельности юридического лица или частного предпринимателя к определенной категории риска или определенному классу опасности.

Основной целью реформы станет переход от проверок к профилактике. Кстати, премию контролерам нужно будет давать не за

## ПО ОЦЕНКАМ МИНЭКОНОМРАЗВИТИЯ РОССИИ

- Более 500 млрд рублей в год составляют совокупные расходы на контрольно-надзорную деятельность на федеральном уровне
- От 2 до 5 % ВВП или от 1,5 до 3,5 трлн рублей оценивают различные эксперты издержки бизнеса от избыточного административного давления

сумму собранных штрафов и количество проведенных проверок, а за то, что на вверенном ему участке отсутствуют нарушения и, соответственно, отсутствуют потери охраняемых законом ценностей.

## ССТ: Какие изменения в законодательстве произойдут?

М. Б.: Мы участвовали в работе над двумя законопроектами. В феврале в первом чтении был рассмотрен закон «О государственном контроле (надзоре)». Второй законопроект — «Об обязательных требованиях». По сути, это «регуляторная конституция», в которой прописано, как требования разрабатываются, как оцениваются, как применяются.

Изменения в законодательстве призваны устранить недостатки действующего правового регулирования государственного и муниципального контроля. Основными недостатками являются несистемность и наличие пробелов в регулировании, недостаточность регулирования вопросов профилактики нарушений обязательных требований. Также необходимо устранить неоправданный фокус на проведение проверок, являющихся наиболее затратным мероприятием как для бизнеса, так и для самих контрольно-надзорных органов.

Кроме того, будет предусмотрено обязательное принятие положений о каждом виде государственного контроля (надзора) и муниципального контроля.

# ССТ: Вы говорили о том, за что на самом деле нужно платить премии чиновникам. Это означает, что нужны иные подходы к оценке действий проверяющих органов?

М. Б.: Да, обязательно должна проводиться оценка деятельности контрольно-надзорного органа. Причем ее принцип должен быть основан не на количестве проверок и суммах штрафов. Результат работы контролеров — снижение потерь охраняемых законом ценностей. Например, работа Роспотребнадзора заключается в том, чтобы не допускать гибели и потери здоровья людей, а также обмана потребителей.

В законопроекте о контрольно-надзорной деятельности нам удалось сформулировать понятие «добросовестность». Это не просто красивое слово — это понятие можно измерить. Например, просчитать через коэффициенты.

Каждому предприятию будут присваиваться баллы. Если предприятие проводит аудит за собственные средства, имеет собственный комплаенс, страхует свою ответственность — все это вместе складывается в индекс добросовестности, который, в свою очередь, встраивается в формулу индекса риска. Для бизнеса это — новая возможность влиять на категорию риска. Например, если предприятие застраховало свою ответственность, оно автоматически понижает свою категорию риска и таким образом влияет на уменьшение количества проверок.

Особый акцент в законопроекте сделан на стимулирование добросовестности контролируемых лиц и профилактику рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям. Это означает, что проведение профилактических мероприятий является приоритетным по сравнению с контрольно-надзорными.

#### ССТ: Кто устанавливает индексы риска?

**М. Б.**: Разные сферы деятельности будут регулироваться по-разному, и для каждой будут устанавливаться свои уровни риска. Это логично, ведь есть предприятия

атомной энергии, а есть, например, обувные мастерские.

Если предприниматель ведет добросовестной бизнес, страхует свои риски и делает все, от него зависящее, чтобы никому не навредить — он будет освобожден от проверок.

#### ССТ: Как же стимулировать эту добросовестность?

М. Б.: Дополнительным механизмом для стимулирования добросовестного поведения контролируемых лиц является добровольное использование негосударственных форм контроля. Будут внедряться независимые оценки соблюдения обязательных требований (аудиты), которые помогут исключить проведение плановых и внеплановых контрольно-надзорных мероприятий по соответствующему предмету контроля.

При этом независимая организация должна нести ответственность в случае причинения вреда — это мотивирует к действенному осуществлению негосударственного контроля.

## ССТ: На какой стадии находится сейчас рассмотрение пакета законопроектов?

**М. Б.**: Пройдено первое чтение. Пакеты законопроектов ко II чтению внесены Правительством РФ в Государственную Думу.

#### **ССТ:** Когда закон сможет реально заработать?

**М. Б.**: Закон обязательно должен заработать с 1 января следующего, то есть 2021 года.

## ССТ: Страховщики были подключены к разработке этого закона?

М. Б.: Мы очень активно взаимодействуем со страховщиками. Страхование ответственности в России уже существует и достаточно развито. У страховщиков есть все необходимые инструменты, чтобы стать частью эффективного управления рисками на уровне всего государства и экономики.



# **ИЗМЕНЕНИЕ КЛИЕНТСКИХ**ПОТРЕБНОСТЕЙ И ІТ

#### ЧТО ПРИНЕСЛА СТРАХОВОМУ БИЗНЕСУ ПАНДЕМИЯ COVID-19

Пандемия коронавируса заставила подстроиться под новые реалии всех, в том числе крупнейших игроков рынка. О новых вызовах и возможностях для развития клиентских сервисов в условиях пандемии, новой ментальности клиентов, рассказала директор по клиентскому сервису АО «СОГАЗ» Мария Берлова.

# Современные страховые технологии: Как пандемия коронавируса изменила работу AO «СОГАЗ»?

Мария Берлова: Мы начали подготовку к переходу на дистанционную работу заблаговременно, еще до того, как был объявлен карантин. Можно сказать, мы сыграли на опережение. Перестройка клиентского сервиса следовала за изменениями в режиме работы самой компании. Сначала мы перевели на удаленную работу сотрудников. Это как в самолете: сначала обеспечьте кислородными масками себя.

### ССТ: Какие меры были предприняты в плане клиентского сервиса?

М. Б.: Два месяца изоляции прошли на фоне стабильно высокой клиентской нагрузки, и все это время мы взаимодействовали с клиентами через онлайн-сервисы и другие доступные средства связи. Мы активно изучали обращения и изменение потребностей клиентов, чтобы определить, чем мы можем помочь им в условиях пандемии.

Одним из первых проектов стал информационный ресурс о коронавирусе — coronavirus.sogaz.ru. Мы посчитали своим долгом объяснить клиенту, какие возможности использования страхового полиса есть

во время пандемии, какие меры необходимо предпринимать, чтобы обезопасить себя и своих близких от заражения, и как вести себя в той или иной ситуации. Например, что делать, если клиент остался за границей с нашим полисом для выезжающих за рубеж. Пик скачиваний информации и трафика на ресурсе пришёлся на апрель и составил на 340 % больше в сравнении с мартом.

#### ССТ: Какие сервисы пользовались наибольшим спросом?

М. Б.: Мы увидели стремительный рост спроса на сервис «СОГАЗ — Телемедицина» — это наша собственная платформа, которая позволяет застрахованным клиентам получать консультации врачей дистанционно. Такая динамика была ожидаема, ведь посещение клиник во время пандемии несет в себе дополнительные риски.

В общей сложности доступ к сервису за этот период получили более полумиллиона человек. Общее число подключенных пользователей увеличилось почти до 900 тысяч, это рекордные для России цифры. Только за апрель на платформе «СОГАЗ — Телемедицина» проведено около 2500 консультаций, что в разы превышает показатели марта. Тогда в дни пиковых нагрузок

апреля количество консультаций превышало 150 единиц в день. Опыт работы во время пандемии показал высокую потребность россиян в получении квалифицированной телемедицинской помощи.

## ССТ: Какие изменения в обслуживании клиентов Вы могли бы особенно отметить?

М. Б.: Учитывая ограниченные возможности клиентов посещать наши офисы, мы запустили мини-сервис легкой пролонгации договоров по многим продуктам: клиент может пролонгировать свой текущий полис через телефонный звонок или просто оставив заявку на сайте. Несмотря на ограничения и общий спад новых продаж страховых продуктов, уровень пролонгации договоров у нас достаточно высокий. Закономерно увеличился объём продаж в цифровых каналах — пик покупок пришёлся на апрель и не ослабевает в мае и июне. Также одним из новых направлений дистанционного сервиса стало онлайн-урегулирование убытков по полисам ОСАГО.

Постепенно все крупные компании начинают возвращаться к прежнему режиму работы, начинают выпускать сотрудников в офис. Конечно, оффлайн-канал обслуживания будет возвращаться в прежний режим постепенно. Но мы понимаем, что даже когда все ограничения будут сняты, дистанционные сервисы останутся востребованными.

# ССТ: Вы упомянули ОСАГО — почему вы сделали послабления для урегулирования в «автогражданке»?

**М. Б.:** Вряд ли это можно назвать «послаблениями» — все-таки ОСАГО регули-

Только за апрель на платформе «СОГАЗ — Телемедицина» проведено около 2500 консультаций, что в разы превышает показатели марта. Тогда в дни пиковых нагрузок апреля количество консультаций превышало 150 единиц в день.



**Мария Берлова** Директор по клиентскому сервису AO «COFA3»

руется федеральным законом. Скорее, мы добавили удобства для наших клиентов в это непростое время, чтобы им опять же не пришлось лишний раз ехать в офис и подвергать себя дополнительному риску. Важно также, что «СОГАЗ» выполнял рекомендации Банка России по обеспечению страховыми организациями в период нерабочих дней работы колл-центров, функционирования дистанционных сервисов, в том числе оказания социально значимых страховых услуг, таких как ОСАГО, ОМС, ДМС.

ОСАГО стал первым видом страхования, по которому было запущено частично дистанционное урегулирование убытков. Принимать решение нужно было очень аккуратно — вопрос сложный, прежде всего, для самой страховой компании. На одной чаше весов оказалась лояльность клиента, на другой — противодействие недобро-

совестным практикам, которых обычно становится больше в период кризиса.

Мы решили действовать поступательно. Клиентам была дана возможность прикладывать все документы в электронном виде через личный кабинет на сайте или через мобильное приложение, в котором также есть возможность сообщить о страховом событии. Клиент может сфотографировать повреждения автомобиля и отправить нам изображения вместе с данными о местоположении.

К тому же у нас есть планы по развитию дистанционных сервисов именно в направлении урегулирования. Мы считаем, что лояльный клиент страховой компании не должен тратить много времени на урегулирование по всему процессу от сообщения о событии до выплаты — это неотъемлемая часть сервиса, которая формирует положительный клиентский опыт взаимодействия со страховой компанией.

#### ССТ: Пришлось ли вам столкнуться со злоупотреблением доверием со стороны клиентов в этот период?

М. Б.: Сейчас подводить итоги запуска обновленного клиентского сервиса рано. Безусловно, мы понимаем риски, поэтому проводим детальный анализ документов, предоставляемых через онлайн-сервис урегулирования, чтобы максимально избежать злоупотреблений.

Был сложный период разработки и не менее сложный период внедрения всех изменений: «удаленку» для клиентов мы делали на «удаленке» для сотрудников. При этом стремились сохранить все услуги в максимально возможном объеме, не снижая качество.

### ССТ: Как Вы оцениваете последствия коронавируса с точки зрения маркетинга? Это толчок к развитию или крушение надежд?

**М. Б.**: Это, безусловно, толчок для развития цифровых сервисов, и не только в области страхования. Пандемия — это гло-

Ядро — это состоявшиеся люди в возрасте 25–45 лет. Благодаря развитию онлайн-сервисов, мы наблюдаем прирост аудитории и в возрастных группах 18–24 и 25–34 лет. Пик пришелся на апрель и май текущего года. Рост в группе 18–24 лет составил 12 %, а в группе 25–34 лет — 17 % по итогам мая в сравнении с апрелем.

бальный вызов, проверка работоспособности и эффективности IT-инфраструктуры любой компании. Если говорить о клиентском обслуживании, то мы были поставлены в такую ситуацию, что не использовать цифровые технологии просто не имели права. Как я уже сказала, в последние месяцы существенно увеличился объем продаж через онлайн-канал.

Уверена, онлайн-продажи будут развиваться и дальше — мы для этого создаем все условия. Вместе с тем мы понимаем, что нам нужны существенно бо́льшие ресурсы. Сейчас «СОГАЗ» стратегически перестраивает задачи для развития канала онлайн-продаж и усиливает команду.

## ССТ: Как Вы думаете, какое место теперь займет оффлайн-обслуживание клиентов?

М. Б.: Одномоментно полностью перейти к «цифре» мы не сможем, и в этом вовсе нет ничего плохого. Исторически так сложилось, что есть часть клиентов, которые не променяют посещение нашего офиса ни на какой дистанционный сервис.

## ССТ: Предлагаете ли Вы какие-то дистанционные сервисы для корпоративных клиентов?

**М. Б.**: Да, перед корпоративным блоком стоит задача обеспечить лучший сервис, отвечающий современным требованиям при любом режиме работы. В наших ближайших планах запуск личного кабинета для корпоративного бизнеса. Такой сервис пре-

доставит корпоративному клиенту возможность удаленного управления коллективным договором ДМС. И работа со списками застрахованных, и изменение программы страхования, и детализация расходов, и аналитика по контракту — все это и много другое будет доступно для корпоративного клиента онлайн. Также большая работа ведется над системой электронного документооборота. Данный сервис уже активно предоставляется нашим ключевым корпоративным клиентам.

## ССТ: Изменился ли в связи с пандемией портрет вашей клиентской аудитории?

М. Б.: Скорее, мы можем говорить об изменениях потребностей и предпочтений среди разных возрастных групп. СОГАЗ традиционно привлекает своей надежностью разнообразную аудиторию, ядро — это состоявшиеся люди в возрасте 25–45 лет. Благодаря развитию онлайн-сервисов, мы наблюдаем прирост аудитории и в возрастных группах 18–24 и 25–34 лет.

Пик пришелся на апрель и май текущего года. Рост в группе 18–24 лет составил 12 %, а в группе 25–34 лет — 17 % по итогам мая в сравнении с апрелем. Подавляющее большинство пользователей осуществляет покупки через смартфон — 98 %, остальные 2 % — через планшет.

В целом портрет нашего клиента стабилен, но мы ищем способы и выходы в том числе на более молодую аудиторию, которая давно привыкла к онлайн-сервисам. В любом случае мир изменился и продолжает меняться на наших глазах. Мы стараемся адаптироваться к изменившимся условиям, быть гибкими для разных сегментов аудитории, улучшать качество и доступность наших сервисов. Сейчас можно уверенно сказать, что мы выстояли в непростой период пандемии, а те вызовы, с которыми мы столкнулись, и те дополнительные усилия, которые мы предпринимаем для наших клиентов, обеспечили нам задел на будущее для реализации новых проектов.





# ТЕРРИТОРИЯ ЛИЧНОГО ОБЩЕНИЯ



Современные страховые технологии: Как вам удается организовать работу агентов так, чтобы они не пересекались с продажей на сайте коробочных продуктов одной компании? Они дополняют, не создают конкуренцию?

и развития «РЕСО-Гарантия».

Иван Рыбкин: Прежде всего, мы являемся агентской компанией, поэтому какая-либо конкуренция работы агента и интернет-продаж исключена. Это идеология компании. У нас сформировано три основных подхода к интернету как каналу продаж.

Мы постарались дать нашим агентам инструменты для дистанционного оформления полисов и обслуживания клиентов. Клиентам мы обеспечиваем онлайн-сервисы для оплаты, пролонгаций, внесения изменений в полис, подачи заявления о страховом случае, организации осмотра и ремонта и так далее.

Мы постепенно расширяем линейку продуктов, которые клиент может купить онлайн — стандартные, упрощенные или так называемые коробочные полисы. Это оставляет огромное поле для работы страховых агентов, которые могут и должны дать клиентам самую широкую страховую защиту, предоставляя исчерпывающий объем информации и на этапе продажи, и в течение всего срока действия договора.

Ольга Коверзнева: Наличие коробочных полисов всегда хорошо для агентов, они могут выбирать, кому предложить коробочный вариант, а кому более сложный, классический, с индивидуальным подходом. Коробочные варианты просты для понимания клиента, их можно оформить быстро — здесь и сейчас, когда полис нужен срочно. Мы показываем клиенту все варианты на одном листе и помогаем выбрать наиболее подходящую защиту. И для агента, и для клиента такой подход очень удобен.

Правда, иногда агенты увлекаются коробочными решениями и забывают о более сложных, комплексных. Но мы с этим работаем: стараемся научить агентов продавать самые разные по сложности страховые продукты. Большинство новичков начинает с коробочных продуктов. Это их стартовая площадка, и это правильный подход, потому что так происходит получение первичного опыта взаимолействия с клиентом.

ССТ: Допустим, агент рассказал своему клиенту о коробочном продукте, а тот купил его потом через Интернет. Возможна такая ситуация и не получается ли, что агент потерял комиссию?

И. Р.: Оформление страхового продукта в один клик в интернете — для совсем простых продуктов, таких как страхование ВЗР или ОСАГО. Такие полисы оформляются массово через интернет, минуя агентов. Конечно, когда страховой продукт можно купить в один клик, риск есть. Но есть другой вопрос — как агент сопровождает своего клиента, заинтересован ли клиент в сервисе, который может получить от своего агента?

Коробочные продукты имущественного блока требуют определенного комментария о наполнении и стоимости. Дальше возникает вопрос именно персонального сопровождения клиента. Проблемы не возникает, если агент сначала предложит клиенту коробочный продукт, а потом, при пролонгации или через некоторое время, уже более сложный классический продукт, обеспечивающий полноценно защиту.

Недавно опытный агент мне сказала: «Я всегда переживаю за клиента, если у него нет полной защиты, считаю это своей недоработкой. Я специалист, но не смогла донести до клиента, какой объем страховой защиты ему необходим, и он купил коробочный продукт. Это моя ответственность как профессионала!» Именно в этом — агентская работа и ее основной постулат.



**Иван Рыбкин** Заместитель генерального директора «РЕСО-Гарантия»



Ольга Коверзнева Начальник отдела по ИФЛ, управление обучения и развития «РЕСО-Гарантия»

**О. К.**: Выше вероятность, что клиент уйдет в онлайн, когда агент с ним не работает. Мы учим не просто продавать полис, а выстраивать взаимодействие, сопровождать клиента с момента покупки полиса до последнего мгновения урегулирования убытка. Агент должен уметь профессио-



нально ответить клиенту, если в течение действия договора возникают какие-то вопросы. Тем более, что у выбора продукта в интернете есть свои сложности.

Например, клиент застраховал свою квартиру, а ее пришлось сдать — что теперь делать со страховкой? Самостоятельно клиент найти ответы на свои вопросы в интернете вряд ли сможет. Плюс, продукты могут быть такие, где все главное написано мелким шрифтом, и с тонкостями клиенту будет трудно разобраться. Есть вероятность, что заплатишь мало, но и страховой выплаты не получишь. Поэтому важно иметь своего агента, который даст профессиональную консультацию.

# ССТ: Агент должен рассказать клиенту о своей роли консультанта в период действия договора страхования?

**И. Р.**: Обязательно! Более того, все чаще мы слышим от наших агентов, что они остаются на связи со своими клиентами 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

Роль агента — разъяснить клиенту, что написано на сайтах компаний мелким шрифтом, что скрывается за минимальной ценой и что он на самом деле купил. Подчеркну — это роль хорошего агента, именно за это он получает свою комиссию.

#### ССТ: Закрепляется ли в компании клиент за определенным агентом? Получил ли агент комиссию, если его подопечный купит какой-то продукт через интернет?

И. Р: Это несвязанные вещи. Все клиенты — это клиенты компании, именно компания принимает на себя и выполняет обязательства. Если клиент купил продукт, например, на сайте компании, он работает по регламенту этого канала. Агент комиссии не получит, но он может по-прежнему обслуживать своего клиента. Канал может быть любым — каско в автосалоне, ВЗР — на сайте компании, страховка квартиры или дачи — у агента.

Такое взаимодействие — это тонкие настройки агентской сети. Сейчас в «РЕСО»

работает около 40 тыс. агентов. Наши акционеры впервые на рынке разработали и внедрили инструменты долгосрочной мотивации и поддержки наших агентов и сейчас мы объявляем о начале этой программы.

### ССТ: Многие компании вкладывают средства в развитие агентской сети.

И. Р.: Да, но не всегда это работает эффективно. Наша компания не отбирает клиентов у агента, и поэтому агенты доверяют действиям своей компании. Если на пролонгации страховых договоров компания начинает действовать в обход агента и не оплачивает комиссию агенту, доверие такая ситуация не вызывает.

О. К.: Через сайт клиент может самостоятельно приобрести ОСАГО или полис выезжающих за рубеж. По остальным видам нужен более детальный расчет и консультация, соответственно, продажа идет через агентскую сеть. Но если, например, агент самостоятельно нашел клиента, который застраховал ОСАГО на сайте компании, по другому виду, например, недвижимость, клиент закрепляется за этим агентом.

# ССТ: Это создает конкурентное давление со стороны компаний с более широким выбором продуктов в интернете?

**И.** Р.: Случаи перехода клиента в другую компанию, вероятно, есть, но существенного давления или активной миграции на сайты конкурентов за коробочными продуктами мы не видим. Стратегически, такой сценарий может быть, но сейчас он для нас не актуален.

О. К.: Рынок добровольных видов страхования пока не насыщен — множество жителей нашей страны пользуются только обязательными видами страхования или не имеют никаких полисов. Не застраховано жилье, не говоря уже об элементарных полисах на случай укуса клеща. Так что сейчас работы на рынке хватит всем. Вероятно, поэтому серьезной конкуренции между агентским каналом продаж и Интернет сейчас нет.

ССТ: Во время пандемии коронавируса многие коммуникации ушли в онлайн. Как в этих условиях может работать страховой агент?

**И. Р.**: Мы тоже уходим в онлайн. В нашей компании отлично сработало управление информационных технологий, и мы очень быстро перестроили ключевые продукты на бесконтактное оформление полисов.

Агент может дистанционно оформить полис и переслать его на почту клиента, и не нужно встречаться или приезжать в офис. Сам клиент такие полисы оформить не может — это делает агент, только онлайн. Он однозначно получает комиссию, и ее размер — тот же, что и в стандартном режиме.

ССТ: Как вы видите развитие каналов продаж — преимущественно через электронные коммуникации или страховому агенту тоже есть место?

**И. Р.**: Цифровизация наступает быстро, но Россия — это территория личного общения, где многое строится на доверии и личном контакте. Эпидемия коронавируса особенно ярко показала, насколько люди за два месяца удаленной работы соскучились по общению лицом к лицу.

Конечно, у цифровизации, коммуникаций через мобильную связь, интернет или мессенджеры есть свои огромные преимущества. Поэтому, думаю, правда посередине. Да, продажи простых, коробочных продуктов через интернет будут развиваться стремительно. Но сложные индивидуальные или комплексные продукты, где нужна помощь персональных консультантов и важно доверие, останутся за агентами еще очень долго.

О. К.: Возможно, появятся электронные сервисы, которые помогут агенту быстро и точно подобрать правильный продукт, а клиенту — быстро урегулировать страховой случай. Но все это — помощники, полноценно они не смогут заменить страхового агента.



#### ПО ДАННЫМ ЦБ РФ В 2019 ГОДУ

99,3 млрд руб. премии РЕСО

49,2 млрд руб. выплаты

53,6 млрд руб. премии РЕСО в агентском канале

10,7 млрд руб. КВ

Более 34 000 агентов работают в компании

От 10 до 30 % составляет стандартная комиссия по розничным продуктам

Около 43 тыс. руб. в среднем по компании ежемесячная комиссия агентов

#### ШКОЛА СТРАХОВОГО АГЕНТА

от 9000 до 11000 выпускников по всем регионам ежегодно

#### СДО

35 курсов и 44 теста создано

Более 33 000 агентов обучаются ежегодно через Учебный портал

#### ВЕБИНАРЫ

Более 1770 вебинаров организовано за 13 лет

Более 520 тыс. подключений

147 вебинаров и 36 794 подключения в 2019 г.

115 вебинаров и 37700 подключений в 2020 г.



В этом году Всероссийский союз страховщиков и Российский союз автостраховщиков планируют старт нескольких крупных онлайн-проектов. Какие задачи они решают и на какой стадии находятся, рассказывает Алексей Самошин, директор по страховым и информационным технологиям ВСС.

Современные страховые технологии: Какие информационные системы сейчас действуют в ВСС и РСА? Все ли они разработаны в силу требований законодательства?

Алексей Самошин: В настоящий момент в страховых союзах реализуется ряд крупных проектов федерального уровня. Ключевым, который должен послужить основой для информационных систем всех страховых союзов, является проект «Совершенствование и развитие информационных систем, оператором которых является РСА в соответствии с законодательством Российской Федерации». Начало проекту было положено в конце 2018 года. Сейчас уже разработаны и готовятся к запуску в рамках проекта такие основные модули, как договоры и убытки ОСАГО, расчет КБМ. Их старт намечен на лето 2020 года.

При работе над проектом мы принимали во внимание возможность масштабирования системы не только на автострахование, но и на другие виды страхования с учетом их особенностей. Так, в рамках разработки была введена унификация хранения информации, ее обработки и анализа за счет использования унифицированной модели данных (ядро логической модели), на основе которой строятся структуры данных, специфичные для конкретных страховых продуктов.

В 2019 году идеология, а также ряд технологических решений нашего глобального проекта послужили основой для создания информационной «Системы по страхованию жилья в чрезвычайных ситуациях», ее оператором закон определил ВСС. Сейчас к системе подключено уже более 40 страховых компаний.

Другим крупным и значимым проектом стал «Электронный Европротокол Онлайн». Реализованный в рамках национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» в ноябре 2019 года и ставший первым из 25 «Супер-сервисов» по трансформации го-

сударственных (муниципальных) услуг и сервисов. В проекте автостраховщики выступили партнерами государства в создании сервисов для автовладельцев.

Сервис предоставляет возможность автовладельцам оформлять извещения о ДТП в мобильном приложении «Помощник ОСАГО» течение 10-15 минут без участия сотрудников ГИБДД. Особенностью сервиса является то, что извещение подписывается и заполняется двумя участниками, каждым со своего мобильного телефона. Электронное извещение, оформленное в мобильном приложении, полностью равносильно бумажному, подписывается электронной подписью каждого участника. Для упрощения процесса заполнения приложение содержит множество подсказок, при этом персональные данные для оформления извещения предоставляет ЕСИА, а данные о транспортном средстве и полисе ОСАГО предоставляет РСА (АИС ОСАГО). Сейчас, на стадии пилотной эксплуатации, приложение работает в 5 регионах: Москва и Подмосковье, Санкт-Петербург и область и республика Татарстан.

Внедрение системы подразумевало настройку взаимодействия 5 масштабных IT-систем, среди которых само мобильное приложение Помощник ОСАГО, единая система идентификации и аутентификации (ЕСИА), единый портал госуслуг, система АИС ОСАГО и информационные системы страховых компаний.

Изначально проект задумывался как инструмент Банка России, но в процессе реализации стало очевидно, что его правильнее реализовывать на площадке страхового союза, на этом этапе к нам присоединилось Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций. Проект с самых первых дней оказался очень востребованным автолюбителями, количество скачиваний достигло нескольких сотен тысяч и первые оформленные ДТП появились прямо в день запуска проекта.



ССТ: Какие преимущества получил страховой рынок при использовании этих систем? С какими трудностями пришлось столкнуться при их использовании? Каким образом эти трудности преодолевались?

А. С.: Несколько лет назад, с появлением электронного ОСАГО, например, РСА столкнулся с новыми вызовами: количество запросов к информационным базам выросло на порядок (пиковые нагрузки резко выросли с 1,5 до 15 млн запросов в сутки), появились новые виды мошенничества в сфере электронного страхования договоров ОСАГО за счет подмены тарифообразующих данных и редактирования электронного полиса.

В то же время из-за законотворческих инициатив органов власти в области новых видов страхования ВСС предстал перед необходимостью в беспрецедентно сжатые сроки стать оператором АИС «Жилье».

Эти и другие вызовы потребовали от нас полного пересмотра подхода к развитию информационных систем в страховых союзах. Трансформация требовала осуществить ряд действий, в том числе законода-

БИЗНЕС-ПРОЦЕССЫ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ РСА НАПРЯМУЮ



онлайн-оформление полисов через систему «Е-Гарант»



сервисы проверки полисов, допущенных к управлению, проверки статусов дел по компенсационным выплатам



оформление извещения о ДТП через мобильное приложение

тельные изменения и подходы к методологии, создание управляющих комитетов по основным проектам и многое другое. С чем мы успешно справились.

Например, для обеспечения борьбы с мошенническими действиями лиц, оформляющих договоры страхования в электронном виде (подчеркну, в большинстве случаев речь идет о «помощниках» при заключении договора, а не о страхователях), была создана подсистема информационного взаимодействия с федеральными органами исполнительной власти АИС ОСАГО, которая позволяет проверять данные страховым компаниям для обеспечения их чистоты. Налажена работа с МВД в части проверки водительских удостоверений, паспортов граждан РФ и данных по транспортному средству, ФНС в части проверки юридических лиц. Конечно, остается еще много проблем, скорость и качество ответов государственных систем зачастую не позволяет осуществлять проверки онлайн при заключении договора страхования, есть и другие трудности, которые мы планируем преодолеть.

ССТ: Улучшают ли единые информационные системы качество обслуживания клиентов? Расскажите, пожалуйста, подробнее, как велась работа по исправлению КБМ.

**А. С.**: Сегодня страховые союзы, в особенности РСА, все больше трансформируются в ИТ-компании, оказывающие услуги страховым компаниям и обеспечивающие клиентов обязательными сервисами.

Помимо глобальной инфраструктуры для обеспечения процесса заключения договоров, происходит расширение функционала для автовладельцев. Так, в самое ближайшее время на сайте РСА появится возможность проверки полиса ОСАГО на принадлежность той или иной страховой компании, станут доступными поля по марке и модели, а также мощности ТС, что даст более широкие возможности по минимизации мошенничества с полисами.

Подчеркну, все эти и другие инструменты создаются не для конкуренции со страховыми компаниями, а, скорее, как дополнительные сервисы, позволяющие страховым компаниям повышать качество обслуживания своих клиентов. Что как раз и обеспечивается общими подходами к построению страховых информационных систем.



Основным вектором работы страховых союзов остается обеспечение качества данных. Для этого, помимо налаживания процесса информационного взаимодействия с органами государственной власти в части проверок данных, мы полностью пересмотрели подход к работе со справочными данными в своей системе и перешли на использование внешних источников данных. Это позволило нам повысить верификацию тарифообразующих факторов за счет более точного указания адреса, параметров транспортного средства (например, мощность по модификации), данных юридического лица (использование ЕГРЮЛ) и др.

Революционным изменением становится поэтапная процедура заключения страхового договора через систему РСА: теперь полная проверка данных договора проводится в режиме онлайн в процессе его заключения. При этом количество проверок было увеличено до более чем 1,5 тысяч. Это коренным образом снизит количество ошибок в системе и повысит качество присвоения КБМ.

# ССТ: Над какими проектами вы работаете сейчас, какие цели и задачи ставятся перед новыми информационными системами?

**А. С.**: На площадке PCA в настоящий момент идет проектирование нового моду-

ля для Бюро Зеленая карта. В нем будут внедрены процессы заключения договоров Зеленой карты, «симметричных» ОСАГО, т. е. введение проекта договора, предварительных логических контролей.

В рамках проекта по АИС ОСАГО разрабатывается обновленный модуль для Бюро страховых историй или БСИ. При принятии соответствующих нормативных актов функционал БСИ может быть расширен для других видов страхования — обязательных и добровольных. Расширение получаемых в рамках БСИ данных на другие виды страхования позволит улучшить систему распознавания страхового мошенничества, построить механизмы оповещения СК о потенциальных угрозах.

Мы планируем запустить эти подсистемы до конца 2020 года.

В рамках ВСС мы также приступили к проектированию системы электронного документооборота между страховщиками в части перестрахования, это послужит основой для будущего документооборота по всем направлениям страхования. Но пока в силу пандемии говорить о конкретных сроках запуска проекта в промышленную эксплуатацию преждевременно.



# СТРАХОВАНИЕ ЖИЛЬЯ ОТ ЧС: С ПОПРАВКОЙ НА КОРОНАВИРУС

На уровне государства развитие региональных программ страхования жилья от ЧС имеет большое значение, даже несмотря на вмешательство эпидемии. Заместитель директора Департамента развития имущественного страхования физических лиц Всероссийского союза страховщиков (ВСС) Михаил Николаевич Порватов рассказал о текущем положении дел и посткризисных планах.

# ССТ: На каком этапе сейчас находится исполнение закона о страховании жилья от ЧС?

Михаил Порватов: Как вы знаете, закон носит рекомендательный характер, и регионы могут самостоятельно решать, принимать им программу страхования жилья от ЧС или нет. Из 85 регионов Российской Федерации программы уже работают или активно разрабатываются в пяти, в том числе в Москве. Большинство других регионов заявили о своем намерении развивать страхование жилья, в их числе — Московская область, Краснодарский и Хабаровский края. Однако есть ряд субъектов федерации, которые отказались от программы. Одни считают, что у них ситуация благополучная, а компенсации гражданам в случае потери жилья отрегулированы локальными актами. Другие — дотационные, и поэтому просто не имеют достаточных финансовых ресурсов для запуска собственной программы страхования жилья.

К сожалению, до пандемии регионы, которые активно включились в работу, не успели

официально принять необходимые документы и запустить процесс страхования. Кроме того, основными координаторами программы во многих случаях выступают ответственные сотрудники МЧС, а у них сейчас совсем другие приоритеты — все внимание сосредоточено на предотвращении последствий коронавируса.

## ССТ: Несмотря на пандемию, чрезвычайные ситуации никто не отменял...

М. П.: Думаю, те регионы, которые планировали принять собственные программы страхования жилья от ЧС, это сделают, хоть и с некоторой задержкой. Другие, вероятно, начнут действовать более энергично, когда начнет гореть, как бы цинично это ни звучало. Кроме того, был отложен вопрос введения КРІ, связанного со страхованием, для губернаторов, но мы надеемся, что к нему еще удастся вернуться. Это может стать хорошим стимулом.

# ССТ: Планируют ли страховщики предпринимать какие-то действия и стимулировать местные власти? У большинства семей жилье единственное, а его потеря — это катастрофа!

М. П.: Отдельные страховые компании и ВСС активно взаимодействуют с регионами. В январе мы направили письма главам всех субъектов федерации, где программы пока не приняты, с разъяснением сути закона, о пользе и возможностях массового страхования жилья граждан.

Мы находимся в активном диалоге с Минфином России по поводу компенсации затрат на страховые программы для регионов с дотационными бюджетами.

Мы отслеживаем, чтобы во все региональные рабочие группы обязательно входили

представители ВСС — это определено приказом Министерства финансов. Были единичные случаи, когда рабочая группа была создана, но представитель ВСС в нее не включен. В каждом таком случае мы оперативно связывались с регионами и исправляли ситуацию.

Я бы хотел отметить, что, конечно, ситуация с коронавирусом внесла свои коррективы. И федеральным, и региональным бюджетам сложнее изыскивать дополнительные источники финансирования. Однако при возникновении ЧС затраты на компенсацию ущерба, причиненного жилым помещениям граждан, при отсутствии региональных программ будут гораздо больше, чем при их наличии. И это надо учитывать, несмотря на сложную экономическую обстановку.

Кстати, лето 2020 года обещает быть очень жарким, и, значит, вероятность возникновения пожаров будет очень высока.

# ССТ: Оказывает ли ВСС методологическую и другую помощь регионам в разработке страховых программ?

М. П.: Безусловно, мы активно делимся всеми нашими наработками с регионами. Например, ВСС разработан полный пакет необходимых методологических документов — проект распоряжения главы региона о создании рабочей группы и ее персональный состав, проект договора страхования, самой региональной программы страхования жилья от ЧС. Субъект федерации может самостоятельно создать свою программу или взять за основу наш проект. Большинство, конечно, использует наш пакет документов, потому что они проработаны очень детально и профессионально.

В нашем проекте программы предусмотрены четыре основных риска: гибель и повреждения жилья в результате ЧС, гибель и повреждения в результате иных событий. Чрезвычайной ситуацией могут быть объявлены и пожары, и землетрясения, и наводнения. Такой подход позволяет защитить владельцев жилых помещений от всех наиболее вероятных рисков.



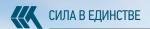
Михаил Порватов

Заместитель директора Департамента развития имущественного страхования физических лиц ВСС

# ССТ: Остается ли программа страхования жилья от ЧС одним из приоритетов государства и что планируется делать для ее продвижения?

М. П.: Министерство финансов и Центральный банк уделяют достаточно много внимания реализации закона о страховании жилья. Например, мы договорились с Центробанком в рабочем порядке координировать взаимодействие с регионами, обмениваться информацией по ситуации. Министерство финансов, насколько мне известно, прорабатывает вопрос о компенсации убытков регионам в том случае, если жилье было застраховано в соответствии с программой.

Однозначно, мы продолжаем работу. Пресс-служба ВСС продолжает активно информировать о пользе и преимуществах закона: союз готовит проведение серии мероприятий в регионах и разъяснительную кампанию, которая перейдёт в активную фазу после снятия ограничительных мер. Мы рассчитываем, что после того, как ситуация с коронавирусом будет пройдена, федеральные органы власти найдут возможности стимулировать губернаторов и окажут более весомую поддержку.



# СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ— РОСТ РЫНКА

В номере №1 журнала «Современные страховые технологии» мы рассказывали о том, какая деятельность была проведена рабочей группой ВСС при участии транспортных и страховых организаций по вопросам страхования ответственности автоперевозчиков и экспедиторов за нарушение договора. Как обстоят дела в этой области в настоящее время, рассказывает вице-президент ВСС Светлана Гусар.

18 марта 2020 года автоперевозчикам и экспедиторам было предоставлено право страховать риск своей ответственности за нарушение договора. Эта возможность появилась в связи с вступлением в силу Федерального закона от 18.03.2020 № 59-ФЗ «О внесении изменений в статью 34 Федерального закона «Устав автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта» и статью 3 Федерального закона «О транспортно-экспедиционной деятельности».

Теперь, когда закон принят, необходимо, чтобы новый вид страхования ответственности стал на правильные рельсы, и было достигнуто взаимопонимание между всеми его участниками. Возможный путь для этого — стандартизация. Она крайне важна для упорядочения отношений в области страхования ответственности автоперевозчиков и экспедиторов, а также повышения уровня защиты имущественных интересов автоперевозчиков и экспедиторов при осуществлении ими своей деятельности.

ВСС как саморегулируемая организация в соответствии с Федеральным законом от 13.07.2015 № 223-ФЗ «О саморегулируемых организациях в сфере финансовых рынков» имеет право разработать и утвердить внутренние стандарты. Практика разработки внутреннего стандарта по отдельным видам страхования в Союзе имеется. Например, уже есть внутренний стандарт, регулирующий вопросы страхования риска ответственности членов саморегулируемых организаций в области строительства.

В настоящее время изучается и обсуждается вопрос о том, чтобы разработать внутренний стандарт, которым будут установлены условия осуществления страхования риска ответственности перевозчиков за нарушение договора перевозки груза автомобильным транспортом и экспедиторов — за нарушение договора транспортной экспедиции. В такой стандарт, в частности, могут быть включены необходимые минимальные требования к объекту страхования, страховым рискам, возмещаемым расходам. Все страховые организации — члены ВСС,

занимающиеся данным страхованием, должны будут его соблюдать. При этом страховым организациям будет предоставлена возможность расширения и дополнения установленных требований, сверх тех, которые будут определены внутренним стандартом.

Подготовкой внутреннего стандарта планирует заниматься рабочая группа ВСС по страхованию ответственности автоперевозчиков и экспедиторов, в которую входят представители страховых организаций, имеющие значительный опыт страхования ответственности автоперевозчиков и экспедиторов, представители двух транспортных организаций, при участии независимого сюрвейера. Разработчики стандарта планируют проводить анализ имеющейся практики и консультации с представителями транспортных организаций и их объединений.

Полагаем, что внутренний стандарт, регулирующий вопросы страхования ответственности автоперевозчиков и экспедиторов за нарушение договора, будет способствовать увеличению охвата



**Светлана Гусар** Вице-президент ВСС

страхованием деятельности автоперевозчиков и экспедиторов, во многом ограниченного сейчас из-за существовавших до вступления в силу Федерального закона от 18.03.2020 № 59-ФЗ правовых неопределенностей.

#### ЗАДАЧИ ВНУТРЕННЕГО СТАНДАРТА:

- Создание оптимальных и эффективных условий страхования имущественных интересов, связанных с риском наступления ответственности перевозчиков за нарушение договора перевозки груза автомобильным транспортом и экспедиторов за нарушение договора транспортной экспедиции.
- Защита прав и законных интересов перевозчиков и экспедиторов при заключении ими договоров страхования ответственности за нарушение договора перевозки груза автомобильным транспортом и за нарушение договора транспортной экспедиции.
- Совершенствование страховой и финансово-экономической деятельности членов ВСС, укрепление дисциплины, законности и правопорядка при осуществлении страхования ответственности перевозчиков за нарушение договора перевозки груза автомобильным транспортом и экспедиторов за нарушение договора транспортной экспедиции.
- Обеспечение соответствия деятельности членов ВСС принципам добросовестной конкуренции.
- Совершенствование и развитие страхового рынка.



## СТАНДАРТЫ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЖБЕ ТРАНСПОРТНЫХ КОМПАНИЙ

Для успешного развития страхования ответственности перевозчиков и экспедиторов важно, чтобы этот продукт стал максимально прозрачным для клиента. Эту задачу сможет решить стандартизация, считает заместитель председателя рабочей группы ВСС по страхованию ответственности автоперевозчиков и экспедиторов, заместитель начальника дирекции, специализирующейся на страховании логистических рисков СПАО «РЕСО-Гарантия» Андрей Кузнецов.

Современные страховые технологии: Есть ли сегодня препятствия, мешающие практическому внедрению страхования ответственности автоперевозчиков и экспедиторов?

Андрей Кузнецов: Этим видом страхования я занимаюсь более 16 лет, и, к сожалению, он всегда существовал на стыке нескольких видов страхования, из-за чего зачастую подвергался обструкции и со стороны страхователей, и со стороны страховщиков. Происходило это потому, что российское законодательство не позволяло страховать ответственность перевозчика, экспедитора за нарушение договора перевозки груза, транспортной экспедиции (данная норма введена Федеральным законом от 18.03.2020 № 59-ФЗ), хотя во всем мире такие договоры существуют. В России же страховые компании придумывали конструкции, как это страхование сделать рабочим инструментом для транспортных компаний. Справедливости ради надо заметить, что судебная практика корректировала издержки законодательства. Президиум Верховного Суда Российской Федерации определил правовую позицию, согласно

которой заключение договоров страхования ответственности экспедитора не нарушает права третьих лиц и публичные интересы, распространено в международной практике. По другому делу суд признал действительным договор страхования ответственности перевозчика автомобильным транспортом, отклонив довод страховой компании, являющейся ответчиком, о том, что заключение подобных договоров не предусмотрено Уставом автомобильного транспорта.

Сейчас, когда вступили в действие изменения в законодательные акты (УАТиГНЭТ и Закон о ТЭД), юридическая коллизия разрешена, перед страховым сообществом встал ряд других вопросов. Необходимо сформировать практически новый вид страхования. Страховые компании до сих пор совершенно по-разному работали и с этими рисками, и с этим видом страхования — на рынке существует множество разных страховых продуктов.

ССТ: Чем же это плохо? Много разных предложений, есть из чего клиенту выбрать, развивается конкуренция. Не повредит ли ей введение стандартов?

А. К.: Стандарты — это не ограничение конкуренции. Очевидно, что многие клиенты при выборе страхового покрытия руководствуются только одним критерием — ценой. Когда перевозчик или экспедитор не до конца понимает, как работает страховой полис — какие события покрываются страхованием, какие условия он должен соблюсти, чтобы получить возмещение, — возникает естественное желание тратить меньше. В результате получается «тришкин кафтан»: максимально урезанное покрытие, но недорого!

Когда происходит страховой случай, страхователь начинает сверять реальную действительность с содержанием договора страхования. И зачастую не находит совпадений!

Вопрос ценообразования страхового продукта отходит на второй план, а вопрос наполнения выходит на первый. Когда он понимает, что не получит страховой выплаты, так как введено слишком много исключений, кто будет виноват? Клиент, который пытался сэкономить или страховщик, который сконструировал страховой продукт из имеющегося бюджета?

В уже устоявшихся видах страхования, таких как каско или страхование имущества юридических лиц, клиент понимает, какие риски для него важны и сколько страховая компания ему заплатит. То есть правила игры более или менее понятны потребителю. Но в сфере транспортной логистики широко распространены обычаи делового оборота, поэтому очень широко поле для разногласий страховой компании и транспортной компании. Перевозчики жалуются на страховые компании, потому что они не платят. Страховщики недовольны тем, что транспортные компании пытаются получать необоснованные выплаты.

Уверен, что введение стандарта страхования упорядочит правоотношения сторон в данном виде страхования.

ССТ: Что должно быть универсальным для рынка, а что может варьироваться и составлять конкурентные преимущества продукта?



Андрей Кузнецов

Заместитель председателя рабочей группы ВСС по страхованию ответственности автоперевозчиков и экспедиторов, зам. начальника дирекции, специализирующейся на страховании логистических рисков СПАО «РЕСО-Гарантия»

А. К.: У нас должен быть единый понятийный аппарат. В перевозках есть ряд терминов, которыми оперируют и страховщики, и перевозчики, но которые в законодательстве не установлены, а потому каждый участник рынка понимает их по-своему. Например, такое понятие, как субконтрактор — лицо, которое экспедитор привлекает для исполнения услуг. Такого понятия в транспортном законодательстве нет. Также важно определить, кто такие работники страхователя и выгодоприобретателя — эти понятия фигурируют в договоре страхования.

Предполагается, что стандарт должен содержать минимальный объем страхового покрытия, порядок заключения договора страхования, который будет одинаковым для всех страховщиков. Созданная в ВСС экспертная группа проработает вопрос, как в стандарте указать исключения из страхового покрытия. Рассматривается несколько вариантов: сделать закрытый перечень исключений, который не может быть расши-



У нас должен быть единый понятийный аппарат. В перевозках есть ряд терминов, которыми оперируют и страховщики, и перевозчики, но которые в законодательстве не установлены, а потому каждый участник рынка понимает их по-своему.



рен — и тогда можно идти только по пути сужения этого перечня, или сформировать минимальный перечень, а все остальные исключения отдать на откуп, или включить в стандарт описание (характеристику) возможных исключений из страхования.

#### ССТ: К какому варианту Вы склоняетесь больше?

А. К.: Мне больше нравится вариант, когда исключения формируются совместно страховщиком и страхователем в заданных границах. Например, в качестве исключений могут быть указаны случаи использования неисправных транспортных средств либо случаи нарушения условий перевозки, погрузки грузов в транспортные средства и выгрузки грузов из них, упаковки, крепления груза. Однако не могут быть применены исключения, которые основаны на субъективном суждении — действия непреодолимой силы, которое по мнению страховщика имело место.

Такой подход позволит каждому страховщику, исходя из своего опыта или профиля клиентов, формировать исключения, а страхователю выбирать наиболее интересный и подходящий для него продукт.

## ССТ: Будет ли какой-то единый тариф для всех страховых компаний?

**А. К.**: Скорее всего, определение размера страхового тарифа будет вынесено за рамки

стандарта. За те 20–25 лет, что страховщики работают с ответственностью перевозчиков и экспедиторов, они выработали для себя необходимые навыки работы с рисками. Что касается опасений в отношении такой серьезной проблемы, как демпинг: когда условия страхования станут понятными и единообразно применяемыми, предпосылки для процветания демпинга будут практически устранены.

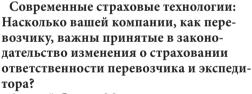
## ССТ: Ожидается ли увеличение объема данного сегмента рынка?

А. К.: Считаем, что на объемы бизнеса положительно повлияют произошедшие изменения законодательства. Раньше мы страховали ответственность перевозчика и экспедитора, исходя из деликтной ответственности. Сейчас договор, помимо страхования договорной ответственности за груз, будет подразумевать возможность страхования ответственности за просрочку доставки, ответственность за невывоз груза, покрытие штрафных санкций и др. То есть транспортная компания получает возможность застраховать себя не только от традиционно страхуемых рисков, но и приобрести защиту по новым, причем на абсолютно законных основаниях!

Нам важно, чтобы данный вид страхования стал прозрачным и выгодным для клиента, в первую очередь. Стандарт — это понятно для всех участников рынка.

# КАЧЕСТВО КОНКУРЕНЦИИ ПОВЫСИТСЯ

По мнению исполнительного директора транспортной компании «Трафт» Андрея Савина, легализация страхования ответственности перевозчика и экспедитора приведет на этот рынок тех перевозчиков и заказчиков, которые ранее с опаской относились к этому виду страхования. А значит, страховщики получат новые объемы бизнеса.



Андрей Савин: Мы стояли у истоков этого законопроекта, поскольку очень давно стремились ввести в легальное русло работу логистических компаний. Нам удалось собрать на одной площадке и транспортную отрасль, и страховое сообщество, юристов, экспертов. Когда на базе ВСС была создана отдельная рабочая группа, мы также в нее входили. Изначально нам помогала Российская торгово-промышленная палата, потом подключилась Московская. Хочу сказать большое спасибо Владимиру Андреевичу Гамзе, который возглавляет Совет ТПП РФ по финансово-промышленной и инвестиционной политике.



Андрей Савин Исполнительный директор транспортной компании «Трафт»

В итоге закон был принят. Он нам крайне интересен: изменения необходимы всей отрасли!

# ССТ: Обычно бизнесу жалко тратить деньги на страхование. А вы стали инициаторами законодательных изменений — почему?

А. С.: Мы осуществляем перевозки в большом масштабе, у нас очень хорошая служба безопасности, мы тщательно проверяем своих подрядчиков и клиентов. Тем не менее, страховые случаи происходят и у нас. Как говорится: редко, но метко — на большие суммы. Поэтому мы понимаем, что наличие полиса страхования ответственности экспедитора или перевозчика — интерес двусторонний.

Есть потребность рынка, чтобы перевозчик-экспедитор чувствовал себя защищенным. Есть требование грузовладельца, чтобы наши риски были застрахованы.

Есть потребность рынка, чтобы перевозчик—экспедитор чувствовал себя защищенным. Есть требование грузовладельца, чтобы наши риски были застрахованы. Если мы заключаем договор с крупной компанией или участвуем в тендере на перевозки, условием договора всегда является наличие полиса страхования ответственности.



Если мы заключаем договор с крупной компанией или участвуем в тендере на перевозки, условием договора всегда является наличие полиса страхования ответственности.

Пока такой вид страхования не был узаконен, мы были в неравных условиях с «серыми» перевозчиками. Они покупали такой полис задешево, не включая туда никаких рисков — лишь бы была бумажка с печатью, которая позволяет участвовать в тендере. Такие компании, как наша, которые заботятся о своей репутации, всегда старались заключать договор с максимальным уровнем защиты, то есть дорогой. Наши затраты возрастали, мы могли не выиграть тендер из-за того, что наши цены оказывались выше.

Более того, пока этого вида страхования не было в законе, любая страховая компания могла отказать в выплате экспедиторам или перевозчикам, ссылаясь на то, что гражданский кодекс не регулирует страхование ответственности перевозчика и экспедитора. То есть у нас была ситуация, когда продукт продавался, но законом он не был урегулирован.

ССТ: Как Вы оцениваете объем «серого» бизнеса, которому в новых услови-

#### ях придется покупать «нормальные» полисы?

А. С.: В России объем «серых» перевозок, к сожалению, очень большой. У меня нет точной статистики, но на уровне ощущений — это не меньше половины всего объема перевозок. Отсутствие страхования ответственности перевозчика было одним из препятствий, мешающих развитию бизнеса легальных компаний, которые существенно проигрывали по цене своих услуг.

ССТ: Вы подчеркнули, как важно, чтобы не было «пустых» полисов. Каким образом должен быть построен стандарт по страхованию ответственности перевозчиков и экспедиторов?

А. С.: Очень важно стандартизировать страховой продукт! Мы хотим, чтобы любое предприятие нашей отрасли, покупая страховой продукт, понимало, что в него включено. В стандарт обязательно должны быть включены риски утраты груза, в том числе — частичной утраты. Лично я считаю, что в минимальное покрытие должны входить риски мошенничества, которые часто исключаются из таких полисов, но это вопрос дискуссионный.



Ключевой момент стандарта — страховое покрытие. Нужно определиться с минимальным пакетом, который должен применяться всеми страховыми компаниями. Все, что сверх этого минимального пакета, как раз и станет зоной конкуренции.

## ССТ: Нет ли у Вас опасения, что стандарт исключит конкуренцию среди страховых компаний?

А. С.: Когда единого стандарта не существует, каждая страховая компания разрабатывает продукт, исходя из своих условий. А стандарт — это необходимые параметры. Продукты в продовольственном магазине имеют разную цену, разную упаковку, даже разный вкус — но они всегда должны соответствовать ГОСТу.

Я не считаю, что введение стандарта каким-то образом подорвет конкуренцию. Наоборот, качество конкуренции повысится. Страховщики смогут конкурировать своей экономической моделью, предлагать какие-то дополнительные сервисы и т. д. Конкуренция будет построена не на снижении цены и фальсификации страхования, а на качестве предлагаемой услуги.

Ключевой момент стандарта — страховое покрытие. Нужно определиться с минимальным пакетом, который должен применяться всеми страховыми компаниями. Все, что сверх этого минимального пакета, как раз и станет зоной конкуренции. Как только страхование ответственности перевозчика и экспедитора войдет в легальное русло, многие перевозчики и заказчики, которые ранее с опаской относились к страхованию ответ-

ственности, а больше уповали на страхование грузов, откроют для себя этот рынок.

#### ССТ: Есть ли у вас и ваших коллег какие-то пожелания по улучшению взаимодействия со страховщиками?

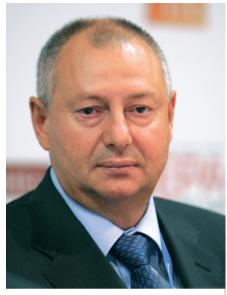
А. С.: Наша компания всегда выступала за цифровизацию, мы хотим, чтобы наши базы были интегрированы с базами страховщиков — чтобы мы могли оперативно обмениваться данными. Например, если у страховщиков есть какие-то данные о неблагонадежных перевозчиках, мы бы хотели эти данные видеть и сразу исключать вероятность заключения договора с такими контрагентами. Страховое сообщество много говорит о бюро страховых историй. Возможно, такая информационная система стала бы ее частью.

Очень важна автоматизация и скорость обмена данными. У нас перевозки поставлены на поток. Если я направлю заявку страховщику сегодня, а отгрузка у меня завтра, то и страховая защита мне нужна завтра. А плохо автоматизированные страховые компании часто берут день или два для того, чтобы подтвердить заявления. Для нас это неприемлемо. Мы хотим быстро обмениваться данными, чтобы полис выпускался автоматически через СРМ-системы по заявлению страхователя.



# ПРОДОЛЖАЕМ ДИАЛОГ

В ходе работы над задачами по страхованию ответственности автоперевозчиков и экспедиторов получился конструктивный и полезный диалог между страховыми и транспортными организациями. По мнению председателя Совета ТПП РФ по финансовопромышленной и инвестиционной политике Владимира Гамзы, сейчас очень важно установить однозначные, понятные для всех участников этого диалога условия — и это можно достигнуть при введении стандартизации.



Владимир Гамза
Председатель Совета ТПП РФ
по финансово-промышленной и
инвестиционной политике

Современные страховые технологии: Почему законодательство о страховании ответственности автоперевозчиков и экспедиторов получило вашу поддержку? Когда вы подключились к решению проблемы?

В. Г.: Впервые вопросы, связанные со страхованием ответственности перевозчиков и экспедиторов, были подняты в Московской торгово-промышленной палате в октябре 2017 года. Тогда состоялся круглый стол, целиком посвященный реформированию страхования экспедиторской ответственности. Инициатором этого мероприятия стали транспортная компания «Трафт» и юридическая фирма Heads Legal.

Транспортное сообщество считало необходимым внести изменения в нормативные правовые акты в части установления права либо обязанности автоперевозчика, а также экспедитора страховать ответственность за нарушение договора

перевозки или договора оказания транспортно-экспедиционных услуг (при этом автоперевозчик может одновременно оказывать экспедиторские услуги). После этой дискуссии в МТПП проблему взял под контроль наш комитет.

На тот момент вопрос о легитимности страхования риска ответственности за нарушение договора можно было решить включением соответствующей нормы в законы 259–ФЗ и 87–ФЗ.

# ССТ: Вы ожидаете, что изменения в законодательство повлияют и на сокращение зоны «серого бизнеса»?

В. Г.: Проблема добросовестного ведения бизнеса стала явно выраженной. Кроме того, обострилась конкуренция из-за развивающихся кризисных явлений. Внесение изменений в законы как раз направлено на то, чтобы поддержать правильную, хорошую конкуренцию — двигатель прогресса. Важно организовать ее таким образом,

чтобы она способствовала развитию добросовестного бизнеса.

В данном случае именно страхование является той лакмусовой бумажкой, которая даст возможность заказчикам, клиентам перевозчиков и экспедиторов правильным образом ориентироваться в коммерческих предложениях, существующих на рынке. Конкурентная борьба при наличии нормального, понятного прозрачного страхования выдавит с рынка нечистоплотных участников. Перекладывая на страховщиков риски, которые несут перевозчики, механизм страхования тем самым оказывает им помощь и поддержку. Просто нет другого инструмента, который может помочь в случае наступления убытка, потери груза!

Все перевозчики, которые действительно заинтересованы в долгосрочной работе на рынке, всегда стремились страховать свою ответственность. Потребность перераспределять свои риски с помощью страхования напрямую связана с добросовестными практиками ведения бизнеса. Поэтому очень важно, чтобы страховой продукт был правильно организован, чтобы в нем были четко прописаны все условия, чтобы при наступлении страхового случая у транспортника не возникали системные проблемы.

#### ССТ: Как страхование связано с добросовестным ведением бизнеса?

В. Г.: Законопослушные перевозчики платят налоги, они не хотят иметь никаких проблем с контролирующими и проверяющими организациями, не хотят иметь претензии со стороны государства. Они заинтересованы в том, чтобы заказчики объективно выбирали лучшего по качеству оказания услуг перевозчика. Но на рынке присутствуют и другие компании, которые в силу ряда причин не могут бороться за клиента качеством своих услуг — у них остается только ценовая политика. Они готовы экономить на всем, включая безопасность, чтобы предложить своим клиентам

более низкие цены. Стремление сделать бизнес любой ценой заставляет их идти на сделку с совестью и законом.

Никакие проверки или контрольные закупки не смогут выявить компании, работающие в «серой зоне». Между тем в международной практике очень сильно развита система страхования ответственности перевозчиков и экспедиторов — и международные перевозки не испытывают никаких трудностей с добросовестностью ведения бизнеса.

#### ССТ: Как удалось убедить законодателей и какие шаги, с вашей точки зрения, необходимо предпринять теперь, после принятия закона?

В. Г.: Мы много раз обсуждали на экспертном и профессиональном уровне предложенные изменения, привлекали представителей объединений перевозчиков и экспедиторов, привлекали к обсуждению страховщиков. В рабочую группу ВСС, которая работала совместно с ТПП РФ, вошли представители 13 страховых организаций, представители транспортного сообщества. Опираясь на примеры, на анализ международной практики, мы смогли убедить законодателей в том, что такой законопроект действительно в России нужен.

Страховщики нам активно оказывали помощь, потому что именно по вопросам страхования было найдено решение каким образом, используя инструменты страхования, создать прозрачный рынок перевозчиков. То есть проблема была озвучена транспортным сообществом, а страховщики предложили пути ее решения. И тот диалог, который начался между страховыми и транспортными организациями, необходимо продолжать. Важно выработать правильное направление, установить однозначные, понятные для всех участников условия — и это можно достигнуть при введении стандартизации. Это и должно стать следующим шагом.



Массовый переход на бесконтактную работу страховщиков и финансовые сложности значительной части россиян послужили одним из стимулов для роста случаев мошенничества. О старых приемах, новых мошеннических схемах и планов противодействия мошенникам рассказал вице-президент Всероссийского союза страховщиков Сергей Иванович Ефремов.

Современные страховые технологии: Как ситуация с пандемией коронавируса повлияла на уровень страхового мошенничества?

Сергей Ефремов: Да, появились определенные особенности, связанные с тем, что в условиях ограничений личных контактов заключение договоров страхования и урегулирование убытков организовано максимально бесконтактным образом. Документы предоставляются в электронном виде, очные встречи проходят только тогда, когда документы вызывают серьезные вопросы. Такой ситуацией быстро воспользовались мошенники.

Во время пандемии заключаются договоры в основном по обязательным видам страхования, в первую очередь — ОСАГО. Мошенники и недобросовестные посредники сейчас активно и открыто предлагают в социальных сетях ОСАГО с минимальным тарифом, обещая, что по данному полису можно производить регистрацию транспортного средства, если остановят — предъявлять полис сотрудникам ГИБДД, не бояться видеокамер — обман выявить не получится. Одно ограничение — обращаться для урегулирования убытков в страховую компанию с таким полисом нельзя, страховая компания возмещение не выплатит. Это, повторю, предлагают открыто!

### ССТ: В чем смысл такого мошеннического предложения?

С. Е.: В том, что происходит корректировка трех основных коэффициентов, используемых при расчете стоимости полиса: территориального, мощности и коэффициента стаж/возраст. После корректировки посредники предлагают заключить договоры по низкой цене, которая позволяет при оформлении полиса указать VIN «Мерседеса», а мотоцикл как модель и марку транспортного средства. Или если, например, человек проживает в Москве, в его полисе для внесения в базу будет указан Петропавловск-Камчатский, Крым, Ингушетия и так далее, где территориальный коэффициент в разы меньше Московского.

Корректировке подвергаются возраст водителя и его стаж, и искаженная информация заводится в базу страховщика. Оттуда полис забирают с данными для более низких коэффициентов, затем через программный редактор идет обратная корректировка, и автовладелец получает полис с правильно указанными параметрами своего автомобиля.

То есть, полис вроде бы правильный, но в базе страховой компании указаны неверные данные. Ряд страховщиков использует автоматические проверки, и при выявлении такого полиса клиенту поступает предложение представить правильные данные, либо

Кто-то принимает предложение мошенников, рассчитывая, что страховой случай не произойдет, а деньги пригодятся для других целей. Но люди должны понимать, что в случае ДТП по их вине, платить им придется из своего кармана, и это будут совсем другие деньги.



Сергей Ефремов Вице-президент Всероссийского союза страховщиков

указывается, что представлен неполный пакет документов и договор заключить не представляется возможным. Если информация выявлена при наступлении страхового события, то страховщик вправе отказать в страховой выплате в связи с представлением ложных данных.

## ССТ: Страховая премия до страховой компании доходит, полис оплачивается?

С. Е.: Да, в страховые компании премии поступают, полис оплачен — иначе просто его невозможно оформить. Но если, как мы знаем, в среднем полис ОСАГО стоит 5 700 руб., то фальшивые обычно меньше 1 000 руб. Мошенники не стесняются открыто говорить, какую долю они забирают от фальшивого полиса в свою пользу. В кризис, когда все стараются экономить, они запугивают несведущего потребителя и говорят, что официально за ОСАГО нужно выложить 8-10 тыс. руб., а молодым начинающим водителям — до 20 тыс. руб. Кто-то принимает предложение мошенников, рассчитывая, что страховой случай не произойдет, а деньги пригодятся для других целей. Но люди должны понимать, что в

Начинает нарастать поток поддельных справок и документов по страхованию от несчастного случая: люди, ограниченные в средствах, пытаются договориться с врачами для получения «левых» справок.

случае ДТП по их вине, платить им придется из своего кармана, и это будут совсем другие деньги.

## ССТ: Можно ли оценить, насколько разнообразнее сейчас мошенничество?

С. Е.: Описанная мошенническая схема существовала и раньше. Отличие в том, что раньше страхователя просто обманывали и не говорили о последствиях фальшивого полиса, представлялись агентами или сотрудниками страховой компании. Сейчас, в период кризиса, граждане сознательно идут на подлог в надежде, что на дорогах низкий трафик и попасть в ДТП невозможно. По оценкам экспертов, в разы выросло число случаев, когда страхователь посвящен в процесс подделки полиса.

# ССТ: Насколько остро сейчас стоит проблема фальшивых бланков полисов ОСАГО? Или удалось ее ликвидировать?

С. Е.: В меньшем объеме, но фальшивые бланки в регионах еще продаются и, прежде всего, в тех населенных пунктах, где на дорогах дежурят сотрудники ГИБДД и нет видеокамер. Люди покупают поддельные полисы и сознательно, и по незнанию. Подделка бланков идет не только по ОСАГО — появились подделки полисов каско, страхования от несчастных случаев и недвижимости.

Как и в случае урегулирования убытков, здесь тоже мошенники используют ситуацию самоизоляции. Страховые компании стараются сделать более удобными для клиентов процедуру оформления заявления об убытке и получения страховой выплаты, создают возможности для отправки фотоматериалов по пострадавшим объектам онлайн и др. Но именно в этой зоне возникают злоупотребления.

## ССТ: Что предпринимают мошенники в области урегулирования убытков?

С. Е.: Сейчас закрыты пункты урегулирования убытков на СТО, куда приезжали эксперт страховой компании и автовладелец с пострадавшим автомобилем, проводили осмотр и регистрировали повреждения. Только потом выдавалось направление на ремонт или согласовывалась сумма страховой выплаты.

Теперь в случаях, когда сумма убытка находится в пределах 100-150 тыс. руб., страховые компании просят клиентов присылать с места ДТП фотографии повреждений и документов. Некоторые страховщики пытались наладить проверку подлинности фотографий с помощью программных средств, некоторые — через сверку информации с базой ГИБДД и другими. Здесь и начали возникать злоупотребления.

Например, зафиксированы небольшие повреждения крыла или бампера, для устранения которых требуется просто покраска. Но можно сфотографировать их так, чтобы показать, что нужна замена бампера. Такие случаи уже есть.

Кроме того, начинает нарастать поток поддельных справок и документов по страхованию от несчастного случая: люди, ограниченные в средствах, пытаются договориться с врачами для получения «левых» справок.

# ССТ: Что сейчас происходит с региональным распределением страхового мошенничества?

С. Е.: Рейтинг регионов мы делаем в основном по ОСАГО, и в нем южные регионы по-прежнему занимают лидирующие позиции, но появляются и новые лидеры.

По итогам 2019 года в рейтинге регионов по ОСАГО первое место занимает Приморский край, за ним идут Северная Осетия, Адыгея, Волгоградская область, Карачаево-Черкесия, Чечня и так далее. Если в прошлом году основные проблемы мы видели в Краснодарском крае, Ростовской области, на Ставрополье, сейчас в токсичную зону входит значительная часть республик Северного Кавказа.

# ССТ: Какие меры предпринимает страховое сообщество, чтобы не допустить роста уровня недобросовестных действий?

С. Е.: Перед страховщиками и страховой отраслью в целом стоит задача совершенствования проверок и взаимодействия с федеральными органами исполнительной власти. Здесь страховщикам понятно, в каком направлении двигаться. Нужно решать некоторые проблемы передачи и хранения информации. Автоматизация проверок развивается во всех направлениях, не только ОСАГО, идет создание дополнительных баз данных, обсуждается создание дополнительных баз и специальных программ вроде бюро страховых историй, способных хранить и обрабатывать большие объемы информации.

## ССТ: Повлияла ли пандемия на реализацию других планов?

С. Е.: Да, изменен порядок предоставления диагностических карт, и на время кризиса есть возможность заключения договоров ОСАГО без привязки к диагностической карте. Почему это произошло? В условиях пандемии коронавируса в ряде регионов

Перед страховщиками и страховой отраслью в целом стоит задача совершенствования проверок и взаимодействия с федеральными органами исполнительной власти.

пункты технического осмотра закрыты, но движение транспортных средств не было ограничено. Возникала проблема, когда договор ОСАГО заканчивается, транспорт должен эксплуатироваться, а заключить новый договор не представляется возможным.

13 мая Государственная Дума приняла решение о том, чтобы до конца сентября этого года можно было заключать договор ОСАГО по временной схеме, без привязки к диагностической карте. В первую очередь, в регионах, где пункты технического осмотра закрыты. В течение месяца после снятия карантина юридические лица и граждане — владельцы транспортных средств должны пройти технический осмотр, а затем передать информацию страховщику. Если информация не поступит, страховщик в случае возникновения страхового события получит право регресса, то есть возместить ущерб пострадавшим и взыскать его полную сумму с владельца полиса, не предоставившего данные ТО. Такой жесткий подход, надеюсь, поможет сохранить порядок, который уже действует с 1 марта 2020 года.

Кроме того, предлагаемые изменения в закон о техническом осмотре перенесены на 1 марта 2021 года. Операторы технического осмотра должны были в этом году с 1 апреля по 8 июня привести все свои объекты в соответствие с требованиями этого закона, но физически не смогли в условиях пандемии.

С 1 апреля вступили в силу новые правила техосмотра, по которым владельцы мотоциклов и легковых автомобилей проводят первое ТО своего транспортного средства через 4 года с момента его выпуска, а далее до 10 лет — каждые два года, после 10 лет — каждый год. Владельцы автобусов, грузового, специального транспорта и такси в первые 5 лет должны проходить ТО раз в год, затем — каждые полгода. Учитывая, что срок гарантии, особенно азиатских автомобилей, составляет в среднем 5 лет, я считаю, это решение правильное.





Подходит к завершению первый год с начала работы в России финансового уполномоченного. О том, как деятельность финомбудсменов повлияла на судебную практику, какие направления для улучшений можно отметить, мы поговорили с Наталией Александровной Панкратовой, судьей Свердловского областного суда.

#### Современные страховые технологии: Как изменилась ситуация по спорам по ОСАГО с введением службы финансового омбудсмена?

Наталия Панкратова: Введение в Российской Федерации института финансового уполномоченного ставило целью облегчение работы финансовых организаций, экономии издержек и времени потребителей финансовых услуг, а также снижение числа обращений в суд в заведомо бесспорных ситуациях.

Первые итоги вряд ли можно считать показательными, в том числе с точки

зрения оценки эффективности института финансового омбудсмена. В отношении страховых организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОСАГО, Закон о финансовом уполномоченном начал применяться только с 1 июня 2019 г. — то есть, прошло около года. Нужно принять во внимание и сроки соблюдения досудебного порядка урегулирования спора: от рассмотрения страховой организацией заявления и претензии потребителя до рассмотрения заявления потребителя финансовым уполномоченным.

Как показывает статистика, у мировых судей и в районных судах Свердловской области наблюдается устойчивая тенденция к снижению количества споров по вопросам страхования в сравнении с общим числом гражданских дел. Например, если у мировых судей в 2017 году этот показатель составил 14,27 %, то в 2019 году — 9,45 %. В районных судах показатель изначально был меньше: в 2017 году — 9,45 %, а в 2019 году — 3,68 %.

Но снижение числа споров между страховщиками и потребителями в судах общей юрисдикции связано, прежде всего, с разрешением спорных вопросов между страховыми организациями и потребителями на начальных этапах правового конфликта.

Важную роль, вероятно, сыграло и принятие 26 декабря 2017 года Пленумом Верховного Суда Российской Федерации Постановления № 58 «О применении судами законодательства об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транс-



**Наталия Панкратова** Судья Свердловского областного суда

#### СТАТИСТИКА СУДОВ ОБЩЕЙ ЮРИСДИКЦИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ. 2017-20191

мировые судьи свердловской области										
Год	Всего граж- данских дел	С принятием решения	Споры о взыскании страхового возмещения <sup>2</sup>							
			всего	ОСАГО	каско	иные				
2017	470 701	49 933	7 129	6 891	94	144				
2018	510 596	43 210	5 365	4 981	161	223				
2019	660 384	41 721	3 943	3 626	98	219				

РАЙОННЫЕ СУДЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ										
Год	Всего граж- данских дел	С принятием решения	Споры о взыскании страхового возмещения							
			всего	ОСАГО	каско	иные				
2017	79 767	79 767	7 302	6 787	238	277				
2018	72 318	72 318	5 352	4 781	142	429				
2019	66 214	66 214	2 437	1 879	137	421				

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Статистические данные за первый квартал 2020 года не могут быть приведены, т. к. по категориям гражданских дел статистика подводится за полугодие.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Приведены сведения о гражданских делах, разрешенных по существу (не включены дела, по которым производство прекращено или иск оставлен без рассмотрения).

портных средств». В нем даны разъяснения по вопросам, возникающим у судов при рассмотрении и разрешении таких споров, и страховые компании могли их учесть в своей правовой позиции по делам, находящимся в производстве судов.

#### ССТ: Как с введением финансового омбудсмена изменилась ситуация по другим видам страхования?

**Н. П.**: Закон о финансовом уполномоченном вводится в действие поэтапно в отношении различных финансовых организаций.

Применительно к страховым организациям его вступление в силу произошло в два этапа. С 1 июня 2019 г. — в отношении организаций, осуществляющих деятельность по ОСАГО, ДСАГО, страхованию средств наземного транспорта, кроме железнодорожного, в том числе по добровольному страхованию автотранспортных средств.

С 28 ноября 2019 г. закон вступил в силу в отношении страховых организаций, осуществляющих деятельность по иным видам страхования. Исключение составили те, кто осуществляет только обязательное медицинское страхование.

Пока в судах общей юрисдикции ситуация практически не изменилась, о чем наглядно говорит статистика. В отличие от споров по ОСАГО, споры по иным видам страхования составляют незначительную часть и для нагрузки судов не имеют принципиального значения.

# ССТ: Какие категории споров, связанных со страхованием, есть сейчас?

Н. П.: Категории гражданских дел, инициированных в судах общей юрисдикции потребителями страховых услуг, с введением института финансового омбудсмена практически не изменились. Тем более, что в силу ч. 3 ст. 25 Закона о финансовом уполномоченном, если потребитель не согласен с решением финомбудсмена, он не может его обжаловать — только обратиться в суд с исковыми требованиями непосредственно к страховой организации.

А вот в отношении страховых организаций в судах общей юрисдикции появилась новая категория гражданских дел. Речь об оспаривании страховщиками решений финансового уполномоченного в соответствии со ст. 26 Закона. По ней возникает много вопросов и материально-правового, и процессуально-правового характера.

Закон содержит практически полноценный процедурный порядок деятельности финансового уполномоченного, придавая ему, по сути, статус квазисудебного органа. Вряд ли это оправдано, поскольку финансовый уполномоченный не отправляет и не может отправлять правосудие в силу ст. 118 Конституции Российской Федерации.

С введением института финомбудсмена у судов общей юрисдикции возникла масса процессуальных вопросов, с которыми приходится сталкиваться на всех стадиях гражданского судопроизводства: при принятии иска, при подготовке гражданского дела, при рассмотрении и разрешении дела в судебном разбирательстве. В Разъяснениях по вопросам применения Федерального закона от 4 июня 2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» Президиума Верховного Суда РФ от 18 марта 2020 г. судам даны рекомендации, но исключительно по процессуально-правовым вопросам.

# ССТ: Можно ли что-нибудь предпринять, чтобы уменьшить количество страховых споров?

**Н. П.**: В любом споре виноваты обе стороны, и мирное урегулирование конфликта на любом его этапе зависит от воли обеих сторон. Для снижения количества страховых споров нужен целый ряд мер, включая совершенствование законодательства о досудебном урегулировании, изменение поведения страховщиков, изменение поведения потребителей страховых услуг.

Например, действующая редакция Закона о финансовом уполномоченном предусматривает для потребителя многоступенчатый и масштабный порядок досудебного

урегулирования страховых споров. Это противоречит целям введения института финомбудсмена — сокращение сроков урегулирования споров, снижение материальных и временных затрат участников споров. Естественно, это не способствует снятию социальной напряженности в страховании.

Следует законодательно закрепить более ясную и доступную процедуру досудебного порядка урегулирования спора, чтобы рядовой потребитель мог самостоятельно, без обращения к юристам защитить свои права.

## ССТ: Изменилось ли поведение страховщиков с введением службы омбудсмена?

**Н. П.**: Не могу утверждать, что судам видна вся «картина» по страховым спорам, но одна цель Закона о финансовом уполномоченном достигнута — это облегчение финансового бремени для страховщиков при исполнении обязательств перед своими потребителями.

Положение ч. 6 ст. 24 Закона предусматривает взыскание со страховой организации штрафа в пользу потребителя за отказ добровольно исполнить не требование потребителя, а решение финансового уполномоченного. Поэтому у страховщиков нет стимула добровольно исполнять обязательства перед клиентом, пока он не обратится к финомбудсмену.

Положение ст. 26 Закона, дающее неограниченное право страховым организациям обжаловать в суде решения финансового уполномоченного, тоже не способствует урегулированию споров на раннем этапе: если страховщик обратился в суд, исполнение решения должно быть приостановлено.

По сути, страховщикам экономически выгодно затягивать сроки страховой выплаты клиентам, и потому поведение страховых организаций существенно не изменилось.

# ССТ: Как Вы оцениваете текущий уровень злоупотребления правом со стороны автоюристов?

**Н. П.**: Судебная практика наглядно показывает, что страховые споры обусловлены не только ненадлежащим исполнением страховщиками обязательств перед клиентами,

но и недобросовестным поведением потребителей, и, прежде всего, их правопреемников по договорам цессии (уступке права).

Но страховые организации должны понимать, что ситуацию с так называемыми автоюристами породили они сами. Если формально подходить к исполнению обязательств, рядовому потребителю становится выгодно передать свое право требования профессиональному юристу. Так он получит выплату, хоть и меньше, чем можно было рассчитывать, но без временных и материальных затрат на споры со страховой организацией.

## ССТ: Поможет ли в таких ситуациях финансовый уполномоченный?

**Н. П.**: Такая попытка в Законе предпринята. Например, по ч. 6 ст. 16 и п. 6 ч. 1 ст. 17 Закона предусмотрена оплата за рассмотрение финансовым уполномоченным обращения, если оно поступило от лица, которому уступлено право требования потребителя. Прямое обращение от потребителя финансовой услуги рассматривается бесплатно.

Для юридического лица, которому уступлено право требования потребителя, ч. 7 ст. 17 Закона предусматривает более жесткие требования в части содержания обращения к финансовому уполномоченному.

Идея разработчиков законопроекта вполне четко просматривается, но она затрагивает права потребителя финансовой услуги. Учитывая сложность и длительность процедуры досудебного урегулирования спора, ограничение на договорное представительство вполне логично вызвало недоумение юридического сообщества. Предпринятые частично меры на ситуацию в целом не повлияли, так как право требования по договору цессии может быть передано и после обращения потребителя к финомбудсмену.

Мы коснулись лишь небольшого круга вопросов, но и они свидетельствуют: эффективность института финансового уполномоченного в том виде, в котором он представлен в действующей редакции Закона, вызывает сомнения.



Новый закон о детективной деятельности, с одной стороны, открывает новые возможности и для частных сыщиков, и для страхового рынка. С другой стороны — насколько они готовы взаимодействовать друг с другом и что может сделать сотрудничество действительно успешным? На эти и другие вопросы отвечает Первый вицепрезидент Ассоциации Российских Детективов Олег Владимирович Зимин, выражающий мнение многих детективов в отношении сотрудничества со страховщиками.

Современные страховые технологии: Расскажите, пожалуйста, почему Вы решили стать детективом и как давно Вы работаете?

Олег Зимин: После окончания юрфака МГУ я довольно времени отдал уголовному розыску. Работа детектива мне всегда была интересна, поэтому, наверное, и работаю уже 27 лет.

А началось все с закона о детективной деятельности в России в марте 1992 года, который разрешал гражданину, соответствующему определенным требованиям, получить лицензию и зарегистрировать индивидуальное частное детективное предприятие. Через год, 8 апреля 1993 года я получил действующую до сих пор лицензию № Д- 0001/100, а 16 апреля зарегистрировал ИЧДП «ЗОВ». Сейчас это ООО Детективная компания «ЗОВ и партнеры».

## ССТ: А когда появилась Ассоциация Российских Детективов?

О. 3.: Наша ассоциация одна из старейших в России. В декабре 2003 года в Новосибирске была создана Ассоциация Сибирских Детективов, которая активно сотрудничала и обменивалась опытом со специалистами в других регионах. Потом к нам активно начали подключаться другие участники и в итоге в 2009 году Ассоциация вышла на общефедеральный уровень.

Сегодня мы объединяем 70 членов, среди которых есть представители других государств. Это довольно много, если учесть, что всего в России выдано около 900 лицензий детективов, и далеко не все их обладатели занимаются детективной практикой.

## **ССТ:** Как Ассоциация строит свою работу и какие задачи решает?

О. 3.: Во-первых, мы общаемся друг с другом, выполняем детективные поручения друг друга, обсуждаем наиболее важные вопросы дважды в год на внутренних конференциях. Во-вторых, мы уделяем серьезное внимание законотворческой деятельности и плотно сотрудничаем с разработчиком законов о детективной и частной охранной деятельности Валерием Иннокентьевичем Шестаковым и его коллегами.

Три года назад Межпарламентская ассамблея стран СНГ рассмотрела подготовленный с нашим участием проект закона «О

Проблема, действительно, серьезная — уровень мошенничества достигает 8 млрд руб. в год. В своей практике со страховым мошенничеством я сталкивался неоднократно.



Олег Зимин Первый вице-президент Ассоциации Российских Детективов

детективной деятельности». Он был принят и рекомендован для принятия парламентами стран СНГ. С 2019 года продвижением законопроектов занимается депутат госдумы Анатолий Борисович Выборнов.

# ССТ: Одна из серьезных проблем страхования — мошенничество. Достаточно ли у независимых детективов сил и средств, чтобы помочь страховщикам?

О. З.: Проблема, действительно, серьезная — уровень мошенничества достигает 8 млрд руб. в год. В своей практике со страховым мошенничеством я сталкивался неоднократно, среди моих клиентов были несколько страховщиков, в их числе старейшая российская страховая компания.

Что касается того, насколько сложные ситуации мы способны решать, приведу пример. Он связан со страхованием товара — люстр Swarovski, оцененных страхователем в очень существенную сумму. По легенде они надежно хранились на складе в промышленной зоне. Но вот





как-то собственник приехал на склад, не обнаружил люстры и заявил страховой случай. При проведении расследования мы установили, страховались не люстры Swarovski, а их подделка. Итальянские коллеги по нашей просьбе оперативно получили официальное подтверждение этому. Изучение страхователя тоже принесло интересные сведения. Далее, в рамках возбуждённого уголовного дела по факту кражи люстр, мы объединили свои силы с уголовным розыском, итогом совместной работы стала выявленная мошенническая схема с участием организованной группы лип.

В подобных ситуациях нам помогает членство во Всемирной ассоциации детективов с вековой историей. Благодаря этому мы можем взаимодействовать с коллегами по всему миру. Особенно ценна такая возможность и при расследованиях в медицинском страховании. Последний пример — провер-

ка страхового случая по делу иностранного туриста, получившего травму горах Дагестана.

# ССТ: Насколько активно развивается сотрудничество Ассоциации со страховым сообществом?

О. 3.: Последние два года у нас развиваются хорошие деловые и личные отношения со Всероссийским союзом страховщиков — мы участвуем в профильных страховых конференциях, таких как «Барьер». Наши выступления вызывали большой интерес страховщиков, но дальше сотрудничество не развивалось.

Думаю, здесь играет свою роль настороженное отношение служб безопасности страховых компаний. В других отраслях ревности не возникает — мы четко разделяем функционал, чтобы ни в коем случае не подменять собой службу безопасности, и не претендуем на их задачи.

## ССТ: Как происходит разделение функционала?

О. 3.: Приведу пример одного из наших коллег по Ассоциации — пример работы службы безопасности страховой компании и частного детектива. Каждое утро на его почту поступали задания, а затем они подкреплялись доверенностью на проведение тех или иных действий. Взаимодействие шло вполне конструктивно.

Большие надежды мы возлагаем на новый закон — в нем будет добавлен новый вид услуги, так называемые страховые расследования, которые будут проводить частные детективы, у нас появятся полномочия проводить сбор сведений с приданием им необходимого юридического статуса для дальнейшей передачи в правоохранительные органы.

Предварительно со страховым сообществом схема сотрудничества видится так: независимые детективы специализируются на случаях мошенничества в крупных размерах, от 1 млн руб., и на преступлениях организованных групп, а службы внутренних расследований страховых компаний смогут сосредоточиться на текущих проблемах. Но в любом случае, сыск — это коллективный труд. Я и другие мои коллеги готовы получать и выполнять задания от страховщиков, каждый из нас может подключать своих партнеров по Ассоциации из разных городов, а если необходимо — то и других стран, в разных географических точках.

Сыск — это коллективный труд. Я и другие мои коллеги готовы получать и выполнять задания от страховщиков, каждый из нас может подключать своих партнеров по Ассоциации из разных городов и других стран.

# ССТ: Какие конкретные шаги могут быть предложены для начала сотрудничества детективов и страховщиков?

О. 3.: На одной из конференций я предложил страховщикам на примере двух-трех страховых компаний отработать систему договорных отношений, взаимодействия с детективами и Ассоциацией, чтобы потом можно было тиражировать опыт для всех заинтересованных страховщиков. Нужно изучать ситуацию и вырабатывать решения на практике, на конкретных примерах, чтобы добиться эффективного сотрудничества. Но пока от страховщиков мы предложений не получили.

# ССТ: Сколько стоит и как оценивается работа детективов — фиксированная сумма или комиссия?

О. 3.: По закону и на практике действует следующий принцип. Детектив оговаривает с заказчиком сумму расходов, необходимых для исполнения предмета Договора, и гонорар. Никаких комиссионных процентов у нас не существует. Если вопрос о том, сколько именно будет стоить страховой компании работа детектива, сейчас сумму назвать сложно — нужно понимать объем работы. Но я уверен, что есть все условия, чтобы договориться с каждым страховщиком о тех условиях, которые будут выгодны обеим сторонам.

Нам работать со страховщиками очень интересно и, поверьте моему опыту, никогда сумма наших расходов и гонораров не являлась препятствием. Если собственник компании или топ-менеджер понимает необходимость обратиться к детективу, сотрудничество всегда складывается успешно. По роду своей профессии мы никогда не напрашиваемся на сотрудничество, но всегда готовы предоставить свои услуги, и если беремся за работу, то делаем ее от и до.

Главное — выработать принципы сотрудничества для чего нужен переговорный процесс.



#### Наталья Карпова

Президент-Председатель Правления АО РНПК

**СТРАХОВАНИЕ КИБЕРРИСКОВ** 

В мировой практике отсутствует единое определение киберрисков. Обычно под этим подразумевается всё, что связано с интернетом, компьютерами, сетями, информацией, цифровыми технологиями. Если выделить страхование киберрисков в отдельный вид, то это будет страхование финансовых убытков вследствие киберинцидента.



Во многих рейтингах угроз киберриски в последние годы прочно закрепили за собой место в первой десятке и поднимаются все выше. Например, по данным девятого ежегодного исследования Allianz Risk Barometer 2020, в котором приняли участие 2 718 экспертов из 102 стран, на первое место среди глобальных вызовов вышли киберриски и киберинциденты, в том числе киберпреступность, сбои в работе IT-систем, уязвимость данных, штрафы. При этом на втором месте находятся риски перерыва в производстве, которые в том числе могут быть вызваны кибератаками.

20 мая 2020 года американская аналитическая компания IDC опубликовала обновленный прогноз, согласно которому мировые затраты на цифровую трансформацию коммерческой деятельности, продуктов и организаций продолжат расти высокими темпами, несмотря на экономический кризис и пандемию COVID-19. Аналитики уточнили, что в 2020 году, по их расчетам, затраты на цифровую трансформацию достигнут 1,3 трлн долл., что на 10,4 % выше, чем в 2019 году. По сравнению с ростом в 2019 году, когда он составил 17,9 %, это все равно ниже, но на фоне общего со-

#### КИБЕРИНЦИДЕНТЫ В МИРЕ

В октябре 2019 года преступники атаковали нефтяные компании США с помощью трояна ADWIND. Злоумышленники, в первую очередь, интересовались документами, файлами и другими локально сохраненными данными. Они также могли быть заинтересованы в поиске такой информации, как пароли и ключи от локальных ресурсов, которые могут дать больший доступ к сети.

В июне 2019 года один из крупнейших мировых производителей запчастей для авиационной техники — бельгийская компания ASCO была вынуждена приостановить работу заводов в четырех странах из-за кибератаки с использованием вымогательского программного обеспечения.

**В мае 2019 года** вся ІТ-инфраструктура города Балтимор (США) оказалась заблокирована из-за кибератаки. Блокировка длилась несколько недель, инцидент связан с атакой шифровальщика RobinHood. Власти города оценили ущерб от атаки более чем в 18 млн долларов США.

По данным ФБР, за период с июня 2016 года по июль 2019 года убыток от взломов корпоративной почты в США составил 26 млрд долл. США. На Всемирном экономическом форуме был озвучен прогноз, что сумма ущерба от кибератак в мире к 2022 году достигнет 8 трлн долл. США. При этом количество атак с применением вирусов-вымогателей уверенно занимает первое место и продолжает быстро расти.

кращения ИТ-затрат динамика выглядит обнадеживающей, отметили эксперты.

В настоящее время на фоне пандемии увеличилось количество кибератак. Например, карта с данными по распространению коронавируса института Джона Хопкинса была использована, чтобы переводить пользователей на вредоносные сайты. Создаются фишинговые сайты для сбора средств на коронавирус, с помощью которых у на-



селения крадут деньги и чувствительную информацию. Мошенники выдают себя за представителей Центров по контролю и профилактике заболеваний США, ВОЗ и других правительственных и межправительственных организаций.

В России информационная безопасность и киберриски были включены в национальную программу «Цифровая экономика Российской Федерации». Неудивительно, что среди страхового сообщества тема страхования киберрисков крайне популярна, и в течение последних лет на различных площадках, в том числе ВСС, шли

оживленные дискуссии, которые пока что, в силу сложности вопроса, не дали значимых результатов.

В конце сентября 2019 года генпрокуратура РФ представила статистику, согласно которой за январь—август 2019 года в России выявлено более 180 тыс. киберпреступлений, что на 67 % превышает показатели того же периода прошлого года.

Как известно, правильно сформулированный вопрос содержит в себе часть ответа, поэтому сейчас особенно важно ещё раз посмотреть на ключевые барьеры киберстрахования.



#### РАЗНАЯ ТРАКТОВКА КИБЕРРИСКОВ СТРАХОВЩИКАМИ

Страховщики по-разному понимают киберриски. Чаще всего киберриск трактуется как риск, а не как отдельный продукт. Киберриски могут рассматриваться и покрываться уже существующими на рынке классическими видами страхования, в том числе страхованием имущества, общегражданской ответственности, экологических рисков. Например, банки и другие финансовые институты могут страховать киберриски по договорам комплексного страхования банков в рамках секции «Электронные и компьютерные преступления». В текущей ситуации на первый план выходит управление этими рисками, важно идентифицировать их и оценивать в традиционных продуктах.

При использовании традиционных страховых продуктов существует опасность недооценки «скрытого» киберриска в случае, если этот вид риска не исключен или исключен не полностью.

Также на рынке существуют отдельные продукты, которые включают страхование рисков, которые не покрываются классическими договорами страхования ответственности перед третьими лицами за несанкционированное раскрытие конфиденциальной информации и персональных данных в связи с кибератакой, перерыва в производстве вследствие кибератаки, расходов на IT-расследование, юридических расходов на защиту.



#### НЕПРЕДСКАЗУЕМАЯ КУМУЛЯЦИЯ

Киберриски по своей природе трансграничны. Даже такие разрушительные стихийные бедствия, как наводнения или землетрясения, как правило, локализованы, более того, их можно прогнозировать с той или иной вероятностью. В случае с кибератакой деятельность огромной компании с представительствами в разных городах и даже странах может быть парализована полностью и одномоментно, что делает оценку кумуляции крайне непростой задачей.

Одно событие или последовательная цепь событий, вызванных, например, распространением нового вредоносного программного обеспечения, может привести к убыткам, которые могут быть заявлены по разным видам страхования, например, имущество, общегражданская ответственность, ответственность директоров, отдельные программы страхования киберрисков.

Кроме того, не нужно забывать о потенциальной угрозе межотраслевой кумуляции, один вирус может затронуть компании в разных сферах экономики, как это происходило с WannaCry, который атаковал более 500 тыс. компьютеров по всему миру, и NotPetya, ущерб от распространения которого мог достичь, по оценкам экспертов, примерно 10 млрд долл. США. В случае реализации нового подобного сценария убытки могут носить катастрофический характер.

## ПРОБЛЕМА №3

#### ЕМКОСТЬ СТРАХОВОГО РЫНКА

На первый план выходит вопрос, способен ли и готов ли страховой рынок РФ с текущим объемом сборов 1481 млрд рублей переварить такой существенный объем потенциальных страховых событий и компенсировать даже частичный ущерб компаний на фоне стремительно растущей цифровизации рынка? Ответ пока очевиден, данная ситуация напрямую зависит от возможностей потенциальных клиентов страховых компаний контролировать ситуацию с киберрисками.

В силу возможного катастрофического характера ущерба на повестку дня встает вопрос о достаточности капитала страхового рынка РФ для покрытия такого рода убытков. Даже с учетом перестрахования емкость рынка остается ограниченной и сильно зависит от качества риска как такового.



# <u>ПРОБЛЕМА № 4</u>

### КАК ПРОВОДИТЬ ОЦЕНКУ РИСКОВ И ЗА ЧЕЙ СЧЁТ?

В логике страхования для оценки киберрисков нужно провести сюрвейерский осмотр или предстраховую экспертизу. Кто будет осуществлять этот сюрвей? И кто будет нести бремя расходов на его проведение? Обычно эти расходы несет Страхователь. Однако из-за высокой стоимости экспертизы по киберрискам в настоящее время устойчивой практики отнесения этих расходов не сложилось.

Стандартные процедуры оценки риска включают:

- 1. Заполнение клиентом анкеты-опросника.
- 2. Анализ внутренних документов по управлению риском.
- 3. Сюрвейерский осмотр и формирование отчета с выдачей рекомендаций по минимизации риска.

В случае с оценкой киберриска подходы в целом аналогичны, но с учетом специфики очевидно, что речь идет об уникальных компетенциях, которые должны быть у страховщика для работы в данном сегменте.



При продаже продукта страховщики сталкиваются с тем, что многие страхователи не готовы раскрывать информацию, предоставлять доступ к своим ресурсам в целях оценки IT-инфраструктуры, что необходимо для оценки риска и заключения договора страхования. Они опасаются утечки ценной для них информации. Кроме того, страхователи зачастую выбирают между затратами на приобретение полиса и дополнительными затратами на безопасность IT-инфраструктуры.

Существуют также ограничения к доступу к информационным системам государственных компаний, компаний, выполняющих гособоронзаказ.



# УРЕГУЛИРОВАНИЕ УБЫТКОВ. КАК ДОКАЗАТЬ, ЧТО РИСК РЕАЛИЗОВАЛСЯ?

Продукт по страхованию киберрисков является сервисным, и страхователь стандартно передает киберриск страховщику вместе с ответственностью за реагирование на инцидент (сервис через страховщика по урегулированию).

Готовы ли страховщики собственными силами проводить работу по урегулированию убытка: реагировать на киберинцидент и осуществлять техническую поддержку и консультацию в случае киберинцидента, осуществлять диагностику информационной системы, расследовать причины кибератаки и фиксировать доказательства, локализовывать инцидент, определять размер убытка, консультировать по предотвращению кибератаки?

Как и в случае с оценкой риска, на текущем этапе очевидно, что страховщикам и страхователям не обойтись без привлечение внешних специализированных ІТ –компаний для работы с киберрисками, и, в свою очередь, расходы на реагирование и возможные судебные издержки несутся страховщиком и закладываются в стоимость продукта

# <u>ПРОБЛЕМА № 7</u>

#### ОТСУТСТВИЕ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

В связи с новизной и спецификой данного вида страхования ключевой проблемой оценки рисков является отсутствие статистических данных для расчета тарифов и оценки возможного ущерба, а также сложности андеррайтинга рисков, когда традиционный подход может быть неприменим. Существует недостаток данных о киберрисках, последствиях их реализации, постоянно развивающиеся угрозы еще не изучены.

Кроме того, киберзвзломы — это не только обычные хакеры, за киберриском могут стоять государства, совершающие атаки на ключевые предприятия другой страны с политическими и экономическими целями, в том числе с целью дестабилизации чужой экономики. Данные о таком виде кибертерроризма практически отсутствуют, правительства разных стран в основном не обеспечивают обмен информацией о количестве таких атак и о потерях, вызванных ими, что потенциально делает данные риски практически не подлежащими оценке.



## ПРОБЛЕМА №8

#### ОЦЕНКА РИСКА СО СТОРОНЫ СТРАХОВАТЕЛЯ.

В данном вопросе ситуация такова, что большинство компаний еще не дошло до уровня осознания проблемы киберугроз, поскольку ранее не сталкивались с реальными инцидентами, то есть у компании нет разработанной системы защиты на случай кибератак и ситуация представляется в целом малоконтролируемой самим предприятием.

С учетом вышесказанного трудно предположить, что страховая компания будет готова взять на себя риски компании, находящейся в описанной ситуации в связи с высокой повышенной вероятностью их реализации.

В настоящее время эксперты в области IT рекомендуют в обязательном порядке проводить регулярные процедуры аудита и контроля кибербезопасности с привлечением специализированных организаций, развивать собственные компетенции сотрудников всех подразделений компании и осуществлять мониторинг на уровне органов управления компании с использованием подразделений риск-менеждмента и современных методов защиты и предотвращения киберопасностей. Говоря об управлении рисками, нельзя также не отметить отсутствие у многих российских компаний количественной оценки влияния потенциального киберинцидента на деятельность компании.

Кроме того, важный акцент следует сделать на том, что страхование киберрисков не может заменить инвестиции в системы безопасности компании. Являясь системой снижения и управления риском, страхование лишь может уменьшить последствия киберинцидентов для организаций.



СЛИШКОМ МНОГО НЕИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ, СПЛОШНЫЕ «ЧЁРНЫЕ ЛЕБЕДИ»

В этом случае уместно сравнить киберриски с коронавирусом. Никто до конца не знает, как кибервирусы могут распространяться. В имущественном страховании мы можем четко определить, какой будет максимальный возможный убыток. А в страховании киберрисков это невозможно — если завтра случится атака, мы не сможем предсказать, сколько компаний от нее пострадает.



#### КАК СОВМЕСТИТЬ ИНТЕРЕСЫ ВСЕХ СТОРОН?

Пожалуй, это ключевой момент. Требуется совместная работа страховщиков, перестраховщиков и страхователей. Нам всем нужно услышать друг друга и понять, как это может заработать. ВСС — прекрасная площадка для диалога, к которому обязательно нужно будет привлечь и страхователей.

Во всем мире драйвером страхования киберрисков является законодательство, пример — европейский GDPR (General Data Protection Regulation), предусматривающий существенные штрафы за нарушение конфиденциальности данных, устанавливаемые в процентах от оборота компании. В России есть своя специфика — в настоящее время отсутствуют законодательные требования уведомлять третьих лиц в случае раскрытия конфиденциальной информации и реагировать на инцидент. У нас низкий по сравнению с другими странами штраф за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации, и штрафы не могут быть застрахованы согласно действующему законодательству, а ущерб часто ограничен возмещением только морального вреда на относительно небольшую сумму.

Но при этом нужно отметить, что под действие общеевропейского регламента о защите данных (GDPR) могут попасть российские организации, имеющие дочерние компании в Европе, а также российские операторы, которые обрабатывают персональные данные лиц, находящихся на территории Евросоюза.

Вышеуказанные риски, а также законодательные инициативы по сближению российского законодательства с GDPR, очевидно, будут способствовать развитию страхования киберрисков. Повто-

рюсь, только совместная работа страхового сообщества и потенциальных клиентов может привести в перспективе к эффективным решениям.



Сегодня кибербезопасность — категория уже не только репутационная и правовая, но и, безусловно, экономическая. В кризисных ситуациях, когда риски многократно возрастают, бизнес использует и внутренние, и внешние ресурсы для защиты. Но завтра задач в области кибербезопасности будет больше, считает Михаил Прибочий, управляющий директор «Лаборатории Касперского» в России, странах СНГ и Балтии.

ССТ: Как Вы оцениваете состояние кибербезопасности в период пандемии и развивающегося экономического кризиса? Какие риски и для каких сегментов экономики наиболее вероятны?

Михаил Прибочий: В эпоху кризиса и массового перехода в онлайн кибербезопасность выходит на первый план. В последние месяцы эксперты «Лаборатории Касперского» фиксируют множество фишинговых атак, связанных с пандемией, появление подозрительных ресурсов, увеличение числа мошеннических звонков, атаки на RDP (удаленные рабочие столы) и т. д. Поэтому решения для обеспечения информационной безопасности сейчас остаются очень востребованными.

В то же время понятно, что текущая ситуация сильно ударила по сегменту средних и малых бизнесов во многих отраслях, и тут ожидаемо возможно снижение затрат на ИТ. Поэтому компаниям этого сегмента сейчас мы предлагаем некоторые наши продукты бесплатно. Однако после панде-

мии средний и малый бизнес столкнется с новыми реалиями, связанными с переходом в онлайн и отчасти на удаленный режим работы. Поэтому необходимость защиты останется крайне актуальной. Сейчас мы смотрим на рынок информационной безопасности оптимистично.

#### ССТ: Есть ли различия в подходах к киберрискам за рубежом и в России, и в чем они проявляются?

М. П.: В России и других странах мы видели переход компаний от подхода, целью которого была только защита от вредоносного программного обеспечения, к необходимости сократить финансовые потери и предотвратить нарушения процессов из-за киберрисков. Безусловно, бизнес всегда стремится сокращать нецелевые расходы, однако текущий ландшафт киберугроз и ужесточение требований регуляторов заставляет компании очень ответственно подходить к информационной безопасности.

Пентест (от Penetration testing) — тестирование на проникновение. Метод тестирования уязвимостей компьютерных систем или сетей средствами моделирования атаки злоумышленника

С точки зрения оптимизации расходов мы сейчас наблюдаем тренд к использованию для обеспечения кибербезопасности внешних сервисов вместо внутренних ресурсов. Таким образом компании по всему миру существенно экономят на операционных затратах, а также могут быстро масштабировать поддержку в случае серьезного инцидента.

#### ССТ: К каким экономическим последствиям может привести реализация киберрисков?

**М. П.**: По данным нашего исследования, проведенного в 2019 году, средний ущерб

# **825 000 000** киберугроз

обнаружила «Лаборатория Касперского» с момента своего основания

### 11 000 000 000

кибератак

обнаружила «Лаборатория Касперского» в 2019 году

342 000 новых вредоносных файлов обнаруживает «Лаборатория Касперского» каждый день



**Михаил Прибочий** Управляющий директор «Лаборатории Касперского» в России, странах СНГ и Балтии

от успешной атаки в России для компаний СМБ-сегмента составляет 4,3 млн руб., для крупного бизнеса — 14,3 млн руб.

# ССТ: От всех ли киберрисков спасают ваши продукты?

М. П.: Мы предлагаем комплексные решения по кибербезопасности для предприятий любого размера. Правильный подход предполагает не только защиту конечных устройств, но и образовательные программы для обычных сотрудников, а также сервисы по обнаружению и предотвращению сложных угроз. Наши эксперты консультируют, готовят отчеты о новейших угрозах и методах противодействия им, занимаются расследованием инцидентов и проводят пентесты, а также обучают сотрудников служб информационной безопасности. Однако большая работа проводится и внутри организации, где сотрудникам ИТ и ИБ необходимо грамотно оценить текущие риски и внедрить необходимые решения для их минимизации.





В условиях пандемии возрастает вероятность реализации основных киберрисков, которые затрагивают интересы и крупных компаний, и малого бизнеса. Будет ли настолько же актуальной защита от киберугроз после завершения кризиса и основных мерах защиты, рассказывает Александр Мисюрев, директор по развитию бизнеса компании «АИГ».

Современные страховые технологии: Во время пандемии многие предприятия перешли на работу в удаленном режиме и для этого экстренно задействовали самые разные цифровые сервисы, провайдеров. Как эта ситуация сказалась на вероятности реализации киберрисков?

**Александр Мисюрев**: По информации от наших партнеров Global-IB и других компаний, специализирующихся в области

кибербезопасности, число и активность мошенников в условиях пандемии растет. Речь о краже данных и денег, информации о клиентах. Буквально на днях случился скандал по поводу утечки данных граждан, не соблюдавших карантин. Все это риски, которые реализуются здесь и сейчас.

Основной риск — потеря важных данных. Попытки получить информацию о физических лицах — клиентах, о деятельности

компании наносят наиболее ощутимый ущерб деятельности крупных предприятий. Это удар и по финансам, и по репутации, особенно если компании имеют серьезные аналитические системы и, следовательно, обрабатывают большой объем разнообразных данных. Следует помнить, что законодательные нормы, закон «О персональных данных» должны соблюдать все, независимо от размера предприятия. Любая утечка информации о клиентах, например, данные по картам лояльности, несет существенные риски также для небольшого бизнеса.

Малому и среднему бизнесу стоит помнить о риске использования внешних технологий: CRM-систем для работы в чатах, онлайн-покупок и так далее. Системы, связанные с возможностью работать сотрудникам удаленно, сейчас популярны и финансово доступны. Но надо понимать, что вся информация, которая используется для работы с клиентом, агрегируется в «чужом» облаке. То есть, данные хранятся у третьей стороны, но ответственность лежит на собственнике данных — ведь собирает информацию непосредственно сама компания. В случае взлома или утечки данных со стороны CRM-системы, регуляторные и репутационные риски несет в том числе и сама компания — собственник данных.

#### ССТ: Какие риски есть еще?

А. М.: Второй риск — это сбой рабочих систем. Возможно, для малого и среднего бизнеса масштаб ущерба может быть небольшой, но, тем не менее, он существует. Для любого предприятия сбой работы систем может привести к тяжелым последствиям: нарушению логистических цепочек, отчетности, учета товаров и сырья на складе, учета наличия комплектующих, потере данных бухгалтерии и так далее.

Третий риск, ключевой для любого бизнеса — потеря денег из-за кражи средств с банковских счетов компании. Сейчас мало кто ходит в банк снимать зарплату для сотрудников, компании пользуются электронными переводами. Потеря денег



**Александр Мисюрев** Директор по развитию бизнеса компании АИГ

со счета — это убыток, который сложно компенсировать за счет банков, они покрывают убытки только если проблема произошла на стороне банка. Если же транзакция совершена «как бы легально» со стороны предприятия, обращение за расследованием в банк не поможет. Но все эти риски можно застраховать.

# ССТ: Насколько вероятно, что такие риски могут быть реализованы и могут ли предприятия справиться сами, без страховой защиты?

А. М.: Одна из самых больших проблем заключается в том, что к пандемии, как к любой другой катастрофе, практически никто не готов. Особенно серьезно в таких ситуациях страдает малый и средний бизнес. В западных странах предприятия активно покупают защиту от киберрисков, у них это стало одним главных трендов современного страхования. В России, к сожалению, все еще актуальна поговорка: «Гром не грянет — мужик не перекрестится».

Глобальные, транснациональные компании в силу своей специфики подготовились к таким рискам, но малый бизнес не делал для обеспечения свой безопасности практически ничего. Управления рисками в этом сегменте бизнеса нет: риск-менеджмент и «подушка безопасности» отсутствуют. Все заработанные деньги малый и средний бизнес вкладывает в свое дело, чтобы выжить. Поэтому во всем мире есть страховые программы, специально адаптированные для предприятий малого и среднего бизнеса. В России они также существуют.

ССТ: Если говорить о будущем, насколько актуальной будет страховая защита от киберрисков для тех, кто смог перестроиться и продолжит работать после кризиса?

**А. М.:** Страхование для всех отраслей всегда остается актуальным, вопрос только в фи-

нансовой грамотности и дальновидности собственника. Недавно мы общались с директором одной сети по продаже одежды. Он был абсолютно уверен, что все риски, которые реализовались в период пандемии, в первую очередь «простой», относятся к форс-мажорным обстоятельствам, что они не покрываются страховым полисом. Но ведь форс-мажор не был объявлен. Вопрос только в том, был ли у вас этот риск застрахован?!

Для организаций, которые ведут торговый бизнес в интернете, страхование киберрисков вполне актуально. Как минимум, есть законодательная база, требующая внимательного отношения к сохранению и обработке данных клиентов. Определить, насколько для вас актуально страхование киберрисков просто: если стоимость страховки составляет 1–2 % годового оборота, вам она нужна, если более 10 % — то, очевидно, вам такой вариант защиты не подходит.

# Страхование киберрисков — продукты CyberEdge и ProfessionalEdge

#### Защита от утечки данных.

Вопросы ответственности за персональные данные, защиты конфиденциальной информации и личных данных в интернете сегодня стоят как никогда остро. Любая компания, осуществляющая ежедневно обработку электронных персональных данных посредством использования портативных устройств, компьютеров, серверов, интернет-ресурсов, подвергается рискам кибератак. Последствия, например, от утечки данных с ваших серверов, могут быть очень существенными. Поэтому сегодня необходимо уделять главное внимание защите информационных систем персональных данных. Оперировать стоит как техническим, так и операционным и финансовым ресурсами.

Компания AIG разработала инновационные продукты CyberEdge и ProfessionalEdge — специальные программы киберстрахования для обеспечения информационной защиты данных на предприятии от последствий их утечки или незаконного использования.



## **ProfessionalEdge®**

### Модули покрытий



Профессиональная ответственность



Первичное реагирование



Расходы в связи с киберинцидентом



Защита данных и киберответственность



Сбои в работе сети



Сбои в работе сети: сбои у внешнего поставщика



Сбои в работе сети: системный сбой



Инцидент с электронными данными



Услуги в области цифровых мультимедиа



Кибервымогательство



Телефонное хакерство



Компьютерное преступление



Скидочный купон



Фонд вознаграждения за информацию о преступлении

# CyberEdge®

#### Модули покрытий



Ответственность за нарушение персональных данных и корпоративной информации (коммерческие тайны, профессиональная информация, бюджеты, перечни клиентов и пр.) по причине несанкционированного раскрытия или передачи, в том числе заражения вирусами, уничтожения, модификации или удаления информации, физической кражи или утери аппаратного обеспечения и пр.



Покрытие расходов при административном расследовании в отношении данных со стороны регулирующих органов.



Расходы на программно-техническую экспертизу, позволяющую установить причину утечки; Расходы на восстановление репутации компании и / или ее должностных лиц; Расходы на уведомление субъектов данных и мониторинг; Расходы на восстановление электронных данных.



Ответственность за содержание информации

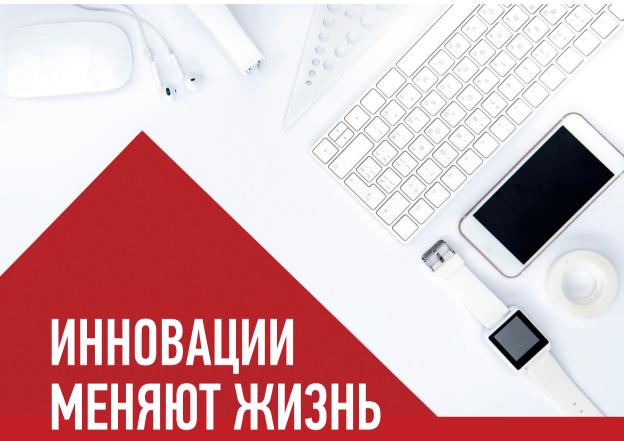


Виртуальное вымогательство



Убытки от сбоев в работе сети в результате нарушения функционирования системы безопасности, компенсация недополученной прибыли.





Чтобы удержать лидирующие позиции на рынке, сегодня компаниям недостаточно решать традиционные для своего бизнеса задачи. Необходимо работать на опережение. Один из главных инструментов, который помогает вырваться вперед в конкурентной борьбе — внедрение инноваций. О том, как устроена работа по поиску и внедрению инноваций в крупнейшей агентской компании по страхованию жизни в стране «Капитал Лайф Страхование Жизни» (КАПИТАЛ LIFE), рассказывает директор по инновациям Светлана Адрова.

Сегодняшний вектор развития инноваций практически в любой прогрессивной компании связан с общей диджитализацией бизнес-процессов, направленной как на внутреннюю работу, так и на взаимодействие с клиентами.

Самые удачные примеры внедрения цифровых ноу-хау способны в корне изменить определенный вид бизнеса. Возьмем такси: с мобильными приложениями по вызову

автомобилей этот рынок уже никогда не станет прежним. И это далеко не единственный пример. Банковские приложения, позволяющие в пару кликов самостоятельно осуществить денежные переводы, медицинские консультации по видеосвязи, возможность аренды автомобиля онлайн— все это позволяет упростить путь от услуги или товара до клиента, сделав его максимально коротким и доступным.

Компании, внедряющие подобные инновации, повышают капитализацию, становятся более эффективными и удобными для клиентов. И на сегодняшний день страховая индустрия является одним из лидеров по внедрению и использованию новых технологий на финансовом рынке.

Для КАПИТАЛ LIFE комплексная работа по внедрению инноваций является одним из стратегических направлений развития бизнеса и затрагивает практически все виды деятельности компании — как в сфере взаимоотношения с клиентами, так и в рамках модернизации внутренних бизнес-процессов.

#### НА СВЯЗИ С КЛИЕНТОМ... РОБОТЫ

Важнейшим направлением для инновационного и технологического развития КАПИТАЛ LIFE в течение последних лет является внедрение сложных интеллектуальных систем в ключевые бизнес-процессы компании. Для этого мы успешно используем технологии искусственного интеллекта и машинного обучения.

В прошлом году мы реализовали проект по интеграции искусственного интеллекта в автоматизированные процессы Единого Контакт-центра обслуживания клиентов компании. С помощью новой технологии были значительно увеличены операционные возможности Контакт-центра, а также оптимизированы расходы на обработку входящих телефонных звонков. Этот проект активно развивается и на сегодняшний день на долю голосовых роботов приходится значимая часть коммуникации с действующими и потенциальными клиентами по телефону, как в рамках верификации и пролонгации договоров страхования, так и при предложении и оформлении новых продуктов и сервисов.

Также роботы активно помогают нам в расширении агентской сети — крупнейшей на российском рынке страхования жизни, которую на текущий момент



Светлана Адрова

Директор по инновациям
Капитал Лайф Страхование Жизни

представляют более 7 тыс. финансовых консультантов практически во всех регионах страны. Профессиональная агентская сеть — это наша гордость и одно из ключевых преимуществ компании, поэтому процессу рекрутинга мы уделяем повышенное внимание. В ходе дистанционного подбора, наши роботы проводят первичное телефонное интервью, после чего соискатели проходят специальные тесты на базе искусственного интеллекта, позволяющие на этапе отбора определить потенциально наиболее успешных кандидатов.

В наших планах дальнейшая активная интеграциях этой технологии в различные процессы рекрутинга и обучения персонала. Например, отработка новичками навыков успешных продаж программ страхования жизни в ходе коммуникации с роботом в мессенджерах. Уже сейчас



большая часть обучающих материалов и курсов для действующих агентов, которые раньше проводились только очно, переведена в онлайн, и их число продолжает расти.

Еще одно ключевое и перспективное направление, которое мы активно развиваем — это внедрение технологий Big data и Machine learning (ML). В КАПИТАЛ LIFE создана экспертная группа по работе с большими данными, которая помогает нам максимально таргетировать продуктовые предложения как для сегментов клиентов, так и персонифицировано. А сервисы, использующие технологии машинного обучения, позволяют дополнять классические страховые продукты новыми востребованными опциями, например, связанными с периодической диагностикой здоровья. Также с помощью технологии машинного обучения проводится глубокий анализ данных клиентов компании и формируется более адресное продуктовое предложение в рамках кросс-продаж.

#### СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ НА ЛАДОНИ

КАПИТАЛ LIFE не только развивает классическое продуктовое направление, но и делает большую ставку на сервисную технологическую составляющую. Запуская новые продукты и сервисы, мы хотим оставаться надежным спутником наших клиентов в достижении их ключевых жизненных целей и задач. Это не только формирование накоплений и страховая защита, но в первую очередь — поддержание здоровья, физического благополучия и долголетия, а также улучшение качества жизни в целом. Для этого в течение последних лет мы планомерно работали над созданием экосистемы здорового образа жизни, направленной на предоставление нашим клиентам комплекса страховых и медицинских услуг и сервисов с применением самых современных разработок и технологий.

Важнейшим этапом в этом процессе стал запуск нового сайта компании KAPLIFE.ru, который является результатом глубокого анализа потребностей наших клиентов и тенденций рынка — современным и функциональным инструментом для выбора оптимальных страховых и медицинских решений. Мы создали полноценного цифрового помощника, с помощью которого можно решить практически любую задачу не выходя из дома. Новый сайт уже успело по достоинству оценить профессиональное сообщество: в феврале 2020 года мы стали одним из победителей престижного конкурса «Золотой сайт» в категории «Сайт банка или страховой компании».

На сайте размещен личный кабинет клиента, который предоставляет все возможности для управления страховой программой, действует сервис оформления налогового вычета «под ключ», а для удаленного оформления страховой выплаты круглосуточно доступен самый полный сервис онлайн-урегулирования на российском рынке страхования жизни. С его помощью можно заявить о наступлении страхового события, самостоятельно отслеживать статус рассмотрения заявления, а также оперативно получить информацию о выплате. Мы первые на рынке полностью автоматизировали процесс урегулирования как внутри компании, так на стороне клиента. Доля клиентов КАПИТА $\hat{\Pi}$  LIFE, которые оформили заявления по страховому случаю и получили выплаты полностью дистанционно, в первом квартале 2020 года превысила 30 %, при этом в начале апреля после введения режима самоизоляции в ряде регионов она достигла 65 %. Это прекрасный пример, как инновации помогают решать в том числе и общественно значимые социальные задачи.

Также на сайте представлена линейка страховых медицинских программ и сервисов, которые можно оформить онлайн за несколько секунд. Функциональная палитра программ, которые мы вывели в онлайн, постоянно расширяется. Полис «Телемед» позволяет получить консультацию врачей различной специализации в любое время и в любом месте — с помощью чата или видеосвязи. Программа «Медэксперт» предоставляет возможность получить второе независимое мнение в лучших отечественных и зарубежных клиниках. Страховая программа «Здоровая прививка» защищает в случае осложнений после вакцинации, а полис «Стоп.Клещ» — от последствий встречи с этим опасным насекомым. Также онлайн доступна специальная программа финансовой поддержки на случай диагностирования COVID-19 «Стоп. Коронавирус». При попадании в стационар с данным диагнозом при наличии этого страхового полиса пациент может рассчитывать на выплаты до 2,5 тыс. рублей в день в течение 30 дней. Мы уже сделали первые выплаты по этой программе.

Также важной частью нашей экосистемы является мобильное приложение для клиентов на платформах IOS и Android, предоставляющее всю информацию по договору на экране смартфона. Аналитическое агентство Markswebb отметило уникальную для российского рынка особенность нашего мобильного приложения — возможность управления своими договорами инвестиционного страхования жизни (ИСЖ) на мобильном устройстве, признав компанию «цифровым лидером» на российском страховом рынке.

#### СТАРТАП УСПЕХА

Разрабатывая новые продукты и сервисы, мы быстро поняли: чтобы по-настоящему всколыхнуть наш довольно консервативный рынок, мы должны выйти за пределы компании. Лекции, семинары, круглые столы, вебинары, тренинги, мастер-классы, индивидуальные занятия с менторами — все это, конечно, работает и приносит свои результаты, но в итоге мы остановились на «открытых инновациях».

Эта модель акселерации предполагает взаимодействие компании с внешней средой в процессе инновационной деятельности.

Для этого мы запустили корпоративный конкурс LIFE.medtech, в рамках которого привлекаем самые интересные и близкие нам по тематике стартапы в сфере страхования, медицины и технологий со всего мира.

Первый же конкурс LIFE.medtech привлек более 100 проектов со всего мира. Мы рассматривали как готовые решения «под ключ» с полной проработкой внутренней логистики и инфраструктуры, так и проекты на ранних стадиях. Главным достижением первого конкурса стало начало работы с израильской компанией Israel Med Call4Life. Она обеспечила нашим клиентам виртуальную диагностику и удаленное консультирование лучшими медицинскими экспертами со всего мира. Сам же конкурс был признан новым словом среди бизнес-акселераторов и получил премию «Время инноваций» в номинации «Лучший проект по стимулированию и развитию инновационной деятельности» на страховом рынке».

В конце 2019 года мы организовали второй конкурс LIFE.medtech 2.0 и на текущий момент получили сотни перспективных инновационных предложений, направленных на автоматизацию бизнес-процессов компании, а также улучшение качества жизни наших клиентов. Среди них в том числе проекты по своевременной и технологичной диагностике различных заболеваний, а также оперативной реабилитации с применением технологии искусственного интеллекта. Итоги второго конкурса будут подведены в июле 2020 года, и мы ожидаем, что уже до конца года лучшие проекты будут интегрированы в бизнес компании и начнут приносить реальную пользу нашим клиентам.





Применение искусственного интеллекта в страховании поможет снизить влияние человеческого фактора, сэкономить силы и средства компаний и их клиентов. Это вопрос ближайшего будущего. Толчок новому тренду дали условия ограничения передвижений в период пандемии. О перспективах развития бесконтактных технологий рассказывает Олег Базникин, коммерческий директор компании DAT Россия

# Современные страховые технологии: Изменилась ли в вашем бизнесе ситуация в связи с пандемией коронавируса?

Олег Базникин: Как и друге, мы чувствуем экономические последствия — происходит спад использования традиционных страховых продуктов в связи с уменьшением количества ДТП и общего числа страховых случаев. Соответственно, стало меньше обращений к нашему продукту для расчета стоимости восстановительного ремонта при урегулировании убытка. Это касается всех страховых и экспертных компаний, потому что определяющим является количество ДТП и количество страховых случаев. Падение спроса неравномерно по страховым организациям, в том числе и по регионам. В целом по Рос-

сии спад в апреле составил порядка 40 %, в Санкт-Петербурге — более 50 %, в Москве — порядка 80 %.

## **ССТ:** Растет ли спрос на какие-то продукты?

О.Б.: Основная технология, которую мы внедряем сейчас, позволяет бесконтактно урегулировать убыток. Раньше почти в каждом случае страхователю назначали осмотр транспортного средства с выездом специалиста, который общался с клиентом, составлял акт осмотра, оформлял другие документы. В условиях ограничения передвижений технологии бесконтактной передачи информации становятся востребованными и выходят на лидирующие позиции.

#### ССТ: Как работают ваши решения?

**О.Б.**: Наши решения надежны, технологичны и просты в использовании. Сложные вещи могут работать только тогда, когда они внешне просты и понятны неспециалисту. Для бесконтактного оформления заявления об убытке, передачи информации водителем с места ДТП в страховую компанию и принятия на обработку убытка есть несколько принципиальных моментов.

Чтобы что-то передать страховщику, у клиента должны быть средства связи и установленное мобильное приложение компании. Некоторые страховщики идут именно по этому пути — убыток можно заявить в приложении, но далеко не у всех автовладельцев оно установлено вообще или на конкретном телефоне в нужный момент.

Наше решение SilverDAT FNOL действует во всех случаях, даже когда у клиента на телефоне нет предварительно установленного приложения — только номер телефона, по которому нужно обратиться в случае ДТП. Все начинается со звонка клиента. Есть два варианта: страхователь может обратиться в колл-центр страховой компании либо экспертной организации, уполномоченной страховщиком. Получив звонок, оператор колл-центра регистрирует выплатное дело, а на телефон клиента приходит ссылка, которая в один клик разворачивает мобильное приложение.

Далее наш интерфейс подсказывает, что нужно делать: алгоритм правильной фотофиксации транспортного средства, повреждений, необходимых документов и дополнительной информации о VIN и пробеге для дальнейшей обработки страхового случая. Все это занимает несколько минут, после чего нажатием одной кнопки клиент отправляет информацию в страховую компанию. Фактически это означает, что заявление об убытке принято, специалисты его рассматривают и принимают дальнейшие решения.

Если повреждения достаточно серьезные и расчет выплаты по предоставленным



**Олег Базникин** коммерческий директор компании DAT Россия

фотографиям сделать затруднительно, или есть признаки мошенничества всегда можно переключиться на традиционную процедуру урегулирования убытка с назначение дополнительного осмотра специалистом. Но это существенно меньший процент в общем количестве заявленных убытков.

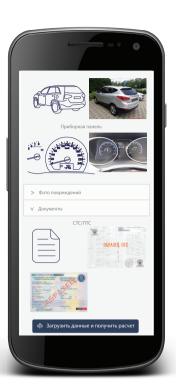
ССТ: Можно сразу рассчитать размер выплаты, если предусмотрена денежная компенсация, или сразу направить автомобиль на ремонт, если предусмотрена натуральная форма возмещения?

О.Б.: Да, такое решение существует. Более того оно активно используется в других странах. Там клиенты фотографируют с помощью SilverDAT FNOL транспортное средство, отмечают повреждения, и им автоматически приходит расчет. Если клиент с расчетом согласен, он вводит номер счета и на следующий день получает страховую выплату.









Все зависит от желания самих страховых компаний автоматизировать процессы — технологически все решения у нас есть. Может быть произведен автоматический расчет и автоматическая выплата, специалист может дистанционно произвести расчет и предложить оферту по выплате на мобильный телефон. Мы предоставляем решения, позволяющие согласовать стоимость страхового возмещения в течении 20 — 25 минут.

В России процесс быстрой выплаты работает уже достаточно давно, но только с момента осмотра автомобиля специалистом. Эксперт дистанционно делает расчет, и клиенту остается только выбирать форму страхового возмещения. С использованием SilverDAT FNOL весь процесс работает без участия специалиста по осмотру.

# ССТ: Выросло количество запросов на бесконтактное урегулирование убытков?

**О.Б.**: Да, конечно. Могу сказать, что среди наших партнеров есть экспертные организации, которые уже сейчас урегулируют бо-

лее половины страховых случаев без выезда эксперта на место ДТП.

Кроме того, кроме процесса урегулирования убытков, технология может быть использована при предстраховом осмотре транспортного средства. Мы ведем переговоры с рядом крупных страховых компаний о внедрении наших технологий и в этом направлении.

# ССТ: Вы заранее готовились к ситуации, когда вырастет спрос на удаленное урегулирование убытков?

О.Б.: Решение было готово во второй половине прошлого года, а пандемия спровоцировала повышенный интерес. У каждой страховой компании есть свои особенности и для каждой нужна определенная кастомизация: пакет документов, сценарии проведения осмотра. SilverDAT FNOL базируется на архитектуре, позволяющей быстро адаптировать решение в соответствии с индивидуальными требованиями и настройками партнера.

#### ССТ: Для страховщиков новые разработки дороже или дешевле традиционных?

О.Б.: С партнерскими страховыми компаниями мы работаем в рамках действующих контрактов и для них, особенно сейчас, внедрение дополнительного функционала не требует дополнительных затрат. Мы рассматриваем возможность бесконтактного урегулирования убытков как опцион основного блока сотрудничества.

С точки зрения экономии затрат и человеческого ресурса на проведение экспертизы, сокращение выездных контактов — очевидная выгода для страховой компании и идеальная адаптация к работе на удаленке. Эксперты и сотрудники выплатных отделов могут урегулировать убытки дистанционно, сохраняя качество и оперативное взаимодействие с клиентом.

Мы предоставляем возможность работы с любого рабочего места, в офисе или дома — мы были готовы к этому еще до пандемии. Нам технологически совершенно все равно, в какой геолокации находятся пользователи: все специалисты цепочки урегулирования имеют соответствующий доступ ко всему функционалу.

## ССТ: Почему вы оказались готовы к нынешней ситуации?

**О.Б.**: У ІТ-бизнеса есть свои преимущества. Его специфика — доступ к программным решениям должен осуществляться из любого места в любое время. С точки зрения технологии сокращение числа действий, требующих вмешательства человека и, как следствие, расходов на урегулирование убытков, в принципе, и есть суть решений SilverDAT.

В условиях пандемии решения, которые еще несколько месяцев назад, рассматривались как перспективные, стали наиболее востребованными.

# ССТ: Как вы оцениваете перспективы урегулирования убытков — к чему готовиться страховщикам?

О.Б.: Перспективу я вижу в тренде на максимальную автоматизацию, когда приезд в офис и осмотр машины будут нужны только в каких-то особых случаях. Толчок был дан извне, теперь все страховщики буду перестраивать свои технические и технологические процессы, чтобы сократить сроки и увеличить качество обслуживания клиентов. Одновременно важна возможность по требованию перевести урегулирование убытков в ручной режим. Основную роль будет играть комплекс «время и деньги» — сокращение времени урегулирования убытков, с одной стороны, и сокращение использования человеческого ресурса, средств компании на каждом этапе — с другой.

Для расчетов и некоторых процедур в цепочке пока нужны люди, но уже есть технологии, позволяющие кардинально сократить ручной труд и вмешательство человека. Применение искусственного интеллекта — ближайшее будущее, практически наш следующий шаг. Сейчас мы ведем переговоры с целым рядом страховщиков, чтобы перевести большие объемы урегулирования убытков вообще без участия человека.

Искусственный интеллект, «большие данные» и телематика, опираясь на существующие возможности мобильных технологий, уже сегодня изменяют классические представления об урегулировании убытков в автостраховании. В декабре 2019 года DAT Россия анонсировала решение SilverDAT FastTrack AI, позволяющее рассчитать стоимость восстановительного ремонта по фотографиям транспортного средства без участия человека.

Технология позволяет по переданным с места осмотра фотографиям в автоматическом режиме распознать поврежденные элементы, определить степень и характер повреждения и в течении 30 секунд рассчитать размер страхового возмещения.

Это уже работающая схема, мы на этапе переговоров о внедрении продукта страховщиками — нашими партнерами.



Мы продолжаем рассказывать о том, какие новые технологические решения и онлайн-проекты внедрили страховые компании, оказавшиеся в условиях ограничений в связи с эпидемией COVID-19. Как показал опрос «ССТ», большинство компаний видят в кризисе новые возможности.



## СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ РЕАЛИЗОВАЛИ ЗАПЛАНИРОВАННЫЕ ПРОЕКТЫ И ПРИДУМАЛИ НОВЫЕ



Улучшение доступности страховых услуг Внутренние коммуникации в компании Урегулирование убытков

#### НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, В КОТОРЫХ РЕАЛИЗОВАНЫ НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

#### СМК «АСТРАМЕД-МС» (АО)

Самоизоляция дала нам время подумать: кто мы? откуда мы? куда мы идем? Мы перешли на дистанционный режим работы, начали проводить совещания в ZOOM и создали несколько проектов для застрахованных и партнеров, продолжили развивать действующие онлайн-проекты.

#### «Я — МАМА» для застрахованных.

Онлайн-проект службы страховых представителей для новорожденных детей и их мам в Свердловской области.

С января 2020 года в компании застраховано 7 тыс. новорожденных

- круглосуточная горячая линия
- обращение на сайт и социальные сети компании
- помощь с вызовом узких специалистов-медиков на дом для малышей
- выяснение причин неприхода патронажных медсестер
- пояснение по уходу за малышами и их питанию
- информация о мерах профилактики

#### Проект для партнеров

Специалисты компании создали программное обеспечение для партнеров и агентов:

- минимизирует использование личного времени
- дает возможность сократить частые визиты в офис компании
- позволяет стать партнером компании за 5 минут подписать агентский договор и получить пароль доступа к программе
- можно использовать на любом смартфоне, планшете или компьютере



#### 000 «СК «АК БАРС-МЕД»

С 2019 года в рамках концепции развития дистанционных каналов компания обновила официальный сайт www.akbarsmed.ru, личный кабинет застрахованного, создала бесплатное мобильное приложение www.akbarsmed.ru/app (платформы Appstore и Google Play). Это позволило клиентам в условиях самоизоляции получать услуги в онлайн-формате.

#### Клиенты по ОМС

- запись на получение полиса ОМС
- проверка действия полиса OMC/ готовности полиса OMC
- реестр и суммы оказанных медицинских услуг
- оформление обращения/ жалобы в службу защиты прав застрахованных в системе ОМС
- штрих-код для записи к врачу в медицинскую организацию
- перечень обследований по диспансеризации (в соответствии с полом и возрастом)

#### Клиенты по ДМС

- оформление/ пролонгация полиса ДМС за 5 минут
- оформление заявки на прием к врачу по полису ДМС
- телемедицинская консультация
- загрузка и хранение в личном кабинете результатов обследований и анализов
- чат с сотрудником контакт-центра компании
- персональные уведомления
- оформление заявки на консультацию по заключению договора ДМС для юрлиц

## «Мобильный доктор» — онлайн-консультации

- оформление услуги телемедицины на caйте www.akbarsmed.ru/dms/telemeditsina
- сбор анамнеза, расшифровка имеющихся на руках результатов анализов (при наличии)
- рекомендации по текущему состоянию или заболеванию, режиму, диете
- рекомендации по лечению и коррекции лечения
- письменное заключение хранится в личном кабинете застрахованного
- врачи высшей категории
- без ограничений по числу обращений в течение времени действия полиса (6 / 12 месяцев)

#### Web-приложение для B2B-канала

• реализация коробочных продуктов «Антиклещ», «ДМС-ДТП», «ГЛПС», «Антигрипп» и др.

#### Безопасность информационных ресурсов

- вход только через логин и пароль
- подтверждение личности через Госуслуги (ЕСИА)
- опциональные меры безопасности: отпечаток пальца, дополнительный пароль

#### **РРF-СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ**

#### Ключевые фокусы в условиях пандемии и введенных ограничений

- бесперебойное оперативное оказание услуг нашим клиентам: заключение договоров, выплаты по страховым случаям стали производить еще быстрее
- перестройка бизнес-процессов полностью на дистанционную работу, включая обучение консультантов
- организация дистанционного процесса андеррайтинга и урегулирования убытков



#### 000 «АК БАРС СТРАХОВАНИЕ»

#### Переход компании на дистанционную работу

- технологии удаленной работы внедрены для всех за 2 дня
- слаженная работа команды
- сохранили лидирующие позиции на рынке
- внедрили новые актуальные продукты для клиентов
- основной канал общения с клиентами — сайт компании

#### Для агентов

 реализован механизм оплаты полисов на сайте — можно перечислять деньги безналично

#### Для клиентов

- онлайн-продажа полисов на сайте компании и агрегаторах
- онлайн-заявки на оформление нового полиса и пролонгацию договоров
- дистанционные обращения по страховым событиям (все виды страхования)
- дополнительная опция страхования от коронавирусной инфекции
- улучшенное страхование от онкологических заболеваний
- обновленный вариант каско
- акции приобретение полисов на более выгодных условиях в рассрочку/ со скидкой
- дополнительные запросы и уточнения для выплат при крайней необходимости

#### **АО СК «РСХБ-СТРАХОВАНИЕ»**

Проектный подход — один из драйверов повышения эффективности автоматизации бизнес-процессов. Технологический комитет компании одобрил портфель ИТ-проектов. Основной фокус — комплексное изменение процессов, «сквозная автоматизация» для минимизации дублирования информации в разных системах.

#### Досрочный переход в онлайн

- март 2020 введен процесс автоматизации выплат по личному страхованию
- апрель переход сотрудников на удаленный режим работы
- апрель автоматизировано согласование 100 % документов по урегулированию убытков по всем видам страхования с учетом индивидуальных особенностей каждого из них
- оперативное взаимодействие между подразделениями компаний, вовлеченными в процесс урегулирования убытков
- повышен контроль сроков урегулирования
- бесперебойное выполнение компанией своих обязательств перед клиентами

#### Автоматизация страховых выплат

- создание цифрового страхового дела существенное сокращение объема бумажной работы
- согласование и выплаты страхового возмещения в электронном формате
- сокращение сроков урегулирования и затрат человеко-часов на 1 случай
- повышение качества обслуживания клиентов и сокращение расходов на ведение дела

#### «Бизнес без потерь» — комплексный страховой продукт

- для субъектов малого и среднего бизнеса
- внедрен во фронт-офисную систему продаж компании
- в планах внедрение новых страховых продуктов, покрывающих убытки от потери работы, а также процентов по вкладам в случае досрочного расторжения договора на вклад