СОВРЕМЕННЫЕ СТРАХОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СТРАХОВЩИКОВ И СТРАХОВАТЕЛЕЙ

5 (94)
2022

с. 8
Илья Баланин
КЛЮЧЕВАЯ ФИГУРА — ЧЕЛОВЕК

с. 16
Дмитрий Кузнецов
ОМС: ТРАНСФОРМАЦИЯ НЕИЗБЕЖНА

с. 38
Игорь Кобзарь
НА ПОРОГЕ БОЛЬШИХ ПЕРЕМЕН

Современные страховые технологии № 5 (94) 2022

Если ОМС, то «СОГАЗ-Мед»

25 лет успешной работы

АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» создана в 1998 году, входит в Страховую Группу «СОГАЗ». Компания занимает 1-е место среди страховых медицинских организаций по количеству застрахованных – 44 млн человек. Осуществляет деятельность в 56 субъектах РФ и в г. Байконуре.

– территории деятельности «СОГАЗ-Мед»

Почему «СОГАЗ-Мед» доверяют:

Индивидуальный подход к поступающим обращениям, квалифицированная помощь и забота о каждом застрахованном

Высококвалифицированные эксперты и юристы компании обеспечивают защиту прав застрахованных и при необходимости принимают участие в судебных разбирательствах

Ключевые показатели деятельности «СОГАЗ-Мед» за 9 месяцев 2022 года:

Индивидуальное информирование о доступных для граждан медуслугах, в т.ч. о необходимости прохождения профилактических мероприятий

32 млн
отправленных сообщений

Многоуровневая система контроля качества оказанной медпомощи

30 тысяч
проведенных экспертиз по жалобам застрахованных

Защита прав и интересов в сфере ОМС

1,2 млн
рассмотренных обращений от застрахованных граждан

Мы помогаем разобраться в сложных ситуациях, возникающих при обращении за медицинской помощью по полису ОМС, своевременно информируем об изменениях в законодательстве, проводим экспертизы качества оказанного лечения.

Реклама. Услуги страхования оказываются АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» ОС №3230-01

СОГАЗ | Обязательное медицинское страхование

8 800 100 07 02
sogaz-med.ru

Игорь Юргенс
Президент Всероссийского союза страховщиков

Что может быть важнее жизни и здоровья человека? Вопрос риторический. Одним из существенных и социально значимых сегментов страховой деятельности является медицинское страхование. О задачах и проблемах обязательной и добровольной его форм мы поговорим в этом номере.

Почти 30 лет в Российской Федерации реализуется страховая модель здравоохранения. За это время создана база правовых и экономических отношений, обеспечивающая оказание бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам в системе ОМС. Неотъемлемыми участниками этой системы, наряду с лечебными учреждениями и Фондом обязательного медицинского страхования, являются страховые медицинские организации — без них современная модель здравоохранения не могла бы существовать.

Как и любой социальный институт, система ОМС сегодня вынуждена адаптироваться к общественному и экономическому переустройству мира, чтобы обеспечивать не только социальные гарантии граждан, но и более высокие стандарты жизни. В числе приоритетных направлений трансформации ОМС эксперты называют внедрение риск-ориентированного подхода в систему экспертного надзора и информатизацию отрасли с полной интеграцией страховых медицинских организаций как полноправных участников системы. С учетом происходящих сегодня событий очень важно сосредоточиться на локальных внутренних целях — эффективном межведомственном взаимодействии, финансовой устойчивости как участников ОМС, так и самой системы, и других задачах, которые одинаково понятны всем заинтересованным сторонам.

Но ключевой фигурой в ОМС был и остается человек. Главная задача всех организаций, составляющих систему медицинского страхования, — обеспечить ему бесплатную качественную медицинскую услугу. Именно качество и доступность медпомощи конкретному застрахованному лицу является главным мерилом эффективности и полезности ОМС в России.

Еще одной темой, тесно соприкасающейся с ОМС, является страхование жизни — сегмент, который умудряется устоять в зоне турбулентности. От лидера рынка вы узнаете, как получается не только сохранить устойчивость, но и развиваться в меняющихся реалиях времени.

№ 5 (94) ' 2022

ДЕЛО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВАЖНОСТИ

Р. Точилин
ПОМОЩЬ ГОСУДАРСТВА СТРАХОВОМУ РЫНКУ 4

И. Баланин
КЛЮЧЕВАЯ ФИГУРА — ЧЕЛОВЕК.....8

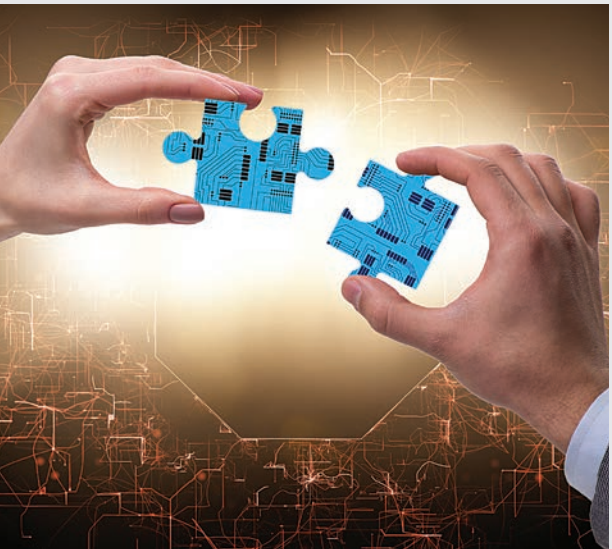
Д. Кузнецов
ОМС: ТРАНСФОРМАЦИЯ НЕИЗБЕЖНА 16

Д. Толстов, Ю. Брудастов
ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ.
ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
КАК ПРОФЕССИЯ 20

Я. Власов
ЧТО ВЛИЯЕТ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ГРАЖДАН
СИСТЕМОЙ ОМС.....26

Ю. Жулёв
«СИСТЕМА ОМС РАЗВИВАЕТСЯ, НО ДАЛЕКА
ОТ ИДЕАЛЬНОЙ» 30

Р. Хальфин
СТАНДАРТИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
В СИСТЕМЕ ОМС 34



СТРАХОВАНИЕ В РОССИИ

И. Кобзарь
НА ПОРОГЕ БОЛЬШИХ ПЕРЕМЕН 38

Н. Митрохова
ЭНЕРГИЯ РАЗВИТИЯ 46

Е. Щекланов
НА МНОГИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ 50

М. Чернин
ЗАВТРАК МЕЧТЫ.....52

А. Жуков
НУЖНО ПОКАЗЫВАТЬ ВСЮ ПАЛИТРУ
ФИНАНСОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ.....56

Д. Горшков, В. Набоков
ЦИФРОВИЗИРОВАТЬСЯ
ПОЛНОМАСШТАБНО 60

СОВРЕМЕННЫЕ
страховые технологии

ПОНЯТНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Ю. Воронин
КОМИССИЯ СЛЕДУЕТ СУДЬБЕ ПРЕМИИ 64

Ю. Алчеева
СО СТРАХОВКОЙ – ПО РОДНОЙ СТРАНЕ.....68

О. Витько
ДМС УХОДИТ В «ЦИФРУ» 72

Д. Совков
ОЦЕНКА РИСКОВ В СУДОСТРОЕНИИ 76

СТРАХОВЩИК И ЗАКОН

С. Ефремов
ПРОТИВ МОШЕННИКОВ ПОМОЖЕТ
ОБЩИЙ ОПЫТ 84

М. Яненко-Базанов
ДЕЛО О 40 СЛУЧАЙНОСТЯХ.....90

СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА

К. Турбина
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УСТОЙЧИВОГО
РАЗВИТИЯ 94

Н. Тарасова
УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ — ЧЕРЕЗ ДОВЕРИЕ
КЛИЕНТОВ 98

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

Для иллюстрации журнала «Современные страховые технологии» использованы фотоматериалы фотобанка «ЛОРИ», предоставленные в соответствии с Договором № 671782-1 от 14.04.2022 на условиях стандартной лицензии для интернета и полиграфии.

Фотобанк «ЛОРИ» lori.ru

Дизайн и верстка
ООО «Издательство «Проспект»

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

Адрес
125167, Москва, Ленинградский проспект, д. 37, корп. 9, офис 618
www.consult-cct.ru

Подписка по телефону/факсу
(495) 641-05-67
и по e-mail: office@consult-cct.ru

Публикации с пометкой ₽ — 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

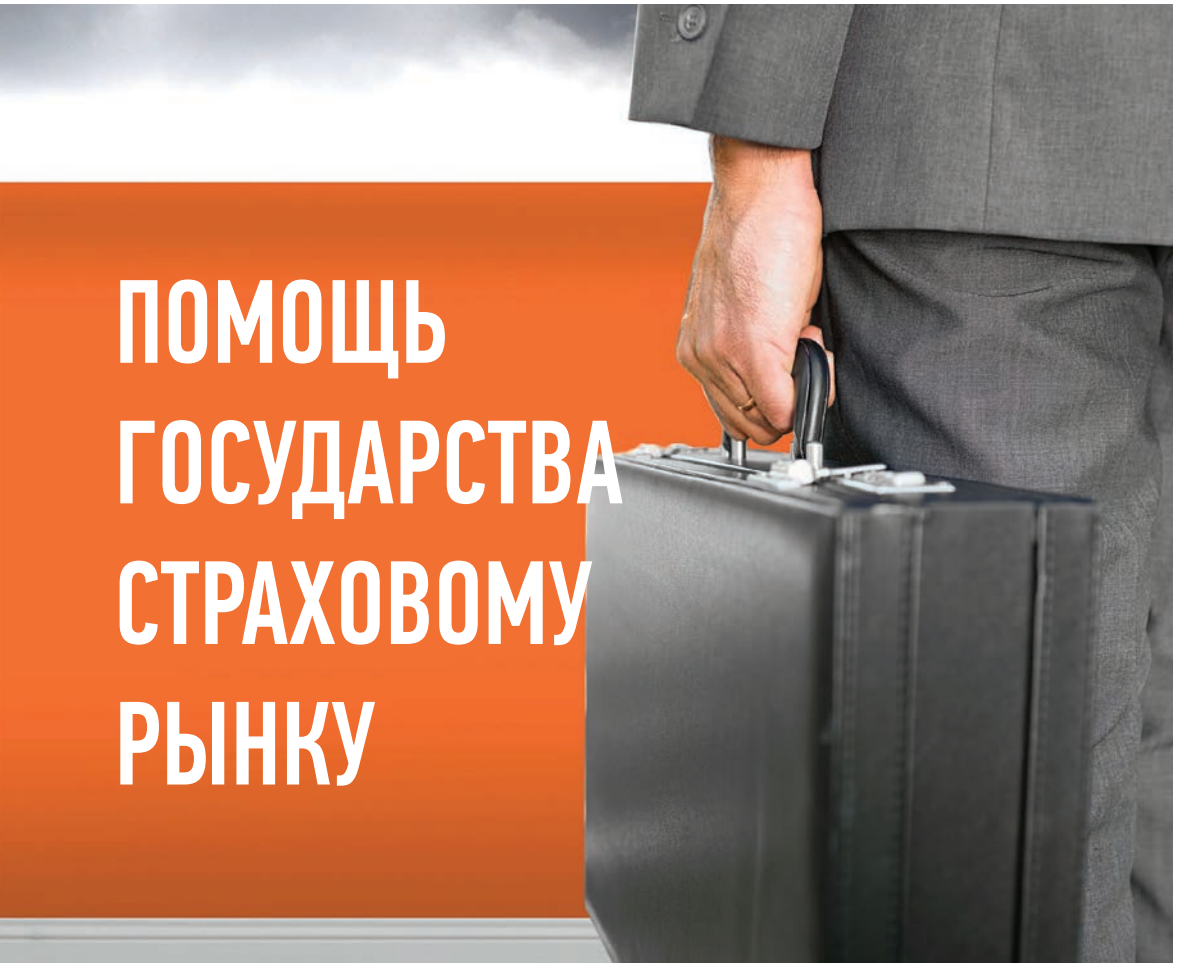
Подписано в печать 13.11.2022.
Тираж 4500 экз.

Отпечатано в типографии
ООО «Издательство «Проспект»

© НП «Центр страховой безопасности»

Вопрос о помощи государства страховому рынку довольно интересный. Мне кажется, помощь должна заключаться в предоставлении возможностей для развития, в ликвидации барьеров, которые мешают свободно работать. Какие-то точечные «обезболивающие» меры, с одной стороны, могут помочь остаться на рынке некоторым страховщикам, но при этом как мощное лекарство, снимая текущую боль, они лишают рынок стимула развиваться естественным образом.

Роман Точилин
Заместитель директора департамента финансовой политики Министерства финансов РФ



ПОМОЩЬ ГОСУДАРСТВА СТРАХОВОМУ РЫНКУ

Рассчитывающий на подобное содействие со стороны государства рынок начинает видеть поддержку государства во введении новых штрафных санкций в отношении страхователей, не желающих заключать договоры страхования, в увеличении размеров уже имеющихся санкций. То же самое можно сказать и о введении дополнительных налоговых льгот в отношении существующих видов страхования — это фактически оплата государственным бюджетом «скидки» для клиентов страховщика. На самом же деле лучшая помощь от государства с точки зрения долгосрочного развития рынка — это регулирование «в позитивном ключе», позволяющее страховщикам запускать новые продукты и увеличивать клиентскую ценность существующих.

Давайте теперь рассмотрим более детальные вопросы в рамках осуществляемых сейчас проектов, направленных на изменение правил игры на страховом рынке.

НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ

Если в сегменте страхования (иного, чем страхование жизни) обсуждение возможных инициатив по налоговому стимулированию идет достаточно осторожно: обсуждаются продукты, которые имеют высокую социальную значимость, достаточную, чтобы фактически субсидироваться государством за счет налоговых льгот, — то в страховании жизни этот процесс гораздо более активен.

Я прекрасно помню прошлый этап внедрения мер налогового стимулирования страхования жизни — включение данных продуктов в социальный налоговый вычет. Совместно с ВСС мы потратили много сил, убеждая участников процесса в перспективности данной льготы и в отсутствии существенных рисков для бюджета страны в связи с ней. Прошедшие несколько лет показали правильность нашей позиции. Сейчас пришло время для следующего этапа налогового стимулирования страхования жизни.

Так, достаточно детально отработана инициатива по выравниванию налогового бремени в отношении пенсионных продуктов, предлагаемых НПФами и страховыми организациями. Идентичность данных договоров очевидна, и существующий налоговый арбитраж можно объяснить только рудиментарными запретами на рынке страхования жизни, преследовавшими в свое время цель прекращения «налогосберегающих» схем в этом сегменте.

Активно прорабатывается и, хочется верить, скоро будет внедрен новый налоговый вычет для долгосрочных финансовых инструментов. Вычет должен быть единым сразу для нескольких инструментов, к которым обязательно будет относиться долгосрочное страхование жизни. Как нам кажется, это очень верный и перспективный подход — регулировать продукты, исходя из их экономических свойств, а не основываясь на форме договора и субъекте, его заключающем.

СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Раз уж мы углубились в вопросы стимулирования страхования жизни, хотелось бы отметить и другие, не только налоговые меры, направленные на обеспечение страховой защиты жизни граждан. Важнейшей из них, без сомнения, является внедрение на российском страховом рынке Unit linked, получившего в законопроекте название «Долевое страхование жизни».

Нужно отметить, что я участвовал в обсуждении концепции этого продукта с представителями страховой отрасли с разной степенью интенсивности лет семь-восемь. Мы рассматривали разные варианты внедрения этого продукта, исходя из необходимости как сохранения его привлекательности для страховых компаний, так и с точки зрения защиты прав клиентов.

Для нашей правовой системы конструкция продукта, предусматривающего в себе два вида отношений (инвестиции и страхование), не является привычной. У многих консервативно настроенных участников дискуссии данная инициатива вызывала (и продолжает вызывать) отторжение. Приверженность простым, привычным формам создает ощущение уверенности, защищенности. При этом с каждым годом для все большего количества экспертов становится ясно, что развитие в рамках существующих форм явно недостаточно.

Граница между пенсионным планом и накопительным страхованием жизни весьма

Для нашей правовой системы конструкция продукта, предусматривающего в себе два вида отношений (инвестиции и страхование), не является привычной. У многих консервативно настроенных участников дискуссии данная инициатива вызывала отторжение.

условна. Многие производители и ретейлеры наряду с полисами страхования своей продукции, выданными страховщиками, выдают свои гарантии, по своей экономической природе не отличающиеся от договоров страхования. Договоры страхования жизни продаются не в последнюю очередь благодаря ожидаемой доходности от таких «вложений». Граница между различными финансовыми продуктами стирается на глазах. Этот процесс необратим: клиент становится взыскательнее, продавать простые продукты на рынке, где конкуренты уже предлагают что-то более прогрессивное, становится все сложнее.

В рамках такого подхода рассматриваемый законопроект имеет еще одно, крайне важное значение: это своего рода первый опыт нормативного регулирования объединения в одном продукте деятельности двух разных участников финансового рынка — страховой организации и управляющей компании. На данном этапе проектом предусмотрен механизм механического объединения лицензий: только компания, обладающая сразу обеими лицензиями, сможет предлагать своим клиентам долевое страхование жизни (или две компании: страховщик и УК при так называемой партнерской схеме).

Наверное, рано или поздно мы придем к рынку, в котором наличие некой базовой лицензии будет предполагать возможность продажи любого комбинированного финансового инструмента, что несомненно поднимет финансовый рынок на новый уровень. А сейчас будем надеяться, что подготовленный нашими совместными усилиями законопроект успешно будет принят и вступит в силу в обозримом будущем.

ОСАГО

Количество изменений в Закон «Об ОСАГО» и подзаконные акты, регулирующие данный вид страхования достаточно велико. Конечно, в большинстве случаев при проработке таких изменений мы исходили из необходимости защиты прав выгодоприобретателей. Были внедрены Европротокол, прямое возмещение убытков, проведена огромная организационная работа по «освобождению» страхового тарифа. Я помню, как мы впервые внедряли в систему тарификации ОСАГО так называемый тарифный коридор. Расчеты проводились в начале 2014 года, и само допущение возможности выбора страховщиком размера базовой ставки самостоятельно казалось нам невероятным. Шли долгие споры о степени «освобождения» тарифа: от отмены большей части коэффициентов и сохранении только ограничения максимальной стоимости полиса, до формального первого осторожного шага — внедрения 5%-го коридора базовой ставки. Решение ожидаемо было компромиссным: коэффициенты были сохранены, а коридор был установлен в размере 20 %.

Данный порядок расчета тарифов, начавший действовать 12 мая 2015 года, стал первым шагом к приближению страхового тарифа по ОСАГО к рыночным значениям. В дальнейшем мы неоднократно расширяли тарифный коридор, сейчас это уже не 20 %, а 358 %, что, наверное, можно считать почти свободным тарифообразованием. Данные Российского союза автостраховщиков и Банка России говорят о том, что в отношении транспортных средств, принадлежащих физическим лицам, величина коридора достаточна — по верхней границе страховщики идут довольно редко.

КЛЮЧЕВАЯ ФИГУРА — ЧЕЛОВЕК

Почти за 30 лет система ОМС доказала свою жизнеспособность и нужность людям, убежден председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин. Основным принципом построенной за эти годы системы ОМС стала пациентоориентированность, при которой ключевой фигурой является застрахованный, а критерием эффективности ОМС и здравоохранения — качество и доступность оказанной медпомощи конкретному пациенту. О том, что является главными слагаемыми пациентоориентированного здравоохранения, мы говорим с руководителем Федерального ФОМС Ильей Баланиным.

Современные страховые технологии: Как Вы оцениваете текущее состояние системы обязательного медицинского страхования? Какие проблемы и достижения Вы хотели бы выделить?

Илья Баланин: В следующем году системе ОМС исполнится 30 лет. Она состоялась, доказала свою жизнеспособность и, самое главное, нужность людям. Способность адаптироваться под новые ситуации и вызовы показала эпидемия ковида, когда важно было быстро принимать решения, в том числе о финансировании. Это касается как вопросов выделения денег, так и в целом изменения подходов к процессам финансирования.

В условиях пандемии система обязательного медицинского страхования стала гарантом стабильности всей системы отечественного здравоохранения. Экономическая составляющая не стала сдерживающим фактором при обращении граждан за медицинской помощью, как в некоторых странах, наоборот, она помогала и продолжает помогать медикам сохранять здоровье и жизни людей.

Например, была введена система авансирования медицинских организаций, в том числе на опережающие закупки лекарственных препаратов и медицинских изделий с выделением 1/12 годового фонда, несмотря на то, что медицинская помощь в этот момент была оказана не в полном объеме. Такой гибкий подход позволил выполнять задачи по борьбе с пандемией без срывов, задержек с выплатой зарплаты и поставками расходных материалов, организовать оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, сохранить сеть медицинских организаций.

Несмотря на сохраняющиеся COVID-угрозы, в этом году застрахованные в ОМС получили и новые возможности. В частности, начал действовать федеральный проект, предусматривающий модернизацию системы медицинской реабилитации. Также увеличены расходы на ВПМ, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Илья Баланин
Руководитель Федерального ФОМС

Если говорить о перспективе, то из новаций следующего года — увеличение на 38 % финансирования первичной медико-санитарной помощи, также предусмотрен рост объемов медпомощи на проведение профилактических мероприятий и тестирования на коронавирусную инфекцию. Особое внимание будет уделено пациентам, имеющим хронические заболевания и состоящим на диспансерном наблюдении.

ССТ: Какое главное звено системы ОМС?

И. Б.: В системе ОМС есть несколько составляющих: медицинские организации, страховые медицинские компании, фонды обязательного медицинского страхования — федеральный и территориальные. Но ключевой фигурой в ОМС является человек. Система сейчас настроена и работает таким образом, чтобы пациент мог

бесплатно получить качественную медицинскую помощь.

Качество оказания медицинских услуг растет год от года. Его контролируют не только территориальные ФОМС, но и страховые медицинские компании. Именно в этом и состоит основная задача страховщиков, как гарантов соблюдения прав пациентов при оказании им бесплатной медпомощи.

Здесь, надо признаться, существует недостаток информирования со стороны страховых медицинских компаний. К сожалению, не все люди знают, в какой страховой медицинской компании они застрахованы. Не каждому известно о его правах и возможностях, которые гарантирует Конституция РФ и программа госгарантий бесплатного оказания медпомощи. Когда граждане сталкиваются с недопониманием в медицинских организациях, многие из них и не знают, на их стороне их главный помощник и защитник — страховая медицинская компания.

ССТ: Должны ли принимать участие в предоставлении этой информации гражданам сами лечебные учреждения или фонды ОМС?

И. Б.: В плане оперативного информационного взаимодействия недоработки есть со всех сторон, и мы сейчас стараемся их устранить. Пациенту должны быть доступны все информационные сервисы для эффективного взаимодействия со страховой медицинской компанией и быстрого решения всех вопросов, чего бы они не касались — профилактического осмотра, записи на прием или диагностической процедуры. Такое взаимодействие — тоже определенная культура, культура цифровых коммуникаций, которая в нашей системе только начинает развиваться и формировать свои правила.

ССТ: В каждом субъекте существует своя территориальная программа ОМС. Каким образом решается проблема равного доступа и равного качества медицинских услуг? Прежние рекомендации не учтены, нет ответа на вопрос.

И. Б.: Программа госгарантий у нас одна. Независимо от региона, она гарантирует получение качественной медицинской помощи в любой точке нашей страны. Понятно, что есть медицинские организации разных уровней — центральные районные больницы, областные и городские медучреждения, федеральные научные центры, фельдшерские пункты. У них объективно разные возможности и задачи. Уникальные методы лечения и уникальные специалисты, которые проводят штучные высокотехнологичные операции — это эксклюзивная медицинская помощь, которая финансируется отдельно. При этом возможность равного доступа к медицинской помощи при возникновении необходимости в ней обеспечивается базовой программой ОМС.

Не открою секрета, если скажу, что главная задача системы здравоохранения — не только лечить болезнь, когда она уже случилась, но и выявлять заболевания на ранних стадиях, а значит, важны ранняя диагностика, предупреждение и профилактика. В программе госгарантий, которая будет действовать со следующего года сделан большой упор на первичное амбулаторное звено. Профилактические осмотры, диспансеризация, реабилитация. Впервые устанавливаются нормативы на проведение диспансерного наблюдения. Эти направления вынесены из подушевого финансирования, на них сформированы отдельные тарифы, ведется отдельный учет и предполагается дополнительное финансирование за выполнение этих показателей.

ССТ: Насколько гибко система ОМС реагирует на изменения в сфере оказания медицинской помощи?

И. Б.: Действительно, сегодня меняется нормативная база, внедряются новые виды медицинской помощи. Операции, кото-

рые ранее выполнялись только в научных центрах, становятся доступными и в городских и районных больницах. Широкое распространение получают новые методы диагностики и лечения, появляются новые лекарственные препараты.

Мы активно отслеживаем происходящее в практическом здравоохранении и стараемся своевременно адаптировать способы оплаты медицинской помощи и тарифы. Эту работу мы ведем совместно с Минздравом России и привлекаем специалистов-практиков. Результаты этих усилий можно увидеть, например, в ежегодном совершенствовании методических рекомендаций по способам оплаты медпомощи, появлении новых или перегруппировке существующих клинико-статистических групп, ежегодной доработке программы госгарантий.

ССТ: На каких задачах, прежде всего, будет сфокусирована политика ФФОМС?

И. Б.: Политика ФФОМС во многом будет сконцентрирована на создании единых цифровых сервисов, унификации региональных информационных систем, усилении принципа единого подхода в работе территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций в целях обеспечения прав граждан в сфере ОМС. Об этом мы говорили в августе на встрече с представителями Всероссийского союза страховщиков и страховых медицинских организаций.

Одной из ключевых наших задач на ближайший период является цифровизация всей системы ОМС и создание цифрового профиля здоровья каждого человека с момента его рождения. Они позволят прогнозировать и планировать оказание медицинской помощи персонально для каждого пациента. И тем самым система ОМС, которая формирует экономику всей отечественной системы здравоохранения, будет строиться на более достоверных прогнозах.

ЗАДАЧИ ФФОМС

- Развитие подходов к программе госгарантий, исходя из установленных приоритетов на уровне правительства и Минздрава.
- Включение новых методов высокотехнологичной медицинской помощи в базовую программу ОМС.
- Расширение механизмов индивидуального информирования и сопровождения застрахованных лиц при получении медицинской помощи.
- Адекватность тарифов, чтобы лечение человека оплачивалось по понятным и прозрачным расценкам, а медицинские организации могли закрывать свои расходы.
- Формирование единого исчерпывающего перечня медицинских услуг, которые оплачиваются за счет ОМС.
- Создание единого электронного шаблона тарифного соглашения и разработка новых подходов по тарифным соглашениям, позволяющих оценить обоснованность тарифов, устанавливаемых на территориях.
- Исключение дублирования методов лечения в клинико-статистических группах и перечнях высокотехнологичной медицинской помощи.
- Расчет тарифов на оплату медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

ССТ: Мы идем по пути Госплана?

И. Б.: Это не государственное планирование в чистом виде, но прогнозирование возможного развития заболевания. Лечить болезнь, которая уже развилась в тяжелую форму — сложно и дорого. Легче предотвратить заболевание или купировать его на начальном этапе.

Также важно понимать общее состояние здоровья населения страны. Нам нужны данные, чтобы принимать управленческие решения по обеспечению здоровья нации как на уровне отдельных регионов, так и по России в целом.

ССТ: Мы употребляем термин «медицинская услуга», а услуга — это объект добровольного приобретения. Как связан термин «услуга» и забота о здоровье населения?

И. Б.: Это в определенном плане культура — человек должен быть ответственным за свое здоровье, периодически наблюдаться, приходить на диспансерные осмотры и т. д. Воспитывать такое отношение к своему здоровью — в этом, с моей точки зрения, и состоит роль страховщиков, которая на сегодня пока не полностью понятна пациентам.

И наша задача — донести до них этот тезис, разъяснить, чтобы каждый застрахованный знал своего страховщика, понимал, что именно страховая медицинская компания приглашает его на диспансеризацию, защищает его права на получение качественного и своевременного медицинского обслуживания. Общение страховщика и пациента должно быть достаточно тесным на протяжении всего клиентского пути.

ССТ: Как Вы оцениваете эффективность взаимодействия страховых медицинских организаций и ФФОМС?

И. Б.: Мы являемся настоящими партнерами. У нас общие задачи, общее понимание текущей ситуации в системе ОМС. Мы также тесно контактируем со Всероссийским союзом страховщиков. Все заинтересованы в эффективности взаимодействия. Для этого Федеральным фондом ОМС созданы рабочие группы по взаимодействию с ВСС и страховым сообществом по направлениям «Финансовая устойчивость», «Информационное взаимодействие», «Совершенствование экспертной деятельности», «Сопровождение застрахованных лиц». Мнение страховых медицинских организаций очень важно для решения общих задач, и мы стараемся его учитывать.

Мы всегда находимся в диалоге. Если бы не было эффективного взаимодействия ФФОМС и страховых компаний в течение всех этих 30 лет, не было бы стабильной ситуации в области российского здравоохранения.

ССТ: У пациентов сегодня есть некоторое недоверие к врачам, направление на допобследования часто воспринимается как желание клиники заработать. Как сбалансировать необходимый и достаточный объем диагностики, финансовые интересы клиники и доверие пациента?

И. Б.: Существуют клинические рекомендации, есть порядок оказания медицинской помощи. Задача фонда — обеспечивать, чтобы финансирование соответствовало тому объему медицинской помощи, которая предусмотрена в том или ином случае. А задача страховой организации — проконтролировать качество и доступность медпомощи. То есть, если необходимо провести то или иное исследование, профосмотр или диспансеризацию, то они действитель-

> Человек должен быть ответственным за свое здоровье, периодически наблюдаться, приходить на диспансерные осмотры и т. д. Воспитывать такое отношение к своему здоровью — в этом и состоит роль страховщиков.

Сегодня на всей территории РФ созданы единый персонифицированный учет застрахованных и оказанной медицинской помощи, реестры медицинских и страховых медицинских организаций, реестры экспертов качества медицинской помощи. Создана система страховых представителей трех уровней, защищающих права застрахованных. Решены многие задачи — обеспечена централизация финансовых средств, что позволило значительно повысить устойчивость всей системы ОМС, обеспечить бездефицитность базовых программ на территориях субъектов РФ, введена единая тарифная политика, что значительно снизило дифференциацию в тарифах на медицинские услуги.

но должны быть проведены по определенному порядку.

ССТ: К каким переменам в системе ОМС привели изменения в законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ», которые вступили в силу в 2020 году?

И. Б.: Мы имеем все основания говорить о новом уровне работы. Изменены функции страховых медицинских организаций, которые позволили оптимизировать использование ресурсов и сфокусировать их работу на дальнейшем развитии пациент-ориентированного подхода на всех этапах оказания медицинской помощи.

Основные показатели деятельности страховой медицинской организации переориентированы с функции по выдаче полисов ОМС на сопровождение пациентов и оценку уровня удовлетворенности застрахованных качеством оказанной медицинской помощи.

ССТ: Насколько актуально внедрение новой методики оценки удовлетворенности граждан получаемой медицинской помощью?

И. Б.: Минздравом было принято решение совместно с Федеральным фондом, со страховыми медицинскими компаниями разработать опросный лист, который будет единым для всей территории РФ. По нему страховые компании изучают удовлетворенность наших граждан качеством медицинской помощи. Опросник содер-

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Президент России Владимир Путин поручил правительству включить в нацпроект «Здравоохранение» целевой показатель, характеризующий удовлетворенность населения качеством медицинской помощи. Такой пункт содержится в перечне поручений главы государства по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и национальным проектам, состоявшегося 15 декабря 2021 года. «Включить в национальный проект «Здравоохранение» мероприятия, предусмотренные региональными программами модернизации первичного звена здравоохранения, и установить целевой показатель, характеризующий удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, а также осуществлять мониторинг достижения этого целевого показателя», — указывается в документе.

Методика измерения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи в России утверждена, сообщил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко на совещании президента РФ Владимира Путина с членами правительства 25 июля 2022 года. «По Вашему поручению утверждена методика, и сейчас мы начинаем ее внедрять. Все планы, графики утверждены. Ваше поручение исполнено», — сказал он.

жит достаточно разносторонние вопросы. Нам важно мнение населения о качестве медицинской помощи не только в профессиональном разрезе, но и с точки зрения комфорта пребывания в медицинской организации, удобства записи на прием, внимательности персонала, соответствия ожиданиям пациента.

Новая методика прошла апробацию в нескольких субъектах РФ — Удмуртской Республике, Липецкой и Белгородской областях. С сентября 2022 года анкетирование ежемесячно проводится во всех регионах в форме телефонного опроса представителями страховых медицинских организаций. На вопросы может ответить любой человек независимо от срока давности получения медицинской помощи и вида медицинской организации, где она была получена. Результаты таких опросов станут важным инструментом для оценки ситуации с оказанием медицинской помощи в каждом конкретном регионе и в целом по стране.

ССТ: Как единая система обработки информации помогает контролировать сроки предоставления медицинской помощи пациентам?

И. Б.: В программе госгарантий прописаны конкретные сроки, в которые должна быть оказана медицинская помощь, например, при подозрении на онкологический диагноз. Эти сроки никто не отменял. Их мы мониторим отдельно. Человек, кстати, часто и не знает о том, что ему в течение 14 дней должны провести соответствующее исследование. Но это должны знать и контролировать те, кто за эти сроки отвечает. В этом-то и состоит задача ФФОМС — контролировать своевременность и качество. И мы продолжаем совершенствовать наши возможности в этом направлении.

ССТ: Цифровизация сервисов является глобальным трендом. Какие цифровые сервисы могут быть включены в систему ОМС до конца года, в следующем году?

И. Б.: Фонд активно работает над созданием государственной информационной системы ОМС. Ее внедрение позволит объединить все сведения о медицинской помощи, оказанной по ОМС в любом уголке страны. Уже сейчас система позволяет формировать отчетность на основе реестров счетов, заключать договоры и соглашения и многое другое.

ССТ: У страховщиков уже отлажена система взаимодействия с пациентом, реализованы проекты «цифровых клиник». Можно ли использовать этот опыт для глобальной цифровой системы?

И. Б.: Мы в обязательном порядке используем их опыт. Информационные системы страховых медицинских компаний должны взаимодействовать с нашей системой. По-другому это работать не может. Когда человек приходит в страховую медицинскую компанию и заполняет анкету на получение полиса, эти данные тут же передаются в нашу систему. Всю информацию, которую использует страховая медицинская компания, должны получать и мы — это вопросы информирования, сопровождения, контроля качества и так далее.

ССТ: Возникают ли споры между страховой компанией и ЛПУ по поводу результатов проведенной экспертизы качества оказанной медицинской помощи? Если да, то как они разрешаются?

И. Б.: Когда страховщики проводят контрольные мероприятия, экспертизу качества оказания медицинской помощи, они это делают не произвольно и не по собственным соображениям. Существует четкий объем параметров, прописанный на нормативном уровне. Но иногда, действительно, возникает недопонимание между страховой медицинской компанией и медицинской организацией по тому или иному вопросу. В этом случае составляется протокол разногласий, территориальными фондами с участием экспертов документы рассматриваются повторно и выносится окончательное решение.

Информация, полученная в результате экспертизы, необходима для принятия управленческих решений, чтобы устранить возможные недоработки и несоответствия со стороны медицинской организации. Ситуации могут быть самые разные. Например, в клинике сломался рентгеновский аппарат — значит, клиника не предоставляет необходимый объем помощи своим пациентам. Значит, есть нарушения, есть риск неправильной постановки диагноза.

ССТ: Есть ли необходимость в коррекции нормативно-правовой базы для обеспечения качества и доступности медицинской помощи в рамках системы ОМС?

И. Б.: Правовая база по обеспечению доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программам ОМС, сформирована. В то же время новые задачи требуют нормативного регулирования. И созданные Федеральным фондом совместно с ВСС, Национальной медицинской палатой рабочие группы активно занимаются этим, анализируя и внося предложения по изменению действующего законодательства, разрабатывая новые правовые акты и методические указания.

> В программе госгарантий прописаны конкретные сроки, в которые должна быть оказана медицинская помощь. Эти сроки никто не отменял. Их мы мониторим отдельно. Человек, кстати, часто и не знает о том, что ему в течение 14 дней должны провести соответствующее исследование.

ОМС: ТРАНСФОРМАЦИЯ НЕИЗБЕЖНА

Как и любой социальный институт, система ОМС сегодня вынуждена адаптироваться к наступающему общественному и экономическому переустройству мира, чтобы не только обеспечивать социальные гарантии граждан, но и стремиться к достижению более высоких социальных стандартов. В числе приоритетных направлений трансформации ОМС эксперты называют внедрение риск-ориентированного подхода в систему экспертного надзора и информатизацию отрасли с полной интеграцией страховых медицинских организаций (СМО) как полноправных участников системы. Об этом мы говорили с вице-президентом Всероссийского союза страховщиков Дмитрием Кузнецовым.

Современные страховые технологии: Дмитрий Юрьевич, действительно ли ОМС сегодня нуждается в трансформации?

Дмитрий Кузнецов: О необходимости развития и укрепления страховой модели финансирования здравоохранения в своих выступлениях неоднократно упоминал Президент Российской Федерации. Поэтому трансформация системы ОМС рассматривается нами исключительно в рамках этой парадигмы. Безусловно, страховое сообщество полностью поддерживает идею дальнейшего развития страховых принципов, разрабатывает и обсуждает с регуляторами отрасли предложения

по ее практической реализации. Другое дело, что с учетом происходящих сегодня событий изменения не должны быть радикальными. Самое главное, на мой взгляд, сосредоточиться на локальных внутренних целях — эффективном межведомственном взаимодействии, финансовой устойчивости как участников ОМС, так и самой системы, и других задачах, которые одинаково понятны всем заинтересованным сторонам.

ССТ: Что понимается под финансовой устойчивостью?

Д. К.: Под финансовой устойчивостью я понимаю сбалансированность имеющихся средств и расходов, а также наличие определенного запаса ресурсов на исполнение обязательств.

И текущий, и предшествующий период являются достаточно сложными для отрасли. Сначала пандемия, а затем изменение геополитической обстановки серьезно увеличили нагрузку на систему ОМС и здравоохранение в целом. Еще с 2020 года для того чтобы поддержать медорганизации, система начала практиковать схемы финансирования с большим авансированием. И в некоторых ситуациях количество оказанных услуг не соответствовало объему поступивших средств — был перекос как в сторону их превышения, так и неполного освоения. В результате стали формироваться задолженности, переплаты, дисбаланс дебиторской и кредиторской задолженностей между участниками системы ОМС, зачастую это происходило на территории одного и того же региона.

Конечно, и регулятором, и Правительством предпринимались меры по исключению подобных моментов. По нашим данным, за последние годы фиксируется существенное снижение размера дебиторской задолженности медицинских учреждений перед СМО. Также отмечается устойчивая тенденция снижения размера кредиторской задолженности

Дмитрий Кузнецов

Вице-президент Всероссийского союза страховщиков

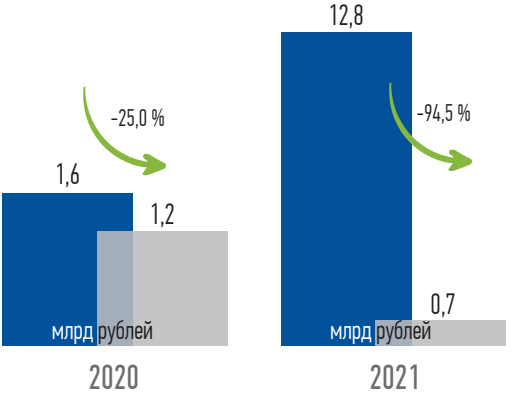
СМО перед медицинскими организациями с 35,1 млрд рублей на начало 2022 года до 5,4 млрд рублей (на 84,7 %) по итогам июля 2022 года.

Проблему задолженности Всероссийский союз страховщиков решает совместно с Минздравом России. Так, ведомство поддержало наши предложения, касающиеся возврата средств СМО в течение 2022 года равными частями до ноября включительно, а в случае перехода задолженности на 2023 год — через внесение изменений в договоры.

ССТ: Насколько, на Ваш взгляд, системно и слаженно сегодня идет работа с ФФОМС?

Д. К.: Наше взаимодействие действительно можно назвать конструктивным. Помимо регулярного участия представителей страхового сообщества в рабочих встречах с руководством ФФОМС и терри-

ДЕБИТОРСКАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕД СМО



ториальных фондов сегодня мы договорились о создании совместных рабочих групп для подготовки предложений по корректировке нормативных правовых актов, регулирующих финансовую устойчивость участников системы ОМС, их информационное взаимодействие, регулирующих экспертную деятельность и работу по сопровождению застрахованных граждан. В дальнейшем наши совместные предложения могут обсуждаться уже на уровне Минздрава России.

ССТ: Каким образом может совершенствоваться информационное взаимодействие?

Д. К.: Методология построения информационных систем должна быть едина, как и принцип обмена информацией. При этом и региональные, и федеральный ресурсы должны быть взаимосвязаны. Сегодня мы должны решить — либо мы начинаем строить эту систему с нуля, либо интегрируем в нее уже существующие у страховщиков ресурсы и наработки.

Представляется, что внедрение ИТ-решений страховщиков в единый информационный контур здравоохранения позволит наполнить его абсолютно адекватной и достоверной информацией об объемах оказанной медицинской помощи, качестве ее оказания, состоянии финансирования каждого из участников. А дополнительная интеграция информационных ресурсов страховщиков с порталом Госуслуги улучшит их взаимодействие с застрахованными, повысит качество их информирования и сопровождения на всех этапах получения медпомощи по ОМС, создаст дополнительный канал обратной связи с пациентами, и, что немаловажно, снизит нагрузку на врачей, оптимизируя механизм получения справок, выписок, результатов обследования и пр.

ССТ: Одной из функций СМО является проведение экспертиз. Какие трансформации необходимы здесь?

Д. К.: Следует отметить несколько направлений. Первое — техническая оптимизация процесса проведения экспертных мероприятий. Причем этот момент неразрывно связан с вопросом интеграции IT-систем страховых организаций с информационными ресурсами здравоохранения и введения электронного документооборота в отрасли. Это, с одной стороны, позволит снизить нагрузку на медорганизации, связанную с проведением экспертиз и необходимостью запрашивать нужную медицинскую документацию. С другой — оптимизирует работу экспертов, предоставив им возможность анализировать документы на рабочем месте, а не в медучреждении, которое зачастую находится в другом городе. Все это, конечно, поможет обеспечить большую объективность при проведении экспертизы, так как позволит привлекать для работы лучших квалифицированных экспертов, работающих по основной специальности в разных регионах страны, а не только в том, где располагается проверяемое медучреждение.

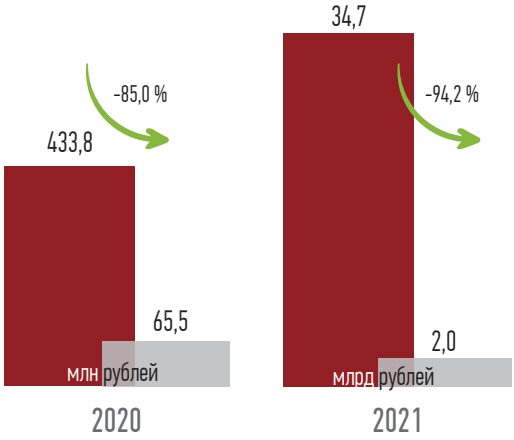
Второе направление — методологическое. В настоящее время СМО по большей части проверяют медицинские организа-

ции «по нормативам объемов экспертиз» и установленному на год плану проверок, используя зачастую избыточные основания для их проведения. На наш взгляд, целесообразно в данный процесс погружать риск-ориентированный подход определения поводов для экспертных мероприятий. При этом отдельные элементы риск-ориентированного подхода внедрены в систему управления качеством медицинской помощи с момента утверждения в 2021 году Порядка контроля, когда были выделены отдельные категории заболеваний и мероприятий, которым нужно уделять особое внимание (например, острые сосудистые заболевания, онкология, диспансерное наблюдение и др.).

Мы считаем, что эту работу следует продолжить, сделав акцент на двух группах рисков или рисковых зон для системы ОМС — условно назовем их финансовыми и медицинскими. При определении финансовых рисковых зон следует учитывать затратоемкость оказанной медпомощи для государства/системы ОМС, реализуемость медицинскими организациями мер по сокращению затрат, а также полноту оказанных необходимых медицинских услуг. В качестве примера можно привести высокотехнологичную медицинскую помощь (ее виды должны отбираться по определенным критериям), процесс проведения профилактических мероприятий (учитывая полноту профилактических медицинских осмотров или своевременность диспансерного наблюдения).

При определении медицинских рисковых зон должны учитываться риски смертности, инвалидизации, необходимости длительного медицинского наблюдения. Другими словами — пристальное внимание экспертов должно быть направлено на рассмотрение случаев летальных исходов (отбираемых по ряду критериев), случаев оказания экстренной и неотложной медицинской помощи при кардиологических, сосудистых, онкологических, эндокринологических, пульмонологических, желудочно-кишечных заболеваниях, осуществление хирургических вмешательств.

КРЕДИТОРСКАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ СМО ПЕРЕД МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ



Безусловно, определение и финансовых, и медицинских «рисковых зон» должно являться прерогативой Минздрава и Правительства России; проводиться этот процесс может ежегодно с учетом вызовов, стоящих перед государством (фокус внимания — лица трудоспособного возраста, неработающие граждане и т. п.). Определение объема контрольно-экспертных мероприятий должно осуществляться на основе репрезентативных выборок, а периодичность их проведения — устанавливаться и дифференцироваться для медицинских организаций в зависимости от частоты и характера выявляемых нарушений.

Внедрение данного подхода позволит объективно выявлять недостатки в работе конкретных медицинских организаций, принимать адекватные меры реагирования (в т. ч. организационного характера) для исправления выявляемых нарушений, снизить нагрузку на медорганизации, осуществляющие деятельность с минимальными нарушениями, а главное — реализовать право граждан на получение доступной, своевременной и качественной медицинской помощи.

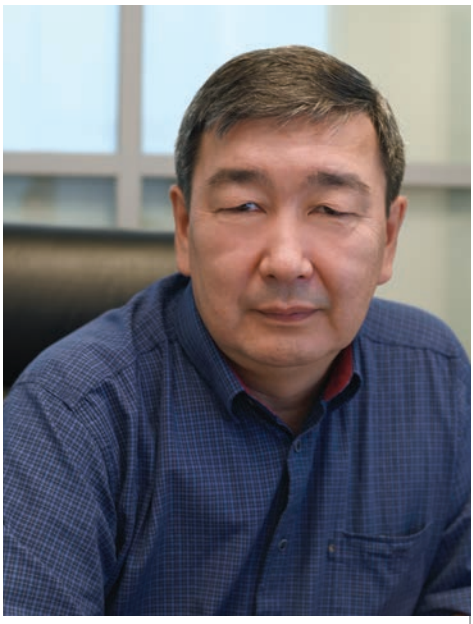
Обязательное Медицинское Страхование

Экспертная деятельность как профессия

Системе обязательного медицинского страхования в России исполняется 30 лет. В дискуссиях о ее эффективности и перспективах, как правило, за кадром остается малознакомый непосвященным, но от этого не менее значимый пласт работы — экспертиза медицинской помощи. Приоткрыть завесу тайн экспертной деятельности в системе ОМС мы попросили руководителей компании «СОГАЗ-Мед», занимающей лидирующие позиции по числу застрахованных и географии работы.

Дмитрий Толстов

Генеральный директор компании «СОГАЗ-Мед»



Юрий Брудастов

Исполнительный директор по экспертизе медицинской помощи компании «СОГАЗ-Мед», доктор медицинских наук

Современные страховые технологии: Экспертизы страховых компаний в системе ОМС — это российское ноу-хау? Каково их глобальное предназначение, принципиальная функция?

Дмитрий Толстов: Разумеется, экспертиза оказанной медицинской помощи — это не наше изобретение. Для понимания того, как работает система, надо учитывать очень важные особенности экспертной деятельности именно в ОМС.

Во-первых, одним из важнейших страховых принципов является принцип эквивалентности страхового обеспечения. В медицинском страховании страховое обеспечение — это медицинская помощь, которая должна быть эквивалентна страховому случаю. Причем финансовое обеспечение помощи тоже должно быть сопоставимо затратам больницы, о чем вполне определенно написано в Федеральном законе об ОМС как о факторе финансовой устойчивости системы. В этом смысле контрольная экспертная функция является одной из фундаментальных основ ОМС.

Во-вторых, контроль не может осуществляться кем-то аффилированным с поставщиком услуг, то есть медицинскими организациями, оказывающими помощь. Требование независимости контролера стало одной из причин, почему страховые компании были включены в цепочку финансирования больниц и поликлиник: окончательные расчеты с ними должны опираться на финансовые результаты контроля. Следствием этого стало и то, что страховые компании сегодня — основной исполнитель контрольной функции в системе ОМС.

В-третьих, в государстве, ориентированном на всеобщий охват медицинской помощью и на приоритет социальных

«СОГАЗ-МЕД»

56 субъектов России и г. Байконур, Казахстан

функций, а Россия в полной мере таковым является, — контрольные функции. в ОМС приобретают важное свойство: они становятся элементом защиты прав граждан на получение качественной медицинской помощи.

ССТ: Каковы масштабы экспертной деятельности страховых компаний в системе ОМС?

Юрий Брудастов: В 2021 году только в подразделениях нашей компании выполнено более 10 млн экспертиз, точнее, почти 2,7 млн экспертиз качества медицинской помощи и более 7,6 млн медико-экономических экспертиз. Если учесть, что наши застрахованные — это 30 % населения РФ, то в масштабах страны страховыми компаниями выполняется 33–35 млн экспертиз в год.

ССТ: Почему так много?

Ю. Б.: На самом деле, это около 3–3,5 % от всех случаев медицинской помощи в стране, поданных на оплату в системе ОМС. В 2021 году в масштабах страны оплачено около 1 млрд случаев.

В нашей профессиональной среде не принято давать качественные оценки типа «много — мало», «хорошо — плохо». Отмечу лишь, что, во-первых, существуют нормативы проведения экспертиз, установленные федеральным законодательством, которые страховыми компаниями исполняются. Во-вторых, в структуре проводимых экспертиз есть над чем поработать как с точки зрения количества, так и с точки зрения приоритетов. И в-третьих, в зависимости от того, какие нарушения мы обнаруживаем, доля проверяемых случаев должна гибко меняться вплоть до 100 %, когда нарушения носят системный характер и нам необходимо разобраться в причинах или оперативно исправить ситуацию.

ССТ: Медицинская экспертиза обычно ассоциируется с вопросами качества медицинской помощи. Вы упомянули о медико-экономических экспертизах — что это и зачем они нужны?

Ю. Б.: Медико-экономическая экспертиза действительно не относится в чистом виде к медицинским[1]. Она проще экспертизы качества и ориентирована на проверку соответствия счета на оплату услуг объему и срокам оказанной медицинской помощи. Как все медицинские экспертизы, медико-экономическая проводится путем сверки истории болезни (медицинской карты) больного с информацией из счета на оплату.

Основные нарушения, которые мы выявляем при этом виде экспертного контроля, связаны с несоответствиями информации из этих источников.

В общем виде речь идет о нерациональном расходовании средств системы и нашей задаче по их возврату, поддер-

[1] В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медико-экономическая экспертиза не входит в перечень медицинских экспертиз.

жанию эквивалентности финансового обеспечения страховому обеспечению в системе.

ССТ: Как много таких случаев вы выявляете? Можете привести какие-нибудь нетривиальные примеры такой нерациональности?

Ю. Б.: Строго говоря, мы предпочитаем говорить о финансовых ошибках. Страховые компании не наделены ни фискальными, ни надзорными, ни правоохранительными функциями, и в периметр наших функций не входят следственные действия. Хотя нам часто приходится общаться с соответствующими компетентными органами.

В среднем мы выявляем подобные нарушения в четверти проверяемых случаев. В отдельных выборках — до 100 %.

Примеров нерациональности можно привести множество. Прямо сейчас мы, в частности, занимаемся разработкой алгоритмов выявления и оценкой масштабов относительно безобидных нарушений, не связанных с дорогостоящими видами лечения. Когда при банальных хирургических вмешательствах, например, при аппендиците, применяются тарифы на оплату, не соответствующие тяжести пациента, или фактически примененным медикаментам, или фактически проведенной операции.

Предварительные экспертизы показывают, что доля таких случаев с необоснованными тарифами, может доходить до 86 %, например, при аппендиците. При кажущейся незначительности финансового ущерба в несколько тысяч рублей на каждом случае в масштабах больницы, региона, страны речь может идти о 10–15 % нерационально потраченных денег.

Особенность положения нашей компании, а также ИТ и аналитика позволят нам уже в этом году начать оценивать такие последствия для системы сразу в нескольких десятках регионов и выйти на федеральный уровень с соответствующими предложениями для органов власти.

ОБЪЕМЫ ЭКСПЕРТИЗ В СИСТЕМЕ ОМС

30–35 млн экспертиз в год проводят страховые компании в России

Более **10 млн** экспертиз выполнила компания «СОГАЗ-Мед» в 2021 году

2,7 млн экспертиз качества медицинской помощи

более **7,6 млн** медико-экономических экспертиз

ССТ: Возвращаясь к теме качества медицинской помощи — чем вообще его можно измерить, если медицина сложна, мнения специалистов могут не совпадать, а пациенты вообще склонны оценивать качество по-своему?

Ю. Б.: Качество медицинской помощи, действительно, очень сложная категория, являющаяся предметом многочисленных дискуссий в мире, минимум, на протяжении полувека, когда системы здравоохранения приобрели черты индустриальных.

В нашем законодательстве введены три основных критерия качества медицинской помощи: своевременность, правильность выбора методов и степень достижения желаемого результата. ВОЗ в периметр проблем качества в здравоохранении включает также вопросы доступности, медицинской эффективности, рационального расходования средств, о котором мы уже говорили, а также аспекты оценки качества пациентами, включая их вовлеченность в процесс оказания медицинской помощи.

Все имеет значение, особенно если учитывать, что разные участники процесса видят и оценивают медицинскую помощь по-разному. Пациенту недоступны медицинские критерии, но для них важны их потребности в полноте исполнения пожеланий, скорости, доступности, сервисной составляющей. Глобальному заказчику, государству, больше интересны глобальные последствия заболеваемости, утраты трудоспособности, общего бремени затрат. Провайдерам интересна эффективность, а что же касается медицинских организаций, то фактически только врачи непосредственно могут оценить медицинские аспекты качества.

Стоит учесть также географию, в том числе экономическую, инфраструктуру регионов, логистику, коммуникации, кадровую неоднородность.

ССТ: Много ли ошибок выявляете и какие? В чем основные сложности проведения экспертиз качества?

Ю. Б.: Нарушений в целом по результатам наших экспертиз обнаруживается немало. В 2021 году мы выявляли нарушения примерно в каждом пятом проверенном случае при медико-экономической экспертизе и примерно в 30 % проверенных случаев при экспертизе качества медицинской помощи. В денежном выражении страховые компании по результатам экспертиз снижают размер оплаты за оказанную медицинскую помощь примерно на 1,0–1,5 %, возвращая в систему ОМС десятки миллиардов рублей. Это довольно много, но на показатели 2021 года существенное влияние оказали различные факторы пандемии.

Подавляющее большинство нарушений качества медицинской помощи связаны с невыполнением тех или иных диагностических, лечебных или профилактических назначений и вмешательств. Например, при COVID-19 часто выявлялись случаи несвоевременной диагностики, непроведения ряда исследований и (или) назначений.

Ключевая проблема оказания медицинской помощи одинаково высокого качества во всех больницах и в разных регионах страны, так же как и одинаково объективной последующей оценки этого качества, заключается в том, что сегодняшняя система здравоохранения России слабо вооружена инструментами стандартизации. Медицинская помощь оказывается людьми, которые неоднородны по уровню владения знаниями и навыками в медицине. Это же относится и к врачам-экспертам. Поэтому в индустриальных системах здравоохранения инструменты стандартизации являются важнейшим механизмом обеспечения качественной медицинской помощи.

Под стандартами в широком смысле следует понимать систему нормативных документов, предписывающих, как лечить и как оценивать лечение, в том числе часто критикуемые клинические рекомендации.

Важнейшая проблема экспертной деятельности страховых компаний сегодня в России — слабая востребованность результатов экспертиз. Там, где у нас выстраивается конструктивный диалог с властями и больницами, нам всегда удается резко снизить число ранее выявленных нарушений, особенно системных.

И здесь тоже есть над чем работать.

Но примеров успешного сотрудничества с организаторами здравоохранения у нас достаточно много. В последние годы — это онкология, где соблюдение правил назначения противоопухолевых препаратов было взято на особый контроль и поначалу почти повсеместно вызывало нарекания в наш адрес. Тем не менее, спустя год-полтора и мы, и руководители отрасли с удовлетворением отметили критическое падение числа ошибок, связанных с расчетом доз противоопухолевых препаратов, соблюдением дозо-интервальных параметров и т. д.

ССТ: Что, по Вашему мнению, важнее для системы ОМС — финансовая нерациональность или ненадлежащее качество медицинской помощи?

Д. Т.: Выбор между этими категориями возможен только теоретически.

Нельзя рассматривать медико-экономические нарушения в отрыве от качества помощи, так как сегодня нерационально потраченные деньги — это нехватка ресурсов для оказания помощи дополнительному числу нуждающихся, или для выполнения всех необходимых назначений завтра.

И наоборот, медицинская помощь, не отвечающая критериям надлежащего качества, в большинстве случаев оборачивается повторными обращениями, осложнениями, затягиванием лечения и, как следствие, потребностью в дополнительных ресурсах.

В 2021 ГОДУ КОМПАНИЯ «СОГАЗ-МЕД» ВЫЯВИЛА НАРУШЕНИЯ:

в 20 %

проверенных случаев при медико-экономических эспертизах

в 30 %

проверенных случаев при экспертизах качества медицинской помощи

ССТ: Есть ли свет в конце тоннеля?

Д. Т.: Безусловно есть. Для этого мы и работаем.

Тут мы не одиноки — весь мир несколько десятилетий пытается угнаться за научно-техническим прогрессом, который меняет образ жизни, поведение и привычки обычных людей, представления о заболеваниях и медицинские технологии. В этой гонке управление здравоохранением — сложное явление, которое нельзя объяснить в двух словах, поэтому надо перестать искать простые волшебные управленческие решения.

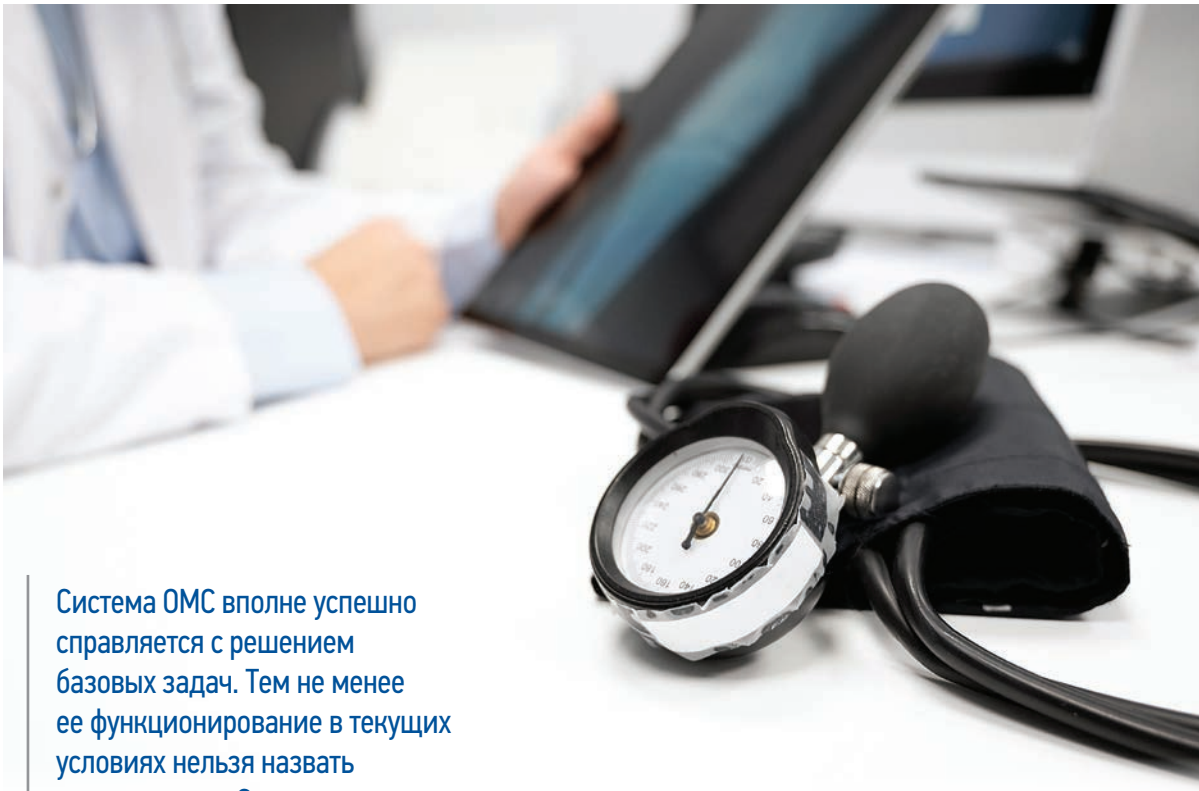
Нам обязательно нужно подтянуть наше законодательство в части критериев качества медицинской помощи, придав ему большую системность, в том числе прописав в нем обязательную востребованность результатов экспертиз страховых компаний.

Мы должны последовательно, независимо от смены поколений управленцев, развивать инструменты стандартизации в здравоохранении, в том числе в контроле качества медицинской помощи.

Надо отказаться от выполнения экспертиз «по нормативу», перейдя на контроль медицинской помощи по приоритетам общества и отрасли.

ЧТО ВЛИЯЕТ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ГРАЖДАН СИСТЕМОЙ ОМС

ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ПАЦИЕНТОВ



Система ОМС вполне успешно справляется с решением базовых задач. Тем не менее ее функционирование в текущих условиях нельзя назвать оптимальным. Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов рассказал о том, какие первоочередные изменения в системе ОМС необходимы для повышения уровня удовлетворенности граждан страховой медициной.

Назрела необходимость реформы управления государственной медицинской инфраструктурой, наведения порядка в системе отчетности, бухгалтерского учета, анализа и контроля затрат усилиями Министерства финансов, а также принятия со стороны государства мер, повышающих доступность страховых медицинских услуг для всех граждан РФ.

На основе исследований и обращений пациентов мы делаем вывод о том, что пациенты оценивают систему страховой медицины как непрозрачную, неадекватную в части тарифов на медицинские услуги, ненадежную в силу избирательного контроля оказания медицинской помощи и нуждающуюся в совершенствовании в части защиты прав пациентов.

Сейчас ВСП проводит третью по счету оценку удовлетворенности граждан медицинской помощью в системе ОМС. Результаты аналогичных исследований за 2020–2021 годы заставляют нас констатировать, что уровень удовлетворенности граждан медицинской помощью остается на стабильно низком уровне.

В 2021 году лишь 29,3 % пациентов были удовлетворены медицинской помощью в той или иной степени и 35,1 % — не удовлетворены. Уровень удовлетворенности медпомощью в сравнении с данными 2020 года практически не изменился — 24,6 % были удовлетворены, 38,8 % — не удовлетворены. Половина граждан (50,2 %) в прошлом году увидели негативные изменения в качестве и доступности медицинской помощи по сравнению с допандемийным периодом. Этот показатель не изменился в сравнении с результатами 2020 года (50,2 % респондентов два года назад также отметили ухудшение качества и доступности медицинской помощи).

Ян Власов
Сопредседатель Всероссийского союза пациентов

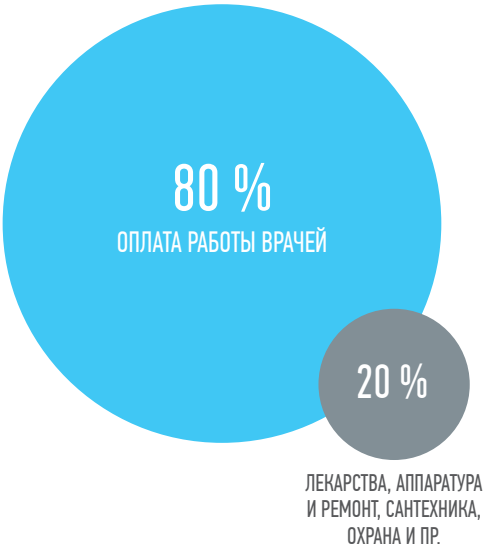
ДЕФИЦИТ ФИНАНСИРОВАНИЯ СОХРАНЯЕТСЯ

Сложности системы ОМС во многом определены ее недостаточным финансированием.

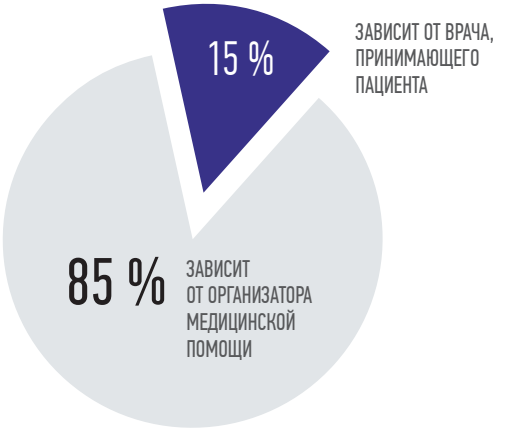
Государственные лечебные учреждения сами определяют свою учетную политику, их аудит не проводится, что приводит к заведомому искажению бухгалтерского учета фактических затрат медицинских организаций. Значительная часть средств ОМС и бюджета уходит на издержки неэффективного управления государственными лечебными учреждениями — на неконтролируемую дебиторскую задолженность, на закупки сомнительных материальных запасов и неиспользуемого оборудования, на раздутый административный аппарат (25 % от ФОТ и более). Приходится постоянно повышать расходы бюджета и работодателей на ОМС, «оптимизировать»

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ. 2020–2021. %

СТРУКТУРА ТАРИФА ОМС



ФАКТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



медицинскую инфраструктуру, сокращать зарплаты и расширять трудовые обязанности медицинских работников, увеличивать платность медицинской помощи.

Тарифы ОМС давно не соответствуют реальным расходам медицинских организаций на оказание медпомощи гражданам. Необходимо, наконец, рассчитать реальную стоимость клинически законченного случая и изменить существующие на сегодня тарифы оказания медицинской помощи населению. Пока она неизвестна. Поэтому в тарифах до 80 % приходится на оплату работы врачей и только 20% — на лекарства, аппаратуру и ремонт, сантехнику, охрану и прочее.

В результате у пациентов отсутствует возможность получить нужные услуги бесплатно, ограничено выполнение стандартов в ЛПУ и пр. Больше 70 % пациентов приобретают за свой счет лекарственные препараты и услуги, почти 30 % пациентов платят за прием у врача-специалиста неофициально, более 30 % граждан оплачивают проведение диагностических обследований, находясь в стационаре.

Без расчета реальной стоимости законченного случая заболевания невозможно в том числе обеспечить высокотехнологичное и инновационное лечение через систему обязательного медицинского страхования.

ОТРАСЛИ НУЖНЫ ОПЫТНЫЕ УПРАВЛЕНЦЫ

Тенденция неэффективной траты бюджетов поддерживается недостаточным уровнем компетенции руководителей системы ОМС и врачей.

Качество оказания медицинской помощи только на 15 % зависит от врача, принимающего пациента, и на 85 % зависит от организатора медицинской помощи. Вопрос уровня компетентности руководителей системы здравоохранения, как на местах в региональных министерствах, так и в лечебных учреждениях, стоит очень остро.

Менеджеры системы здравоохранения могут быть хорошими хирургами, терапевтами, великолепными людьми, но не всегда компетентными с точки зрения менед-

10 ПРОБЛЕМ, С КОТОРЫМИ ГРАЖДАНЕ ЧАСТО СТАЛКИВАЮТСЯ ПРИ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКИ

1. Отказ в выдаче направления на инструментальные исследования (УЗИ, рентген и др.) при наличии устных рекомендаций врача **(47,1 %)**
2. Долгое ожидание приема узкого специалиста после записи — более 14 рабочих дней **(43,5 %)**
3. Долгое ожидание лабораторных исследований после их назначения — более 14 рабочих дней **(42,2 %)**
4. Отказ в выдаче направления в специализированную федеральную клинику для лечения заболевания при наличии устных рекомендаций врача **(40,1 %)**
5. Невозможность записаться на прием к терапевту, педиатру, врачу общей практики, фельдшеру при первом обращении в поликлинику **(36,1 %)**
6. Отсутствие понятных разъяснений врача по поводу состояния здоровья (здоровья ребенка), назначенных исследований и лечения **(31,2 %)**
7. Отсутствие нужного специалиста в поликлинике, невозможность к нему записаться **(28,2 %)**
8. Невозможность получить все необходимые услуги в одном месте **(26,2 %)**
9. Долгое нахождение в очереди перед кабинетом врача **(23,1 %)**
10. Отказ в выдаче направления на госпитализацию в районную, городскую, региональную больницу **(20,7 %)**

жмента системы здравоохранения. У нас сектор, организующий систему здравоохранения, нуждается в обучении.

Врачам ЛПУ необходимы возможности решать, учиться. Точка взаимодействия «врач–пациент» — зона постоянного неразрешимого конфликта из-за неразберихи в регуляторной практике, финансах и постоянных манипуляциях со стороны региональных властей и СМК.

ИННОВАЦИИ В ОМС: УЗКОЕ ГОРЛЫШКО

В создавшихся условиях система ОМС крайне медленно адаптируется к внедрению новых высоких технологий. Как уже отмечалось выше, в системе ОМС не хватает соответствующих тарифов для того, чтобы за счет нее обеспечивать инновационными лекарствами тех, кто в них нуждается.

Степень адаптированности системы ОМС к применению новаций варьируется от региона к региону. При этом высокая эффективность в отдельных субъектах чаще всего является заслугой именно региональных ФФОМС, которые самостоятельно разрабатывают тарифы.

Много времени требуется на включение новых препаратов в систему ОМС. Чтобы сделать современные препараты и технологии более доступными для пациентов, прежде всего необходимо включить в программу высокозатратных нозологий эффективные и дорогие препараты, в том числе препараты таргетной терапии, покупку которых невозможно обеспечить за счет ОМС или региональных бюджетов.

Точка взаимодействия «врач–пациент» — зона постоянного неразрешимого конфликта из-за неразберихи в регуляторной практике, финансах и постоянных манипуляциях со стороны региональных властей и СМК.

ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ПАЦИЕНТОВ

«СИСТЕМА ОМС РАЗВИВАЕТСЯ, НО ДАЛЕКА ОТ ИДЕАЛЬНОЙ»

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв — о том, через какие трансформации проходит система ОМС и как меняется защита прав пациентов.

Система ОМС стала важной и неотъемлемой частью здравоохранения. Она несет функцию жесткого финансового контроля за расходованием средств, в том числе учитывая роль и медицинских страховых организаций.

Система ОМС выдержала многие испытания. В пандемию она гибко реагировала на необходимые изменения — тарифы стали более адаптивными к ситуации, перераспределялись потоки пациентов между лечебными учреждениями. Гибкость системы в целом стала ее важным конкурентным преимуществом.

Вместе с тем стало очевидно, что к настоящему времени система ОМС остро нуждается в дальнейшем совершенствовании и развитии. Причем многие проблемы ОМС связаны с общим недофинансированием здравоохранения и этот же фактор сдерживает ее модернизацию.

Юрий Жулёв
Сопредседатель Всероссийского союза пациентов

НЕДОФИНАНСИРОВАНИЕ — ГЛАВНАЯ ПРОБЛЕМА ОМС

Вектор дальнейшего развития системы ОМС в целом определен властью и профессиональным сообществом.

Мы, как пациентское сообщество, например, крайне озабочены тем, что система отторгает дорогостоящие инновационные методы лечения, даже если они погружены в КСГ, в тарифы. Связано это снова с недофинансированием.

По этой же причине медленно идет внедрение цифровых технологий, телемедицины. Молекулярно-генетическая диагностика не получает должной доступности для населения во многих регионах. А в ней нуждается большой круг пациентов — с онкологическими, орфанными и другими заболеваниями.

Для нас система финансирования в ОМС в целом представляется пока что очень сложной и неповоротливой. Существует несправедливость в оплате между регионами.

Система лекарственного обеспечения требует погружения в ОМС. Например, пациент получает лекарство в стационаре, затем выписывается. Логично, что он должен продолжать терапию определенными лекарствами, но она ему недоступна, потому что это другая система. В результате полностью нарушается преемственность лечения. Есть другие ситуации, когда пациент получает льготное лекарственное обеспечение, стоимость которого исчисляется миллионами рублей.

Система ОМС выдержала многие испытания. В пандемию она гибко реагировала на необходимые изменения — тарифы стали более адаптивными к ситуации, перераспределялись потоки пациентов между лечебными учреждениями.

Но он не может ввести лекарство в дневном стационаре. Государство законодательно поставило его в такие условия, что применимы лекарства могут быть только в стационарных условиях. Необходимо объединить систему, чтобы такого рода барьеры для пациентов были сняты.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ: ПОДВИЖКИ ЕСТЬ, НО ИХ НЕДОСТАТОЧНО

Ситуация в сфере защиты прав пациентов развивается, но она несовершенна.

Где-то на жалобы пациентов реагируют очень оперативно, а где-то ограничиваются формальными ответами.

Граждане также недостаточно информированы о своих правах. Многие даже не знают, что у них есть полис, своя страховая организация, специалисты которой готовы прийти на помощь.

В пандемию пациенты с хроническими заболеваниями не могли реализовать свои права на получение плановой помощи. Больницы были перепрофилированы под ковидные госпитали, нарушен привычный график работы, и пациенты зачастую не знали, как получить плановую помощь. А ведь для многих из них она равноценна скорой помощи.

Можно выделить несколько направлений и опций в сфере защиты прав пациентов, которые развиваются.

Хорошо сумел себя зарекомендовать в части взаимодействия с пациентским сообществом институт страховых представителей. Мы увидели партнеров, союзников в лице страховых медицин-

> Граждане также недостаточно информированы о своих правах. Многие даже не знают, что у них есть полис, своя страховая организация, специалисты которой готовы прийти на помощь.

ских организаций. С ними у нас хорошо налажен диалог. Они очень оперативно реагируют на просьбы от нас, и помогают нашим активистам пройти обучение.

Возможность выбирать медицинское учреждение и получать помощь в любом регионе России стала реализацией важной части прав пациентов и достижением системы ОМС. Однако ситуация в регионах пока неравномерная. В крупных мегаполисах можно поменять поликлинику. Но имеются огромные территории, где это физически невозможно. И пока государство не выделит деньги на новую больницу, выбор у пациентов не появится.

Нужно отметить, что 2021 год ознаменовался кризисом межтерриториальных платежей. Например, скорая помощь пациенту оказывается в полном объеме. А вот получить дорогостоящее плановое лечение не в регионе проживания стало сложно. Проблемы появились потому, что из-за пандемии бюджеты территориальных фондов ОМС ушли в минус.

Мы много говорим о правах пациентов, но нужно не забывать и об обязанностях. Появляются идеи штрафовать или отказывать в бесплатной медпомощи тем, кто не заботится о своем здоровье. Уверен, что репрессивные меры здесь не помогут. С каждым пациентом необходимо работать. Он должен понимать все негативные последствия, которые могут наступить, если он не будет следовать предписаниям врача.

ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Большая проблема в том, что у врача очень мало времени на прием пациента, многие придерживаются формального подхода. А прежние методы, когда врач просто говорил «делайте то и то», но не объяснял, почему и зачем, сегодня не работают. Люди изменились, в интернете доступна самая разная информация, многие приходят с определенными знаниями или с заблуждениями относительно

> Возможность выбирать медицинское учреждение и получать помощь в любом регионе России стала реализацией важной части прав пациентов и достижением системы ОМС.

своего состояния. Пациент должен понять суть лечения, свою роль в этом лечении и активно участвовать в нем.

Государству нужно задействовать все каналы коммуникации с гражданами. Работа должна иметь просветительский и информационный характер. Отчасти эту работу мы взяли на себя. Пациентские организации создают школы пациентов по хроническим заболеваниям. Совместно с врачами проводим лекции о заболеваниях, о правилах жизни с ними, о значении дисциплины, приверженности лечению. ВСП запустил информационную кампанию для пациентов «#ЧтобыЖитьДолго», которая направлена на повышение приверженности лечению. Эта кампания станет частью большой федеральной работы в этом направлении, которая ведется Минздравом.

Возможно, государству стоит также рассмотреть поощрение в виде страхования, льгот тем, кто ведет здоровый образ жизни, отказался от вредных привычек и активно занимается спортом. Такая тактика работы с пациентами была бы самой правильной.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС

Более 30 лет в Российской Федерации реализуется страховая модель здравоохранения. Создана новая база правовых и экономических отношений, обеспечивающая оказание бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам в системе обязательного медицинского страхования.

ПРОЦЕССНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Унифицированных требований к управлению СМО в системе ОМС не существует. Учитывая специфику ОМС, мало реализуемы в деятельности СМО стандарты страховой деятельности, разработанные страховым сообществом для рисковых видов страхования. Каждая компания организует деятельность по своему усмотрению, исходя из договорных обязательств и задач, определенных государством, органами исполнительной власти и фондами, опыта предшествующей работы, результатов проверок надзорных органов и финансовых возможностей.

Об объеме выполняемой работы свидетельствует тот факт, что СМО в соответствии с приказами и письмами Минздрава России, ФОМС, Банка России и ВСС должна представлять в установленные сроки 61 отчет о своей деятельности в системе ОМС, не считая региональных инструктивных писем, указаний и запросов.

Практический опыт организации деятельности страховой компании в сфере ОМС показал, что стандартизация основных процессов страхования, четко отработанные алгоритмы действий персонала позволяют в полном объеме выполнять договорные обязательства, повышать эффективность и клиентоориентированность предоставляемых услуг, объективно оценивать результаты работы и прогнозировать затраты на ведение дела.

Учитывая многочисленные изменения и требования, предъявляемые к функци-

оналу СМО, стандартизацию ее работы, необходимо на основе процессного подхода управления организацией, позволяющего определить необходимые ресурсы, осуществлять их менеджмент и реализовывать возможности для развития.

Этим требованиям отвечает национальный стандарт ISO 9001:2015, на основе которого реализуется процессный подход «Планируй — Делай — Проверяй — Действуй» (PDCA), и риск-ориентированное мышление при организации деятельности СМО в условиях ОМС. Стандарт разработан для управления организацией в сложной, требовательной и постоянно изменяющейся среде, характерной для системы ОМС.

В соответствии с требованиями стандарта определяются и описываются бизнес-процессы при осуществлении деятельности СМО, их взаимодействие между собой, прежде всего информационное, рассчитываются ресурсы, необходимые для обеспечения результативности бизнес-процессов, обозначаются результаты и критерии мониторинга.

Анализируя опыт создания систем управления качеством выполнения бизнес-процессов, для построения эффективной модели управления СМО необходимо решить следующие основные задачи:

— разработать регламенты взаимодействия со всеми участниками и субъектами системы ОМС;
— стандартизировать основные бизнес-процессы, определить структуру организации, утвердить положения о структурных подразделениях;
— с целью определения необходимого и достаточного количества специалистов, их обучения и повышения профессионального уровня разработать алгоритмы, технологические схемы, порядки и инструкции выполнения процедур, технологий и рабочих процессов, утвердить должностные инструкции с учетом функционала;
— разработать и внедрить систему мониторинга и внутреннего аудита, направленных на сбор информации, анализ и принятие управленческих решений;
— внедрить систему мотивации и экономических механизмов стимулирования работников в зависимости от объема проделанной работы, качества и результатов.

Руслан Хальфин

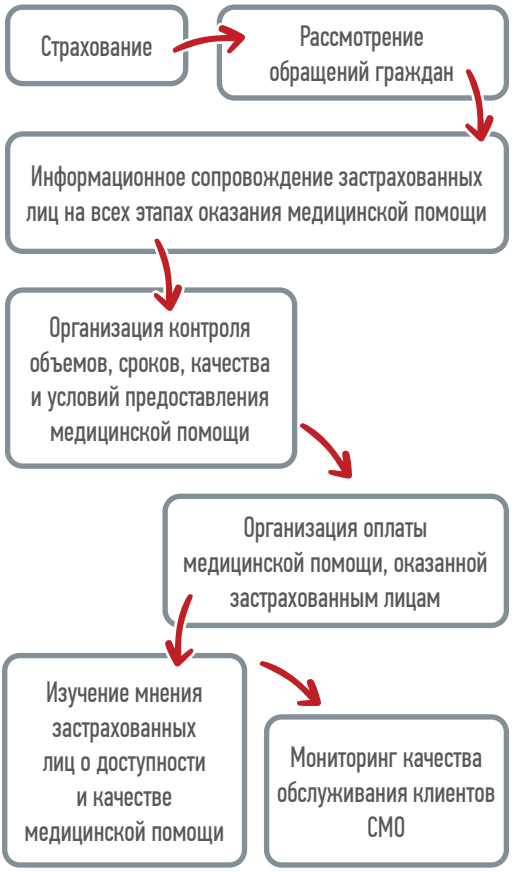
Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, президент АО «МАКС-М», директор Высшей школы управления здравоохранением Сеченовского Университета

СТАНДАРТЫ И РЕГЛАМЕНТЫ

На основе анализа бизнес-процессов разрабатываются соответствующие стандарты и регламенты их реализации.

Для бизнес-процесса «Страхование» разработан стандарт «Выдача/Замена временного свидетельства и полиса обязательного медицинского страхования», в который входят алгоритмы действия исполнителя при приеме заявления о выборе СМО, при переоформлении полиса, выдаче дубликата полиса ОМС, при замене СМО, а также

ОСНОВНЫЕ БИЗНЕС-ПРОЦЕССЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СМО



технологические карты, позволяющие оперативно принимать решение в стандартных ситуациях.

В стандарте регламентируются процедуры, обязательные для исполнения при выдаче полиса, подлежащие проверке контролирующих органов. В нем устанавливаются требования по ведению документооборота, утверждается стандарт оснащения подразделения, осуществляющего оформление полисов ОМС, и порядок проведения внутреннего контроля за исполнением стандарта.

В рамках описания данного бизнес-процесса разрабатывается регламент работы подразделения, осуществляющего ОМС, в котором отражаются основные задачи, механизмы страхования, организационная структура и др.

Итогом описания бизнес-процесса является разработка положения о структурных подразделениях службы ОМС и должностных обязанностей специалистов, осуществляющих страхование, в которых кроме прав и обязанностей устанавливаются критерии оценки объема и качества выполненных работ.

Аналогичная схема разработки стандартов и регламентов применяется для всех бизнес-процессов деятельности СМО.

КАЧЕСТВО ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТОВ

Кроме стандартизации вышеперечисленных бизнес-процессов важное значение в деятельности компании уделяется качеству обслуживания клиентов, в том числе соблюдению стандартов общения с клиентом при личном обращении, при использовании средств электронной связи и в проблемных ситуациях.

Мониторинг качества обслуживания клиентов наряду со стандартами и регламентами является важной составляющей процесса управления качеством деятельности СМО. Инструментами мониторинга являются изучение мнения клиентов о качестве обслуживания; оценка качества работы «Горячей линии» на основе аудио-контроля записи телефонных разговоров, замера скорости обслуживания, количества пропущенных и отложенных звонков; мониторинг данных формы ЗПЗ; количество дефектных записей при оформлении полиса ОМС; количество дефектных случаев, выявленных по результатам реэкспертиз ТФОМС и других надзорных органов; итоги проведения внутреннего и внешнего аудита.

Разработанные стандарты и регламенты лежат в основе системы управления качеством деятельности СМО в системе ОМС,

РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОМС, включает:

- ✓ *основные задачи и механизмы страхования, включая мероприятия по повышению конкурентоспособности компании на страховом поле;*
- ✓ *его организационная структура;*
- ✓ *схема внешнего и внутреннего взаимодействия службы ОМС с подразделениями компании, территориальным фондом и иными организациями;*
- ✓ *порядок работы с проблемными записями в базах данных, содержащих информацию о застрахованных лицах;*
- ✓ *порядок действий службы организации ОМС на этапе развития сети пунктов выдачи полисов;*
- ✓ *программы обучения и повышения квалификации сотрудников фронт-офиса;*
- ✓ *критерии оценки объемов и качества выполненных работ;*
- ✓ *меры мотивации и демотивации персонала за достижение установленных результатов работы.*

которую схематично можно представить в виде четырех блоков (см. схему).

Разработанная и внедренная в практику деятельности СМО система управления качеством на основе стандартизации бизнес-процессов в системе ОМС позволила повысить качество оказания страховых услуг, обеспечить выполнение договорных обязательств, уменьшить финансовые риски по результатам проверки деятельности СМО контрольно-надзорными органами, расширить страховое поле компании.

Стандартизация деятельности СМО может быть основой для перехода от всеобъемлющего контроля за ее деятельностью к риск-ориентированному подходу на основе оценки стандартизированных результатов работы в условиях цифровизации большинства бизнес-процессов СМО, медицинских организаций и фондов.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СМО В СИСТЕМЕ ОМС

1	2	3	4
Формирование документов, содержащих требования к бизнес-процессам: стандарты, регламенты, алгоритмы, инструкции, схемы взаимодействия и пр.	Процедуры подготовки и обучения персонала требованиям к бизнес-процессам и системе мотивации и демотивации за результаты работы	Мониторинг качества, включающий внутренний аудит, оценку соблюдения требований стандарта	Принятие управленческих решений, актуализация стандартов и регламентов

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

НА ПОРОГЕ БОЛЬШИХ ПЕРЕМЕН

Сегодня, отмечая свое 10-летие, СК «Сбербанк страхование жизни» снова стоит на пороге больших перемен. Как команда в очередной раз «изобретает себя» и каким станет новый вектор развития в новом десятилетии, рассказывает генеральный директор страховщика Игорь Кобзарь.

Игорь Кобзарь
Генеральный директор СК «Сбербанк страхование жизни»

Современные страховые технологии: Ваша профессиональная карьера связана с инвестициями. Почему два года назад Вы согласились возглавить «СберСтрахование жизни»?

Игорь Кобзарь: В страховании жизни, наверное, половина бизнеса как раз завязана на инвестициях. Более 18 лет я проработал в управлении активами и в какой-то момент подумал, почему бы не сменить род деятельности? В случае Сбера дополнительным преимуществом был масштаб деятельности.

На момент прихода в страховой бизнес я, естественно, лучше разбирался в инвестиционной части бизнеса, а в классическом рисковом страховании для меня было много открытий. Пожалуй, главное из них заключалось в том, что компании ежедневно приходится работать с очень сложными ситуациями, порой с трагическими страховыми случаями. Отсутствие опыта в этой сфере я считаю своим преимуществом: это позволило взглянуть на происходящее свежим взглядом.

В страховании важно не допустить профдеформации, когда боль клиента становится частью ежедневной рутины. Когда разбираешь страховой случай, то отчетливо понимаешь, что по ту сторону клиент, у которого сложилась непростая ситуация, и крайне важно ему быстро и эффективно помочь. Этот опыт в корне отличается от моего предыдущего опыта в управлении активами.

ССТ: Какие цели и задачи стояли перед Вами как руководителем?

И. К.: Прежде всего, мне было важно вернуть доверие и сотрудников, и клиентов, и всего рынка к инвестиционным продук-

там. На тот момент у всех были вопросы к доходности продуктов ИСЖ. Чтобы продукт был для клиента привлекателен, мы должны были снизиться по марже. Изменения в продукте позволили нам дать клиенту ту доходность, на которую он рассчитывал. Когда мы перезапустили нашу линейку, доходность по этим продуктам достигла 7–8 % при средних по рынку 4–5 %. Этот показатель был также выше, чем доходность по депозитам.

Второе, но не менее важное: когда я пришел в СберСтрахование жизни, компания после первоначального толчка на этапе стартапа вышла на определенное плато. Нужен был новый импульс. Я понимал, что одной из важнейших моих задач станет работа с коллективом. Сплочение команды произошло во время создания миссии, во имя которой эта команда работает.

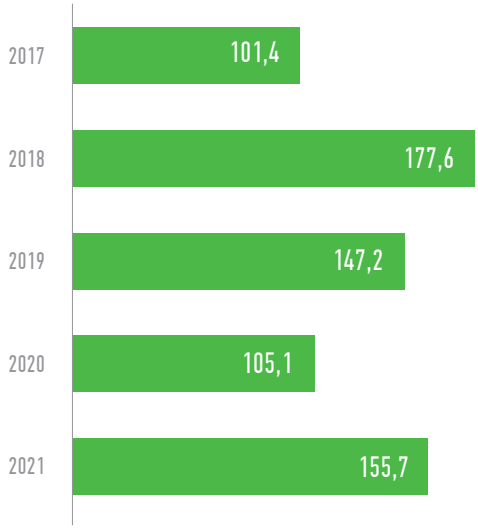
ССТ: Как вы вырабатывали свою миссию и принципы?

И. К.: Топ- и мидл-менеджмент компании, около 25 человек, собрались за городом. Мы начали с определения потребностей и болей клиента, которые мы хотим удовлетворить. Далее мы их проранжировали, проголосовали и выделили наиболее актуальные топ-5, которые и легли в основу нашей миссии.

Например, миссия отражает потребность клиента не чувствовать себя песчинкой в масштабах огромного Сбера, когда он сталкивается с какой-то проблемой. Это отражено в тезисе «Нам не все равно». Клиент приходит со своей, очень важной для него проблемой и боится столкнуться с непониманием и безразличием огромной банковской группы. Поэтому мы заявляем о том, что понимаем боль и озабоченность клиента, стараемся его услышать и помочь ему.

Каждая часть нашей миссии определяет какую-то клиентскую потребность. То, что мы сформулировали и стараемся максимально следовать нашим принципам в своей работе, стало очень большим и важным этапом развития команды и бизнеса.

Динамика суммы премий за 5 лет, млрд руб.



ССТ: Вы не просто руководитель компании, но и неформальный лидер коллектива. В чем видите свою ответственность?

И. К.: Моя главная зона ответственности — задавать направление, формулировать видение, четко его коммуницировать, поддерживать других лидеров нашей команды. Все мои коллеги являются сильными профессионалами в своих областях, поэтому моя задача — направлять их, поддерживать и сплачивать.

Сотрудников сплачивает в команду общая цель. Если команда четко видит, куда идти, это становится конкурентным преимуществом. Движение к новой цели дает необходимый импульс, ради которого сотрудники прикладывают свои усилия.

Сегодня компания снова стоит на пороге больших перемен. В очередной раз мы должны изобрести себя и задать новый вектор движения. Сейчас мы видим его в переходе от классических продуктов ин-

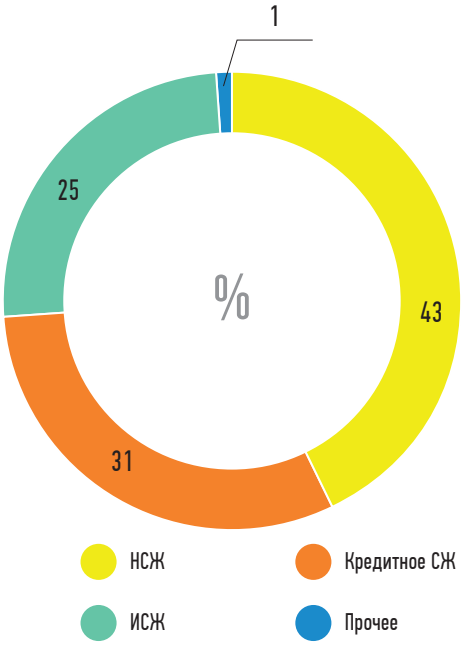
вестиционного страхования жизни к продуктам Unit-linked. Наша страховая компания запустила продукт, который работает по принципу долевого страхования жизни, одной из первых на рынке. Мы считаем, что ДСЖ позволит нашей индустрии сделать скачок от классических видов страхования жизни, которые в каком-то смысле уже набили оскомину, к новым продуктам, позволяющим клиентам очень гибко подстраивать страхование под свои текущие задачи. На Западе продукты на базе Unit-Linked составляют порядка 40 % всех продаж страхования жизни.

ССТ: Классическое долгосрочное страхование жизни сопровождает человека практически всю его жизнь. Когда Вы определяете свое видение, каков горизонт планирования?

И. К.: Важно долгосрочное сотрудничество. Вся инвестиционная индустрия построена вокруг доверия. Это базовое качество: если между компанией и клиентами не будет доверия, не будет ничего другого. Доверие базируется на четком исполнении страховой компанией своих обязательств. Если при наступлении страхового случая страховщик быстро помогает решить проблемы своего клиента, доверие к страховщику и к страховому продукту растет. При этом доверие конкретного клиента может строиться не только на его личном опыте, но и на опыте его друзей и знакомых. Если же страховая компания начинает задавать очень много вопросов, заставляет человека в критической ситуации собирать многочисленные справки, доверие катастрофически падает. Поэтому к выплате мы стараемся подходить с точки зрения не буквы страховой документации, а духа, в основе которого лежит поддержка клиента в сложной ситуации.

Еще в страховании важна осознанность. Если есть доверие и осознанное использование страховых продуктов, то я не вижу, что может ограничивать нашу работу.

Премии по видам страхования. 2021



ССТ: Что значит осознанное потребление со стороны клиента?

И. К.: Часто человек не осознает потребность страхования, просто не думает о том, что ему нужно застраховать свою жизнь. Поэтому важно помочь клиенту осознать, что эта услуга ему действительно нужна.

Мы также очень хорошо понимаем миссию, которая возложена на Сбер, осознаем, кто наши акционеры и стейкхолдеры. Для Сбера важна социальная ответственность, ведь он оперирует в масштабах всей страны. Если мы будем ставить во главу угла краткосрочные выгоды, то правильный вектор развития будет утрачен.

ССТ: Какие цели вы ставите перед собой сейчас?

И. К.: Я считаю, что у нас существует большое пространство для развития в области постпродажного обслуживания. Важно сокращать сроки урегулирования убытков. В этом направлении компания уже прогрессирует, но мы хотим большего.

> Не исключено, что продукты по страхованию жизни могут превратиться в ежемесячные взносы, которые будут накапливаться на счете и использоваться для формирования конструктора страховых защит в зависимости от жизненной ситуации.

Недавно мы обсуждали с коллегами, что в конце следующего года исполнится три года, как я работаю в «СберСтраховании жизни». И я попросил коллег сделать мне подарок к этой дате — сократить срок клиентского обслуживания при урегулировании убытков на порядок. Вся компания эту амбициозную цель приняла.

ССТ: В некоторых видах страхования, например в каско и ОСАГО, искусственный интеллект помогает в течение нескольких минут урегулировать страховой случай. Клиенту нужно лишь определенным образом сфотографировать повреждения автомобиля, отправить их в страховую компанию и передать реквизиты счета на оплату выплаты. Такой сервис возможен для страхования жизни?

И. К.: Наверное, это идеальная ситуация, когда клиент, попав после несчастного случая в больницу, делает фотографии гипса, справок и анализов, отправляет их в страховую компанию и тут же получает страховую выплату. К такому опыту мы стремимся. Большую часть такого сервиса мы хотели бы создать уже к концу следующего года.

ССТ: По Вашему мнению, что сейчас мешает организации патронажного сервиса?

И. К.: Не хватает патронажной инфраструктуры, организованного взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и т. д. Мы хотели бы получать данные о клиенте, его состоянии, если речь идет о несчастном случае или заболевании, в электронном формате. Мы должны реагировать быстро, поэтому так важна своевременная и точная информация. В этом заключается основная разница в подходах к клиентскому пути: сейчас клиент сам собирает справки, а стремимся мы к тому, чтобы страховщик оперативно работал с информацией и столь же оперативно поддерживал клиента.

Кроме того, мы хотели бы внедрять предиктивные модели, которые позволят анализировать профиль клиента и принимать решение о выплате, не дожидаясь документов из ЛПУ, подтверждающих его состояние. Искусственный интеллект анализирует состояние клиентов в похожей ситуации и выдает рекомендации. Это как кредитный конвейер, где скоринговая система сама принимает решение. Мы хотим, чтобы клиент сначала получал деньги, а потом уже в случае необходимости предоставлял нам какие-то документы.

ССТ: «СберСтрахованию жизни» исполнилось 10 лет. Какой станет компания в следующие 10 лет?

И. К.: Самая важная цель — клиентская: клиент должен получать сервис высшего уровня. Есть много различных нюансов, не все препятствия нам удастся преодолеть быстро, особенно в части обмена данными между ЛПУ, государственными службами и страховой компанией. Но мы постараемся разрешить эти затруднения другим, возможно, нестандартным путем, я о нем рассказал ранее: мы выстраиваем модель обслуживания на основе искусственного интеллекта.

Далее я думаю, что следующие 10 лет пройдут под брендом Unit-linked. Как 10 лет назад появилось ИСЖ в его текущем виде, так теперь зарождается Unit-linked и в следующие 10 лет эта стратегия получит колоссальное развитие.

Кроме того, не исключено, что продукты по страхованию жизни могут превратиться в какие-то ежемесячные взносы, которые будут накапливаться на счете и использоваться для формирования

МИССИЯ СБЕРСТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Нам не все равно!

Мы работаем честно и открыто, чтобы вы знали — будущее защитить можно!

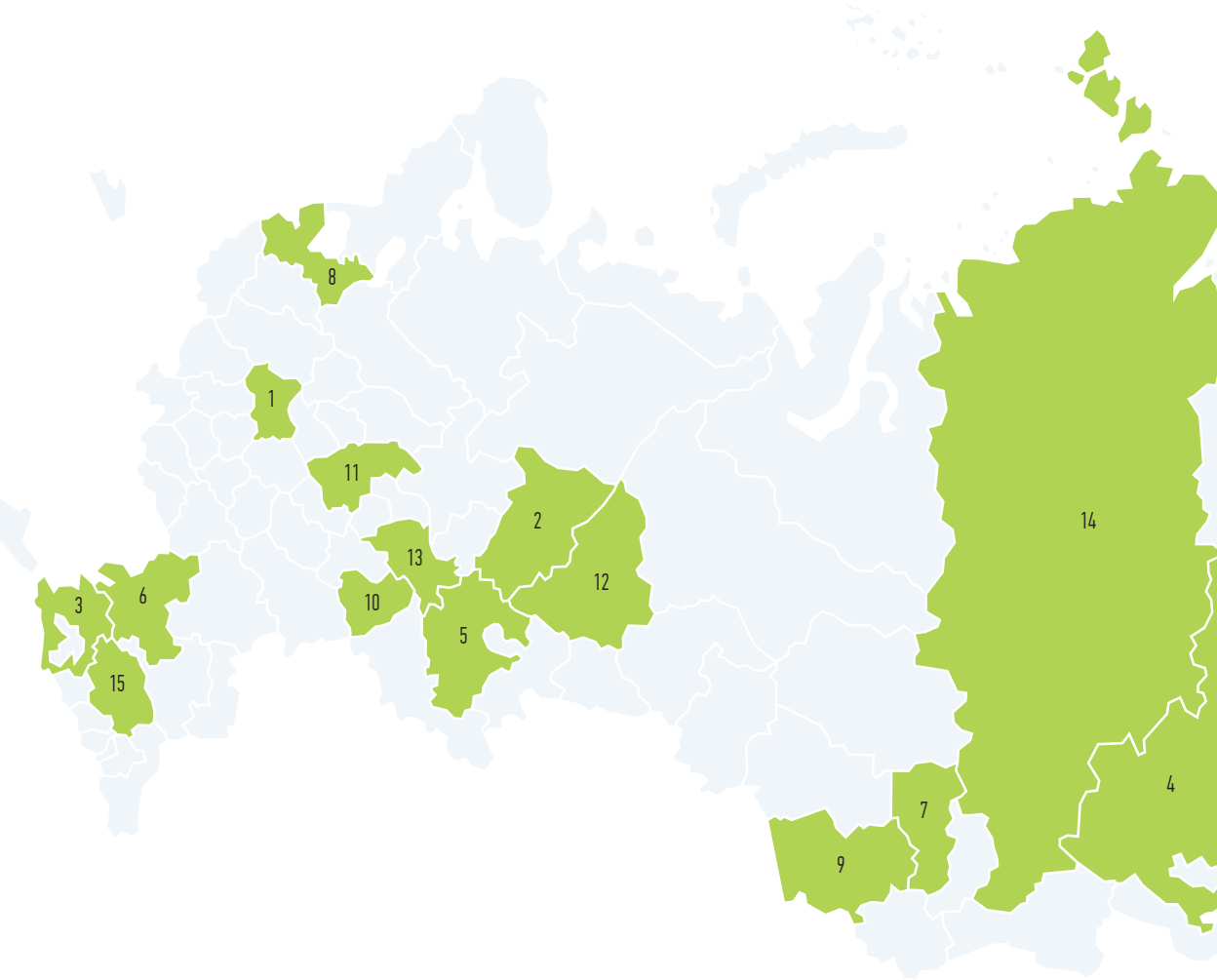
Вы и ваши близкие получите нашу поддержку несмотря ни на что!

конструктора страховых защит в зависимости от жизненной ситуации. Да, чеки будут маленькие, а периоды страхования — короткие. Но благодаря такому подходу у человека будет повышаться осознанность в использовании страховых инструментов. Страхование станет частью его жизни.

Глобально рынок движется к ситуативному страхованию, когда вы включаете или отключаете тот или иной вид страховой защиты по мере необходимости. Вышли из дома, поехали кататься на горных лыжах — включили страхование от несчастных случаев. Вернулись домой, не видите рисков для себя и своей семьи в текущий момент времени — значит, переключились, например, на страхование жизни. Это может быть организовано через мобильное приложение, которым клиент управляет по своему желанию в соответствии со своей жизненной ситуацией. Даже если она меняется несколько раз в течение дня, клиент сможет менять свои страховые программы в течение дня.

Рынок движется к ситуативному страхованию, когда вы включаете или отключаете тот или иной вид страховой защиты по мере необходимости. Поехали кататься на горных лыжах — включили страхование от несчастных случаев. Вернулись домой, не видите рисков для себя и своей семьи — значит, переключились, например, на страхование жизни.

СК «СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»



ТОЛЬКО ФАКТЫ

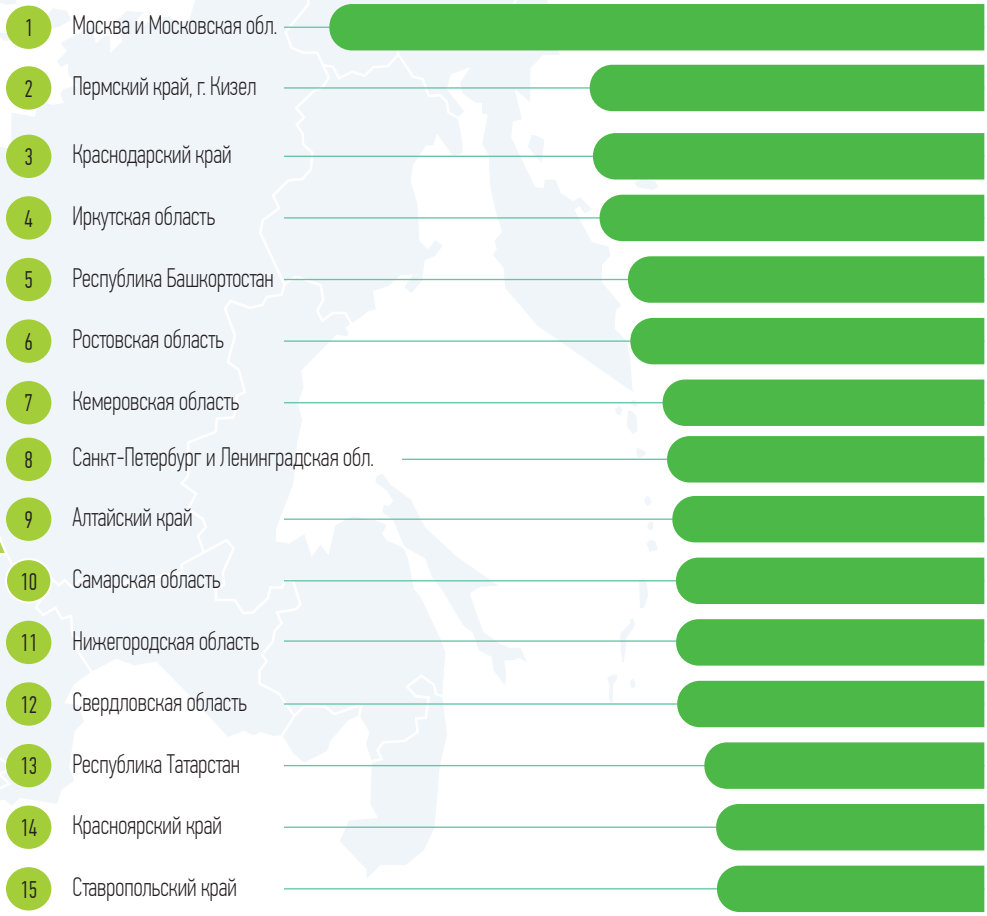
25 000 000
клиентов

65 000 000
договоров страхования

800 000
выплат по страховым случаям
на сумму свыше
200 000 000 000 руб.

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

ТОП-15 РЕГИОНОВ — ЛИДЕРОВ ПО КОЛИЧЕСТВУ ВЫПЛАТ ЗА 10 ЛЕТ, штуки



Самая крупная выплата по страховому случаю произведена по программе накопительного страхования жизни в 2021 году на сумму

58 000 000 руб.

клиенту из Иркутской области

Самый крупный договор в истории компании — клиент Private Banking вложил в одну из программ более

6 000 000 000 руб.

на 5 лет

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

ЭНЕРГИЯ РАЗВИТИЯ

Преобладающий мотиватор в команде СК «Сбербанк страхование жизни» — это возможность проявить свои творческие способности, самореализоваться и ощутить сопричастность проектам, которые меняют рынок и жизнь страны. Старший бизнес-партнер по управлению персоналом Нина Митрохова рассказывает, как создать команду, которая обеспечивает непрерывный рост компании.

Современные страховые технологии: Что для Вас самое главное в Вашей работе?

Нина Митрохова: Со Сбером я уже почти 17 лет, из них около 15 лет работаю в области управления персоналом. Последние полтора года — в команде СК «Сбербанк страхование жизни». Масштабы страховой компании, конечно, меньше, чем масштабы самого банка. Но, на мой взгляд, возможностей для творческого роста здесь очень много — это и есть главное в работе для меня.

Когда компания небольшая, у меня есть возможность общения не только с руководством, но и с сотрудниками, с нашими командами. Я вижу результаты наших усилий, вижу положительные изменения, развитие и приверженность сотрудников корпоративной культуре.

ССТ: Что для Вас важнее всего в команде?

Н. М.: В команде, в первую очередь, я ценю вовлеченность, желание помочь и дружелюбие. У нас достаточно открытая атмосфера, мы не боимся обсуждать

проблемы и неудачи. Неудивительно, что за полтора года текучесть кадров в компании значительно снизилась. Это результат нашего внимания к атмосфере в команде.

Для поддержания этой атмосферы открытости мы выстраиваем каналы коммуникаций. Например, каждую пятницу у нас проходят встречи всей компании. На этих встречах могут выступать абсолютно все сотрудники — от генерального директора до стажера, с любой значимой для него темой. Мы обсуждаем как наши внутренние вопросы, так и внешние проблемы и события. Я считаю, что именно атмосфера открытости является важным звеном нашей корпоративной культуры.

Нина Митрохова

Старший бизнес-партнер по управлению персоналом СК «Сбербанк страхование жизни»

ССТ: Насколько важна для развития корпоративной культуры позиция руководителя компании?

Н. М.: У нас очень сильный, вовлеченный лидер. За все время работы в роли HR мне впервые довелось встретить руководителя такого уровня, который был бы настолько сфокусирован на теме корпоративной культуры, на людях, на их вовлеченности. Это очень сильно мотивирует, драйвит нас всех.

Особенно стимулирует то, что в нашей работе мы видим все происходящие трансформации, получаем положительные отзывы сотрудников. Мы проводим ежеквартальные исследования — «голос внутреннего клиента»: каждый сотрудник может высказывать свое мнение о ситуации внутри компании и, в свою очередь, получать обратную связь.

ССТ: Что является лучшим мотиватором для сотрудника — желание приобрести или страх потерять?

Н. М.: Думаю, что преобладающий мотиватор в нашей команде — это желание приобрести, но не в материальном смысле. Прежде всего, это возможность проявить себя, показать свои профессиональные навыки, получить поддержку команды, реализоваться в крупнейшей в России компании страхования жизни, работать над проектами, которые меняют рынок и жизнь страны, почувствовать эту сопричастность. Вот это по-настоящему уникальные приобретения!

ССТ: Тем не менее Вы говорите о трансформации — какова ее конечная цель?

Н. М.: Путь трансформации — долгий путь, он требует времени. Я всегда за баланс между работой и личной жизнью. Люди должны быть максимально вовлечены в задачи компании, но это не значит, что они должны 24 часа в сутки думать только о работе. Я вижу цель трансформации в том, чтобы сотрудники на работу ходили с удовольствием, чтобы работа для них была источником самореализации. Но человек не может постоянно работать на пике напряжения всех своих сил.

Мы не должны допускать профессионального выгорания. Здесь важна роль команды, поддержка каждого сотрудника. В велогонке выигрывают команды, в которых участники, поочередно сменяя друг друга, ведут к победе своего лидера. В нашем случае лидер — это сама компания. И мы действительно лидеры на рынке.

ССТ: Как команда относится к ошибкам?

Н. М.: Не ошибается только тот, кто ничего не делает. Конечно, последствия ошибок могут быть разными. Но в любом случае мы на ошибках учимся. Ошибка — это повод провести работу и выявить, почему она была допущена.

Я говорила про нашу открытость: мы ошибки обсуждаем и делаем выводы. Если у человека не хватило знаний и навыков — его учат, если ошиблись в стратегии — команда ищет пути исправления ситуации.

ССТ: Вы культивируете креативность и новаторство. Как относитесь к таким концепциям, когда в офисе можно спать, заниматься спортом, ходить не в офисной одежде и так далее? Такая креативная организация офиса стимулирует творчество сотрудников?

Н. М.: Рабочее пространство офиса нужно организовать так, чтобы человек имел возможность отдохнуть и расслабиться. Дисциплину никто не отменял, но важен баланс. Работать должно быть удобно и приятно. У нас много корпоративных мероприятий, много неформального общения. Год назад мы в компании выбрали амбассадоров по формированию корпоративной культуры, у которых есть задачи в самых разных направлениях, в том числе и по организации рабочего пространства. Благодаря им у нас появились массажные кресла, цветы в офисах и специальные комнаты, где можно передохнуть. Но я против сна на работе.

Давайте вспомним знаменитую пирамиду Маслоу: если у сотрудника реализованы базовые материальные потребности, включая достойную заработную плату, то возможно и достижение уровня самореализации. Здесь также важны тонкие настройки и баланс. Но если он каждый день идет на работу с удовольствием, если он справляется с той зоной ответственности, которая ему доверена, значит, его зарплата соответствует его потребностям.

ССТ: Как же правильно подобрать каждому сотруднику то место, где его таланты раскроются наилучшим образом и дополнят таланты других? Как собрать созвездие чемпионов?

2012

Предложили свой первый продукт — страхование жизни заёмщиков

2014

Впервые стали лидером рынка страхования жизни

2017

Присвоен наивысший рейтинг надежности от Эксперт РА

Н. М.: В первую очередь я смотрю на цели и задачи той бизнес-позиции, на которую нужно найти «звезду». Конечно, нам интересен бэкграунд претендента, его квалификация, опыт работы. Но еще очень важно стремление расти, желание изучать что-то новое. Если сотрудник хочет сменить свое место работы, если ему интереснее перейти в другое подразделение и заниматься другими задачами, мы не препятствуем таким переходам.

Есть люди, которые готовы с полной отдачей выполнять работу от сих до сих. А есть люди, которые хотят развиваться. Внутренняя мотивация кандидата очень важна, равно как и личностные, ценностные качества человека. Мы работаем в компании страхования жизни, то есть даем сервис людям, которые столкнулись со сложной жизненной ситуацией, с горем, с потерями. Наши сотрудники должны это понимать, эмпатия и сопереживание должны быть заложены в их личностных качествах.

Мне часто задают вопрос, кого я выберу — более квалифицированного сотрудника с консервативными взглядами или менее опытного, но стремящегося к развитию и творчеству. Я предпочту второго: опыт можно получить, а вот желание постоянно развиваться — это врожденное свойство. Много лет назад я такое же мнение услышала от своего руководителя. и тогда очень удивилась. А вот сейчас я с ней согласна. «Звезда» светит энергией развития. Если энергии нет, нет и «звезды».

ССТ: Как создать команду, которая обеспечит непрерывный рост компании?

Н. М.: Мы должны быть гибкими в быстро меняющемся мире. Но при этом важно четко видеть цель, которая перед нами поставлена. Видели, как собака идет по следу? Она может петлять, отклоняться от курса из-за внешних и внутренних факторов, но она идет к цели и достигает ее.

Огромную важность играет вовлеченность первого лица компании. Это базис успеха. У нашего руководителя — фокус на построение команды, на корпоративную культуру. Он не только наш формальный руководитель — он наш лидер. Наша команда нацелена на общий результат. Это команда — вовлеченная и лояльная компании. Одно без другого не работает.

2018

Количество клиентов превысило 10 млн человек

2020

Начали продавать продукты в онлайн

2022

Запустили инновационный для рынка РФ продукт – аналог unit-linked

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

НА МНОГИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

10 лет назад СК «Сбербанк страхование жизни» была стартапом с небольшой, но мощно заряженной на успех командой. Сегодня это — лидер рынка, внедряющий цифровые процессы на всех этапах обслуживания клиента и в операционной деятельности. Управляющий директор компании Евгений Щекланов убежден, что рынок страхования жизни ожидает новый виток развития, и у «СберСтрахования жизни» есть все необходимое, чтобы оставаться лучшим среди лучших.

Современные страховые технологии: Как Вы пришли в компанию?

Евгений Щекланов: Моя карьера в «СберСтраховании жизни» началась в 2015 году, с позиции старшего юриста. До этого я проработал три года в юридическом подразделении одной из крупнейших российских страховых компаний и считал, что в страховании уже собаку съел. Но придя в Сбер, я увидел, что страхование жизни — это нечто совсем иное. С одной стороны, этот вид страхования связан только с рисками жизни и здоровья человека, с другой — он практически не имеет границ.

Продукты страхования жизни могут структурироваться совершенно по-разному — от простого страхования от несчастного случая и до сложных инвестиционных продуктов. Человек может формировать различные инвестиционные портфели и таким образом зарабатывать дополнительный доход.

Евгений Щекланов

Управляющий директор СК «Сбербанк страхование жизни»

ССТ: Каким было Ваше первое впечатление от компании?

Е. Щ.: С момента открытия компании тогда уже прошло три года, но коллектив оставался очень маленьким. И везде я увидел совершенно особое отношение к людям. В первый день моей работы мне пришло письмо от генерального директора Максима Чернина, который поприветствовал меня в компании и пожелал ярких нестандартных решений и саморазвития. Такое внимание со стороны руководства произвело на меня очень яркое впечатление, особенно — на фоне других компаний, где руководство практически недосягаемо для рядового сотрудника, тем более для новичка.

Сегодня у нас работает гораздо больше людей, мы в десятки раз больше по прибыли и активам. Но этот дух команды, восторг от работы в творческом коллективе сохранились. Я очень драйвовый человек, и мне хотелось заниматься не только судебными делами, но и другими проектами. «СберСтрахование жизни» дала мне все для моей творческой самореализации.

ССТ: Но Вы променяли карьеру в крупной страховой компании на неопределенность в стартапе — не было страшно?

Е. Щ.: Здесь для меня есть уникальная возможность что-то реально менять. Я работаю в крупнейшей компании рынка страхования жизни и в крупнейшем финансовом институте нашей страны, у меня огромные творческие возможности. Я могу реализовать проекты, которые были практически невозможны в какой-то другой компании.

Я прекрасно понимал, что иду работать в стартап. Но я совершенно искренне верил и верю до сих пор, что этот проект создан на многие десятилетия. Сбер — один из крупнейших банков в России и один из ведущих глобальных финансовых институтов. «СберСтрахование жизни» занимается долгосрочным страхованием. Каждый день я своей работой помогаю этим процессам развиваться и двигаться вперед.

ССТ: Обычно большие структуры очень инерционны и неповоротливы. Вы сталкиваетесь с бюрократией в своей работе?

Е. Щ.: Все знают, как изменился Сбербанк за последние 15 лет, и он продолжает меняться. Даже пять лет назад было невозможно представить, что все услуги банка и страховой компании можно получать в мобильном приложении. Банк всегда идет на шаг впереди, нам приходится догонять и каждый раз адаптировать эти изменения в своих процессах.

В Сбере применяется философия управления проектами, которая опирается на ценности и принципы agile. Это позволяет командам быть эффективными и гибкими в той неопределенности и изменениях, которые переживает в наше время бизнес.

ССТ: Как agile работает в страховой компании?

Е. Щ.: У нас созданы команды самых разных специалистов, которые каждый день по своим направлениям работают над улучшением продуктов и работы компании. Это позволяет очень быстро достигать желаемых результатов. Такой метод работы пришел из ИТ-сферы, но Сбер был первой крупной финансовой организацией, кто внедрил такой метод работы у себя. Работать в новой среде, менять свою психологию было очень тяжело. Но этот подход себя оправдал, и сегодня очень многие бизнес-структуры переходят на такую систему управления.

ССТ: Помните ли Вы какой-то переломный этап в развитии компании, после которого «маленькая Золушка превратилась в принцессу»?

Максим Чернин

Генеральный директор СК «Сбербанк страхование жизни» с 2012 по 2017 год

ЗАВТРАК МЕЧТЫ

В 2011 году весь рынок забурлил разговорами о том, что Сбербанк, который очень долгое время работал со страховыми компаниями лишь как посредник, решил запустить свою страховую компанию.

Сбербанк принял решение выйти на рынок со своим собственным стартапом — причем эта компания должна была заниматься именно страхованием жизни. От страховщиков руководству Сбера тогда поступило достаточно много интересных предложений о создании проекта на базе уже работающих страховых компаний. Это был период «парада невест», когда уважаемые участники рынка по очереди предлагали Сберу запустить совместный бизнес.

Однако менеджмент Сбербанка пришел к выводу, что в со-

Е. Щ.: Мы прошли несколько этапов развития. Важен был первый этап под руководством Максима Чернина. Когда он ушел, наступила некая стагнация — не хватало духовного лидера. С приходом Игоря Кобзаря в 2020 году были найдены новые ценностные основы работы нашей команды. Это позволило нам выйти на принципиально новый уровень работы.

Если изначально продуктовая линейка компании формировалась из инвестиционного, накопительного и кредитного страхования, то с приходом в Сбер Игоря Кобзаря в России началась эра долевого страхования жизни — unit linked. Мы первыми на рынке запустили продукт «Управляемый капитал». Он более понятен и прозрачен для клиента, более похож на паевый инвестиционный фонд. Для компании это новый яркий этап развития.

Продукт «Управляемый капитал» более понятен и прозрачен для клиента, более похож на паевый инвестиционный фонд. Для компании это новый яркий этап развития.

ССТ: Каким Вы видите идеальный страховой продукт?

Е. Щ.: Предположим, человек приходит к доктору. Доктор его обследует, идентифицирует заболевание, диагностирование которого является страховым случаем, вносит информацию в государственную информационную систему — и человеку в течение пяти минут на счет падает страховая выплата. Вот какой страховой продукт должен стать нашим будущим.

стоянии запустить самостоятельный проект. Стали искать человека, который мог бы возглавить новую компанию. К тому времени я уже 11 лет работал в компании РОСНО (ныне — компания «Альянс») и возглавлял страховщика жизни в группе. Компания хорошо росла, мы к этому моменту разработали и первыми запустили на рынок продукт инвестиционного страхования жизни. А со Сбером РОСНО работало как с агентом по продаже полисов.

Первую встречу с куратором страхового направления в Сбере Денисом Бугровым я запомню надолго. В Сбербанке график всегда был непростой, поэтому наша встреча была назначена на 6 или 6:30 утра. Мы встретились в кафе «Мечта», и мне кажется, это было очень символично. Можно сказать, что у нас был завтрак мечты, как в известном фильме.

А если продолжать тему символов, то интересен ещё тот факт, что мой последний день работы в РОСНО стал последним днем работы компании с этим именем — на следующий день после моего ухода РОСНО превратилось в СК «Альянс».

В апреле 2012 года я приступил к своим новым обязанностям: возглавил ООО СК «Сбербанк Страхование» (с 2015 г. Сбербанк страхование жизни). Но все еще было впереди, а сначала я стал первым и на какое-то время единственным сотрудником нового страховщика. Было очень важно в кратчайшее время запустить компанию, разработать продукты, набрать сотрудников, начать продажи. Сначала мы буквально ютились в маленькой комнате на Якиманке, на офисных площадях Сбербанка. Первые встречи команды

Самая первая массовая модель автомобиля — Ford T, знаменитая «Жестянка Лиззи» — была довольно неказистой. А сейчас Ford Mustang признан самой красивой машиной в истории автомобилестроения. Это стало возможным потому, что Ford проходил много этапов развития, создавая все более интересные модели, обобщая и анализируя клиентский опыт. А вот страховой полис как был 300 лет назад бумажкой, так и сейчас часто остается на бумаге. Единственное, что может радикально поменять привычный рынок страхования — это цифровизация, автоматизация, роботизация и продукты, которые позволят обеспечить классный сервис. Тогда человек будет понимать, зачем он приобрел страховую защиту, и получит пользу и удовольствие от использования страхового продукта.

ССТ: А что изменится с точки зрения клиента?

Е. Щ.: Мы должны выстроить цифровой путь, удобный для современных людей, которые уже не хотят ходить ни в какие офисы продаж — им нужно получение услуг в телефоне. Когда есть открытый страховой договор, мы должны дать возможность прямо в мобильном приложении добавлять или убирать те или иные страховые риски, менять страховые суммы. Например, если человеку нужно поехать в командировку по России или за рубеж, он включает на срок поездки страхование для этого случая. Если он хочет накопить на обучение ребенка, то включает еще одну страховку, если нужна страховка к кредиту — это также можно подключить или отключить в приложении. В общем, если мы не поменяем страховую услугу как таковую, то через 5–10 лет страховые

мы вообще проводили в разных кафе, там же был и разработан первый бизнес-план. Это был очень напряженный, но невероятно интересный период.

И я хорошо помню наш первый полис, оформленный еще до запуска потоковых продаж. Группа благотворителей, в том числе Доктор Лиза, приобрели у нас 15 полисов для детей, оставшихся сиротами после наводнения в Крымске. На детей были оформлены программы накопительного страхования жизни. Я считаю, что это был очень добрый знак для нашей компании.

Важно было собрать команду людей, которые действительно хотят сделать на рынке что-то значимое, большое и… другое, не как у всех на рынке. Я хотел сделать ставку на личности, у которых есть мечта. Причем не только мечта, но и воля, чтобы эту мечту реализовать. И еще мне было важно, чтобы это были люди, которые умеют работать в команде. В одиночку никакие большие дела не делаются! Это было, конечно, непросто: найти людей с мечтой — и чтобы эта мечта пересекалась с мечтой других людей, чтобы у них была сильная воля, но при этом они могли взаимодействовать и доверять друг другу. По этим критериям я и формировал команду. И я считаю, что команда получилась просто замечательная! Мы все как один верили в то, что наши продукты могут помочь огромному количеству клиентов.

Питер Друкер как-то сказал: «Культура ест стратегию на завтрак». Это моя любимая цитата. Я всегда был уверен и до сих пор придерживаюсь такой точки зрения, что культура взаимодействия, общие ценности, общие смыслы команды гораздо важнее, чем

компании будут поглощены цифровыми гигантами.

ССТ: К чему готовиться рынку до конца года и в следующем году?

Е. Щ.: Сложный вопрос… Развитие страхования жизни активнее всего происходит в кризисные периоды. Кризис обостряет потребность в безопасности, желание сохранить опору для своего будущего и будущего своих детей. Думаю, что после стабилизации ситуации начнется новый виток развития страхования жизни, связанный с выходом на рынок большого количества понятных, прозрачных инвестиционных и накопительных страховых продуктов.

Также хочу подчеркнуть, что страхование жизни за последние несколько десятков лет ни разу не подводило своих клиентов. Ни одна страховая компания жизни не разорилась. Все обязательства всегда были исполнены. Компании страхования жизни — это образец надежности и финансовой устойчивости среди страховщиков разных видов страхования. И наша команда делает все возможное, чтобы «СберСтрахование жизни» всегда оставалось лучшим среди лучших.

все те материальные, финансовые и технические ресурсы, которые есть в арсенале компании. Как бы ни были огромны выделенные на развитие средства, как бы ни была обширна сбытовая сеть, но успех определяет не это, а то, какие люди на борту, как они смотрят на ситуацию, как они видят свои цели в жизни. Просто ресурсы без ценностной начинки бесполезны — их можно быстро израсходовать и ничего не получить на выходе.

Команду я собирал по крупицам, проводил огромное количество бесед с каждым будущим сотрудником. Те руководители, которые уже присоединились к команде, тоже участвовали в беседах с новичками вместе со мной. То есть не я один — мы все вместе набирали тот коллектив, с которым предстояло работать. Такой подход стал одним из залогов нашей эффективности и достигнутой синергии.

Впоследствии мы внедрили очень много мероприятий по адаптации новичков. Мне было важно общаться с ними лично. Поэтому раз в месяц мы проводили обязательные встречи с сотрудниками, принятыми на работу, и я в течение полутора или двух часов рассказывал о том, зачем наша компания была создана, какие у нее задачи и — самое главное — какие у нас ценности.

Проект «Сбербанк страхование жизни» точно сделал меня лично гораздо сильнее: и как менеджера по профессии, и как предпринимателя по образу мысли. А для всех членов команды, которая стояла у истоков развития компании, этот период совершенно точно навсегда останется в памяти как один из самых ярких в карьере.

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

НУЖНО ПОКАЗЫВАТЬ ВСЮ ПАЛИТРУ ФИНАНСОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ

Главное преимущество страхования заключается в возможности переложить риски человека на страховую компанию, чтобы она обеспечивала и защиту, и доходность, и достижение поставленной цели. Именно поэтому сейчас страхование жизни как никогда актуально и не требует традиционной пуш-продажи, полагает директор по финансам СК «Сбербанк страхование жизни» Александр Жуков.

Современные страховые технологии: Миллионы людей доверяют свои накопления и риски вашей компании. Они должны быть уверены, что вы выполните принятые на себя обязательства в любом случае. Как компания защищает интересы клиентов?

Александр Жуков: Для компании по страхованию жизни страховой риск является лишь одним из основных рисков. Большая их доля сосредоточена и объединена в группу ALM рисков, куда входят риск ликвидности, процентный и валютный риски. И именно управляя этими рисками, мы достигаем оптимального баланса, который является гарантией уверенности в выполнении всех взятых на себя обязательств.

Александр Жуков

Директор по финансам СК «Сбербанк страхование жизни»

ССТ: Клиентов обычно волнует доходность. Они часто сравнивают накопительное страхование жизни с депозитом. В чем сходство и разница между этими финансовыми инструментами?

А. Ж.: При внешнем сходстве полис накопительного страхования жизни и депозит существенно различаются, можно даже сказать, что принципиально. Депозитное размещение — это, прежде всего, генерация дохода и защита от инфляции. А страхование жизни не только генерирует инвестиционный доход, но и хеджирует выбранный клиентом набор рисков, который актуален именно для конкретного клиента. В накопительном страховании выделяют принципиально две ветки продуктов: с единовременным взносом и с регулярными платежами.

Продукты с единовременным взносом схожи с депозитами, они также формируют дополнительный доход, но, кроме того, в них встроены страховые риски, например несчастный случай, при реализации которого страховая выплата множится. Плюс продукты НСЖ в отличие от депозитов долгосрочны, средний срок 5 лет.

Продукты с регулярными взносами никак нельзя сравнивать с депозитами, так как они перекрывают совершенно другую потребность человека — помочь накопить деньги для какой-то его личной цели. Например, на обучение ребенка в университете. Срочность таких продуктов в среднем составляет 7 лет и при страховом случае страховая компания за свой счет осуществляет недостающие платежи. При этом изначальная цель в «накоплении на…» полностью выполняется.

Таким образом, страхование жизни удовлетворяет совершенно другие потребности

Управление активами и пассивами (asset and liability management — ALM) — это практика управления финансовыми рисками, возникающими из-за несоответствия между активами и обязательствами в рамках инвестиционной стратегии в финансовом учете. ALM включает в себя распределение и управление активами, собственным капиталом, процентными ставками и кредитными рисками.

> На долговом рынке есть 5-летние ОФЗ под 9 %. Мы можем дать доходность, приближенную к ОФЗ, но дополнительно включим в свой продукт страховые риски для наших клиентов.

человека. Прямое сравнение с депозитом дает неверные критерии оценки для выбора финансового продукта.

ССТ: А чем различаются два эти продукта с точки зрения страховой компании, так сказать, изнутри?

А. Ж.: Если у банка против депозита, который он получил у клиента, на балансе находится актив в виде, например, кредита, который банк выдал, то у страховой компании баланс обратный. Привлекая средства от клиентов, мы не можем выдавать кредиты ни физическим, ни юридическим лицам. Для получения дохода нужно проинвестировать денежные средства, которыми располагает компания, не просто в доходные инструменты, а в те, где риски будут оптимальным образом сконфигурированы и где с минимальными рисками можно получить максимальную доходность. Мы эти деньги направляем на долговой рынок. По сути, инвестируем активы в приемлемое качество с максимизацией доходности и взвешиванием к процентному риску и риску ликвидности и к срочности пассива, который мы привлекли, и пр.

Это динамическая финансовая модель, которая подстраивается к текущей ситуации на финансовом рынке. Нам нужно постоянно оценивать вложения по срочности, доходности и надежности. То есть мы ежедневно управляем моделью денежного баланса, «подкручивая» тот актив, который оптимален для получения максимального эффекта.

ССТ: Может ли страховая компания получить доходность выше, чем депозит?

А. Ж.: Легко! Если сейчас посмотреть на сайтах крупнейших банков страны, какие депозиты они готовы предложить на срок 5 лет, то, скорее всего, таких предложений вы не найдете. При этом на долговом рынке есть 5-летние ОФЗ под 9 %. Мы можем дать доходность, приближенную к ОФЗ, но дополнительно включим в свой продукт страховые риски для наших клиентов.

ССТ: Страховой риск хотя и мал, но есть. Как страховая компания управляет им?

А. Ж.: Да, страховые риски не являются такими существенными, как финансовые, но их нельзя не учитывать. Страховщик должен перекрывать и управлять страховым риском. В большинстве наших продуктов есть половозрастные тарифы. Для молодого здорового человека тариф может быть в разы ниже, чем для 50-летнего, что абсолютно логично и соответствует уровню принимаемого риска. Кроме того, когда мы понимаем, что есть подозрения на наличие серьезных заболеваний, мы направляем человека на медицинское обследование. После чего делаем ему максимально выгодное предложение, так как можем оценить его здоровье.

Страховая компания принимает на себя риски каких-то событий, которые могут произойти в жизни клиента. Это может быть риск несчастного случая, риски, связанные с жизнью и здоровьем, с потерей работы и т. д. Так как «СберСтрахование жизни» крупнейшая компания на рынке, мы эти риски перекрываем по большей части внутри своего портфеля. Но в случае каких-то аномально высоких запросов клиентов на размер страховых сумм, используем перестрахование рисков.

ССТ: Вы верите в перспективы запуска Unit Linked в России?

А. Ж.: Продукты Unit Linked давно присутствуют на зарубежных рынках. А в России мы к теме долевого страхования жизни подступаемся уже, наверное, лет 15. Все наши разработки и предложе-

ния ранее не находили поддержки Банка России. Я уверен, что такая позиция была во многом связана с низкой финансовой грамотностью населения, ведь долевое страхование жизни требует от потребителей определенных знаний и опыта.

Но в последние годы повышение финансовой грамотности было одной из масштабных государственных задач. Сделано очень многое, поэтому сейчас такие продукты уже можно предлагать потребителю.

Программу «Управляемый капитал», разработанную нашей компанией, мы предлагаем от 1,5 млн рублей. По структуре она представляет собой классический ПИФ, но при этом сохраняет преимущества страхования жизни, которое сводит к минимуму юридические риски и снижает налоговую нагрузку на доход. Чем больше граждан понимает, как работает финансовый рынок, тем больше развивается спрос на такие продукты.

ССТ: Какие тенденции влияют сейчас на рынок страхования жизни?

А. Ж.: На мой взгляд, сейчас проявляются несколько тенденций, которые позволят двинуть вперед страхование жизни. Прежде всего, это долгосрочный вид страхования. Когда в стране происходят неординарные события, добиться правильного позиционирования долгосрочных продуктов сложно. Но, с другой стороны, в этом и преимущество страхования жизни — оно позволяет хеджировать долгосрочные и краткосрочные риски. Человек может переложить свои риски на страховую компанию, чтобы она обеспечивала и защиту, и доходность, и достижение цели, которую человек поставил перед собой, приобретая страховой продукт. Именно поэтому сейчас страхование жизни не требует традиционной пуш-продажи в силу текущей обстановки. И здесь опять же важна финансовая грамотность, нужно людям показывать всю палитру финансовых инструментов.

> По структуре программа «Управляемый капитал» представляет собой классический ПИФ, но при этом сохраняет преимущества страхования жизни, которое сводит к минимуму юридические риски и снижает налоговую нагрузку на доход.

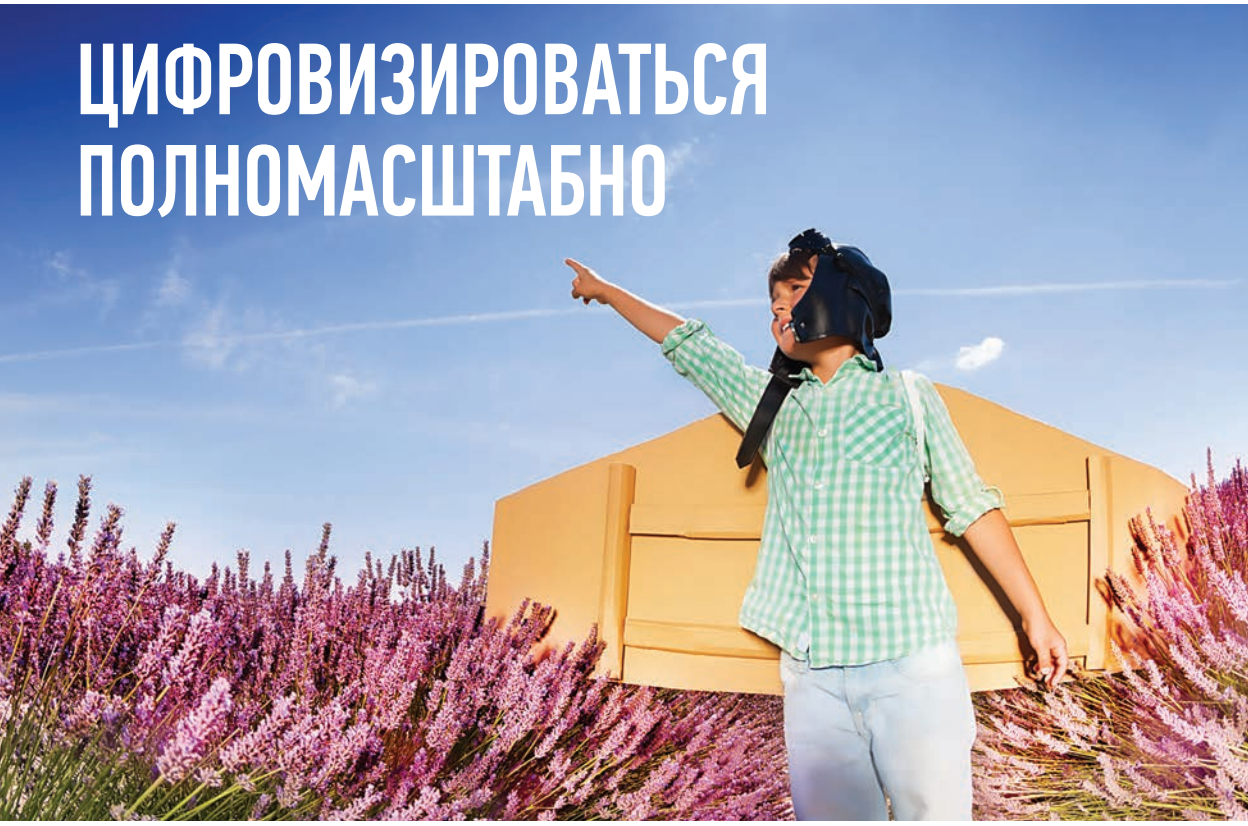
ССТ: Какие дополнительные сервисы могут появиться в страховании жизни?

А. Ж.: Считаю, было бы полезно дать страховщикам возможность не только осуществлять выплату деньгами, но и предоставлять услугу. Например, отец хочет накопить на образование своего ребенка. Он знает, сколько обучение стоит сейчас, но не знает, сколько оно будет стоить через 15 лет. Было бы полезно, чтобы страховщик жизни мог оплатить это обучение, когда наступит срок, тем самым хеджировав как риски жизни и здоровья страхователя, так и финансовые риски, связанные с изменением стоимости обучения. Такой подход позволил бы придать новую ценность потребительским свойствам долгосрочного страхования жизни.

Наша компания всегда ищет и продвигает нестандартные решения — конечно, при соблюдении всех норм регулирования. Руководство «СберСтрахования жизни» открыто к интересным предложениям от сотрудников и приветствует любые идеи. Мы — первая компания на рынке страхования жизни, и мы обязаны делать лучшие сервисы и лучшие продукты.

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

ЦИФРОВИЗИРОВАТЬСЯ ПОЛНОМАСШТАБНО



Для успеха цифровизации необходимо не просто оптимизировать и автоматизировать значимые процессы, но и поменять восприятие технологического развития компании со стороны бизнес-пользователей. Как этого удалось достичь в СК «Сбербанк страхование жизни», рассказывают Управляющий директор — начальник управления по взаимодействию с клиентами Дмитрий Горшков и IT-директор Владислав Набоков.

Современные страховые технологии: Какова роль цифровых технологий в работе компании?

Дмитрий Горшков: В 2021 году мы заключили миллионный договор накопительного страхования жизни. Мы первые на рынке страхования жизни по объемам сборов, но при этом я бы не сказал, что у нас много персонала — в компании сейчас работает менее 450 человек. У нас нет своих офисов, кроме одного, в Москве.

Основной задачей для нас было обеспечение возможности удаленного обслуживания клиентов по всей территории России. Для этого нам пришлось полномасштабно цифровизироваться. В противном случае

Дмитрий Горшков
Управляющий директор — начальник управления по взаимодействию с клиентами СК «Сбербанк страхование жизни»

Владислав Набоков
IT-директор СК «Сбербанк страхование жизни»

урегулирование убытков, учет и хранение договоров заняли бы непомерно большое время и стоили бы невероятно дорого.

Мы реализовали возможность заключения договоров страхования через мобильное приложение банка. Затем было цифровизировано постпродажное обслуживание договоров и урегулирование убытков. Но бумажный документооборот сохранялся: операция могла быть заявлена в цифровом формате, но обрабатывалась только тогда, когда приходили бумажные документы. Чтобы клиент получал сервис сразу, мы перешли на заявление-оферту с электронной цифровой подписью со стороны клиента.

Также в 2018 году мы перестали возить документы на тележках — внедрили электронный документооборот. После того как фронт перешел на цифровое взаимодействие с клиентом, нам нужно было обеспечить цифровой бэк.

Владислав Набоков: Мы реализовали решения, которые позволяют в автоматическом режиме получать, структурировать, типизировать и распознавать документы. Другое не менее важное направление — необходимость оперативно представлять клиентам информацию: как проходит рассмотрение документов, когда будет произведена страховая выплата и т. д.

Пару лет назад мы начали переход на микросервисную архитектуру. Она позволяет динамически управлять нагрузкой информационной системы. Это дает нам возможность обеспечивать расширение клиентской базы без роста численности персонала.

ССТ: Сложно ли было переучивать сотрудников для работы в новой цифровой среде?

Д. Г.: Когда работа ведется на бумажных носителях, велико влияние человеческого фактора и, как следствие, растет вероятность ошибок. При автоматизации и цифровизации человек уже не может отклониться в порядке проведения операции. Таким образом, увеличивается производительность персонала и снижаются требования к его квалификации.

Основной сложностью стало то, что у нас не было возможности остановить бизнес. Приходилось параллельно запускать новые продукты, реализовывать цифровые сер-

висы и осуществлять переход на микросервисную архитектуру.

В. Н.: Основной вызов заключался в том, что нужно было не просто перейти на новую технологию, но оптимизировать бизнес-процессы. Они должны быть структурированы, разбиты на элементарные операции. Это внедрение само по себе обычно встречает сопротивление у тех, кто привык работать в определенных условиях с диапазоном принятия решений. Цифровизация позволяет компании оптимизировать процессы, убирать вариативность, что, безусловно, приводит к повышению эффективности и предсказуемости результата.

ССТ: Какие результаты были достигнуты за счет цифровизации?

Д. Г.: Новые цифровые технологии позволили нам не увеличивать количество персонала при существенном росте портфеля и количества операций, наоборот — по сравнению с 2018 годом количество операционного персонала сократилось на 30 %, а по отдельным функциям на 50 %.

В. Н.: Цифровые каналы позволяют не просто оптимизировать операционную нагрузку, увеличить количество обрабатываемых операций, но и сократить время доставки информации до клиента. Это очень важно, когда клиент не ждет ответа от компании неделями и месяцами, а получает его практически немедленно.

Сегодня одна из приоритетных задач — получение данных от государственных цифровых сервисов. Мы активно взаимодействуем с госучреждениями для получения госданных. Например, при урегулировании риска трудоспособности это позволяет не требовать больничного листа от клиента — мы можем получать эти данные сами в ФСС. Также у нас есть доступ к электронному сервису ЗАГС — для установления фактов смерти и дожития.

Сейчас мы планируем реализовать сервис с нотариусами по наследным делам и продолжаем договариваться о получении медицинских данных клиентов в случае критических заболеваний, инвалидности и т. д.

ССТ: Находит ли у вас применение искусственный интеллект?

В. Н.: Элементы AI необходимы для типизации и распознавания документов. Раньше пакет документов, предоставленных клиентом, разбирал сотрудник вручную. Теперь это делает искусственный интеллект.

ССТ: Цифровизация требует стандартных процессов. Каким образом учитываются индивидуальные потребности клиентов при таких условиях?

В. Н.: Люди, безусловно, все разные, но вся наша индивидуальность стандартизируется. Это показал один наш продукт, ориентированный на рисковое страхование и реализованный в виде конструктора с набором разных рисков. Клиент может выбрать их все или только один. Тем не менее, продукт будет обработан с помощью цифровых технологий.

Д. Г.: Основная продающая сеть наших продуктов — это Сбер. Клиент, который не может или не хочет пользоваться цифровым мобильным приложением, может зайти в любое отделение банка. Там вместе с менеджером он сможет оформить необходимые договоры или подать документы на страховую выплату через цифровые каналы.

ССТ: Насколько безопасны цифровые технологии вашей компании?

Д. Г.: У нас очень высокие стандарты, заданные Сбербанком, где вопросам инфобезопасности и безопасности разработок уделяется особое внимания. Чтобы исключить потери любой информации, у нас организовано резервное копирование.

> Мы прошли пока 2/3 пути.
> Основная задача сейчас — это миграция исторических данных из отсканированных архивов в систему электронных образов.

У всех информационных систем в компании — высокая отказоустойчивость.

В. Н.: У нас разработано несколько систем электронного хранения архива: оперативный и исторический архив. Документы хранятся практически бесконечно. Конечно, это требует достаточно высоких затрат. Но в результате никаких потерь документов у нас обнаружено ни разу не было.

ССТ: Какие направления цифровизации будут развиваться в дальнейшем?

В. Н.: Я думаю, что мы прошли пока 2/3 пути. Основная задача сейчас — это миграция исторических данных из отсканированных архивов в систему электронных образов.

Фокус на этот и следующий год — сокращение сроков обработки клиентских заявлений. Также мы будем совершенствовать принятие решений с использованием искусственного интеллекта. Это тоже будет работать на оптимизацию нагрузки на операционный персонал, снижение сроков и повышение качества обслуживания.

ССТ: Интеграция с госсервисами — это общий тренд на страховом рынке?

Д. Г.: Такая возможность есть у любого страховщика, но ее не всегда просто осуществить. Задача нашей компании — максимально упростить жизнь клиента, сократить сроки выплаты. Это не всегда просто и быстро.

Помимо ЗАГС и ФСС, мы взаимодействуем с Почтой России — отправляем достаточно большое количество электронных писем. Они гораздо дешевле и быстрее, чем обычные заказные отправления, что позволяет экономить на накладных расходах. Это также решает вопрос, если у клиента нет подключения к сервису Госуслуг.

Рассуждая о непростом пути подключения к госсервисам, вспоминаю, что прежде чем мы получили доступ к информации ЗАГСов, наши юристы потратили больше года для того, чтобы вместе с профессиональным сообществом разработать соответствующие подзаконные акты.

«СберСтрахование жизни» отправляет Почте России письмо, подписанное цифровой электронной подписью. Если у клиента подключен сервис Госуслуг, Почта отправляет письмо страховщика через Госуслуги. Если клиент на Госуслугах не зарегистрирован, Почта письмо распечатывает и направляет клиенту в бумажном виде. Существенно сокращается время доставки, так как до отделения, которое доставит письмо на адрес клиенту, информации приходит в электронном виде.

ССТ: Как в результате сократилось время выплаты для ваших клиентов?

Д. Г.: Средний срок урегулирования убытков с изначально неполным комплектом предоставленных документов несколько лет назад мог составлять несколько месяцев. Сейчас он не превышает 20 календарных дней, с учетом получения необходимых документов. Наша цель до конца следующего года сократить этот срок до пяти рабочих дней.

Самая большая задача для нас — исключить для клиента необходимость сбора большого количества документов. В идеале он должен лишь написать заявление, а все документы мы сможем получить сами от соответствующих государственных структур в электронном виде.

ССТ: Что вызывает у вас наибольшую гордость в проделанной работе?

Д. Г.: Моя главная гордость — отказ от использования бумаги. У нас налажен электронный документооборот и серьезно повысилось качество данных.

В. Н.: Сегодня запуск новых процессов стал настолько интересен для бизнес-пользователей, что они сами стали обращаться к нам. Для меня это самая большая гордость — нам удалось поменять восприятие технологического развития компании. У нас получилась классная штука!

Юрий Воронин
Главный финансовый уполномоченный

КОМИССИЯ СЛЕДУЕТ СУДЬБЕ ПРЕМИИ

В ситуациях, когда нет единообразной судебной практики, именно позиция финомбудсмена может помочь сформировать подходы, которые будут поддержаны судами. Одним из таких примеров может стать практика рассмотрения финансовым уполномоченным требований о взыскании комиссии за «подключение» заемщика к программе страхования при отказе от такого страхования. О своей позиции по этому вопросу рассказал Главный финансовый уполномоченный Юрий Воронин.

Современные страховые технологии: Если кредитная организация предлагает клиенту застраховать свою жизнь и здоровье путем подключения к коллективному договору страхования, насколько правомерна такая схема?

Юрий Воронин: Заключение кредитного договора всегда сопровождается рисками как для заемщика, так и для кредитора. Одним из таких рисков является риск невозврата кредита в связи с проблемами со здоровьем заемщика или его смертью. Чтобы минимизировать такой риск, кредитор нередко предлагает заемщику одновременно с заключением кредитного договора заключить договор страхования. При этом достаточно часто кредитная организация предлагает включить заемщика в договор коллективного страхования. В этом договоре он будет застрахованным лицом, а сторонами самого договора страхования являются кредитная организация и страховщик. За «подключение» заемщика к программе коллективного страхования кредитная организация взимает с него плату, состоящую из платы за организацию страхования (комиссии), а также платы в счет возмещения расходов кредитной организации на страховую премию, перечисляемую страховщику.

В результате оказания такой услуги заемщик получает желаемую «подушку безопасности», но фактически платит за нее как кредитной организации, так и страховщику. И в результате это обходится заемщику неоправданно дорого.

ССТ: Почему?

Ю. В.: Во-первых, в случае отказа от договора страхования заемщик, по мнению кредитных организаций, не вправе рассчитывать на возврат комиссии. Банки полагают, что услуга по «подключению» заемщика к программе страхования считается оказанной в момент, когда сведения о включении заемщика в список застрахованных лиц переданы страховщику. А раз так, то в отличие от страховой премии, часть которой при определенных условиях подлежит возврату заемщику, комиссия возврату не подлежит.

Во-вторых, размер комиссии за «подключение» к программе страхования в ряде случаев в разы превышает размер страховой премии. С экономической точки зрения это вряд ли оправдано. Фактически банк, «подключая» заемщика к такой программе, всего лишь направляет страховщику информацию о необходимости включения заемщика в список застрахованных лиц, а при досрочном отказе от страхования — направляет информацию о необходимости исключения оттуда отказавшегося заемщика. Трудно представить, что такая услуга в действительности может стоить больше, чем само страхование.

ССТ: Возникали уже судебные споры по этим вопросам, и какова позиция судов?

Ю. В.: В судебной практике сложились три подхода к разрешению вопроса о возможности возврата комиссии за «подключение»

заемщика к программе коллективного страхования. Некоторые суды соглашаются с позицией кредитных организаций, исходя из того, что оказание услуги по «подключению» заемщика к программе коллективного страхования исчерпывается самим фактом такого «подключения». Как следствие, они отказывают в удовлетворении требования потребителя о взыскании части комиссии.

Другой подход заключается в том, что при досрочном отказе заемщика от договора страхования суды взыскивают с кредитных организаций комиссию за организацию страхования пропорционально сроку действия договора страхования. В обоснование данного подхода приводится следующий аргумент: отказ от услуги страхования делает уплаченную комиссию за «подключение» к несуществующей на будущее время услуге экономически бессмысленной для заемщика. Также часто приводится аргумент о том, что рассматриваемая услуга оказывается на протяжении действия договора страхования, поскольку ее суть сводится к обеспечению страхования заемщика лишь на протяжении срока действия такого договора.

Наконец, третий подход основан на том, что суды признают незаконным взимание комиссии за «подключение» к программе страхования, поскольку кредитная организация тем самым лишь выполняет обязанности, принятые на себя в рамках договора со страховой компанией. Суды указывают, что такая плата не является комиссией по операциям кредитной организации и не может взиматься банком с заемщика в силу статьи 29 Федерального закона от 02.12.1990 № 395-1 «О банках и банковской деятельности», а условие договора о взимании такой платы в соответствии со статьей 16 Закона о защите прав потребителей ущемляет права потребителя.

ССТ: Какую позицию разделяет финансовый уполномоченный?

Ю. В.: Проанализировав поступающие в Службу обращения, мы пришли к выводу, что обычный потребитель финансовых услуг не воспринимает услугу по «подключению» к программе страхования и услугу по страхованию как две разные услуги. Они представляются ему единым продуктом. Поэтому мы сформировали подходы к рассмотрению этой проблемы по принципу «комиссия следует судьбе премии».

Иной подход, по нашему мнению, вступает в противоречие с пунктом 3 статьи

> Если при досрочном отказе от договора страхования часть уплаченной по нему страховой премии подлежит возврату потребителю финансовых услуг, то требования потребителя о возврате комиссии подлежат удовлетворению в размере, пропорциональном неиспользованному периоду страхования.

1 ГК РФ, согласно которому при установлении, осуществлении и защите гражданских прав и при исполнении гражданских обязанностей участники гражданских правоотношений должны действовать добросовестно.

ССТ: Ваш подход не противоречит тем изменениям, которые сравнительно недавно были внесены в закон о потребительском кредите?

Ю. В.: Наоборот! Результатом этих изменений стало, среди прочего, наделение заемщика правом на возврат платы, внесенной в качестве комиссии за «подключение» к программе коллективного страхования, в случае его отказа от участия в программе страхования в течение «периода охлаждения». При этом вопрос о праве заемщика на возврат такой платы при отказе от договора страхования за пределами «периода охлаждения» напрямую остался неразрешенным.

На наш взгляд, распространение закрепленного данными изменениями подхода к возврату платы, внесенной в качестве комиссии за «подключение» к программе коллективного страхования, при отказе от такого договора в «период охлаждения», и на случай отказа заемщика от договора страхования за пределами «периода охлаждения» при полном досрочном погашении задолженности по кредиту соответствует целям принятия данной нормы.

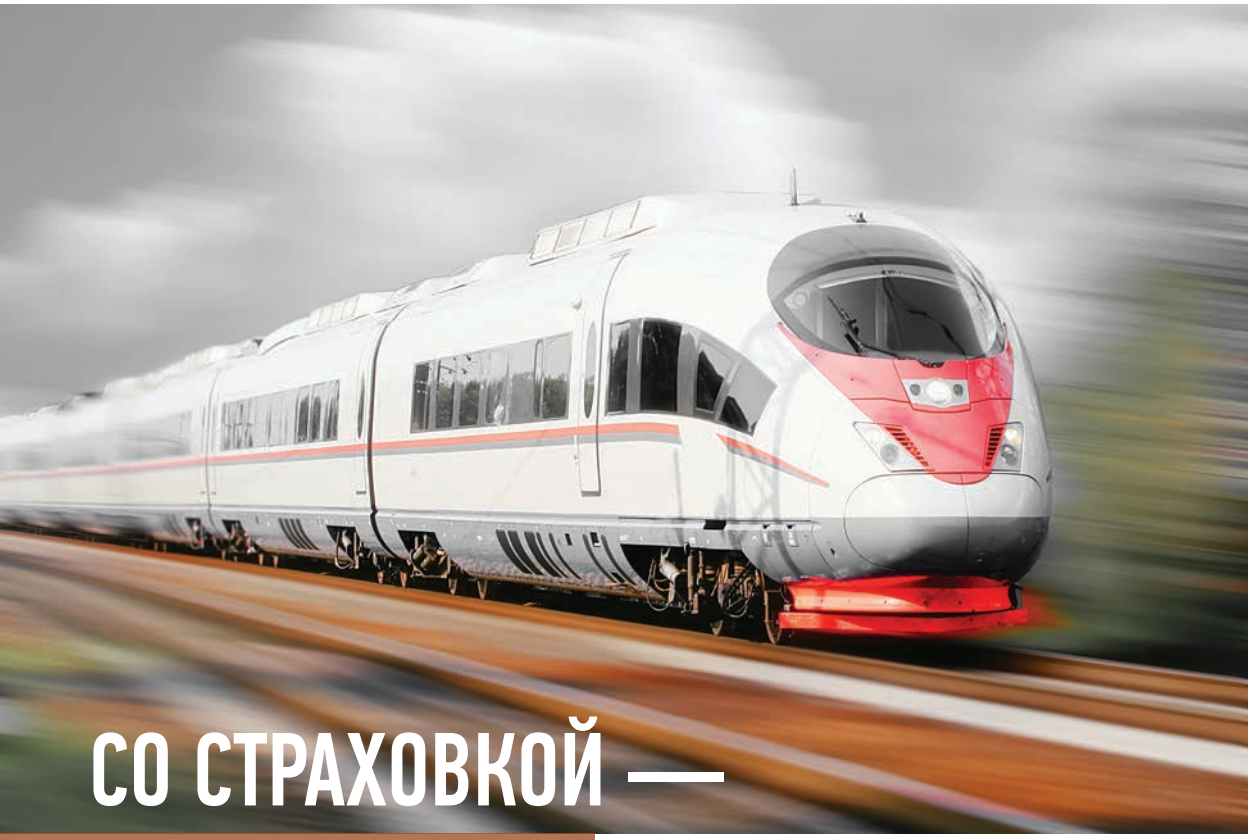
ССТ: Что происходит в случае, когда комиссия банка по условиям договора рассчитывается как совокупная плата за несколько периодов (например, месяцев) в составе общего срока договора страхования?

Ю. В.: Такая ситуация стоит особняком. В этом случае требования потребителя о возврате комиссии удовлетворяются финансовым уполномоченным вне зависимости от «судьбы» страховой премии в размере, пропорциональном неиспользованному периоду страхования.

Связано это с тем, что при таком подключении прямо согласовано условие о том, что право на получение комиссии во всех случаях возникает у кредитора (третьего лица, действующего в его интересах) только за периоды, в течение которых «действовало подключение».

Надеемся, что наши подходы будут поддержаны судами, и по рассматриваемому вопросу будет установлена единообразная правоприменительная практика.

Распространение закрепленного данными изменениями подхода к возврату платы, внесенной в качестве комиссии за «подключение» к программе коллективного страхования, при отказе от такого договора в «период охлаждения», и на случай отказа заемщика от договора страхования за пределами «периода охлаждения» при полном досрочном погашении задолженности по кредиту соответствует целям принятия данной нормы.



СО СТРАХОВКОЙ — ПО РОДНОЙ СТРАНЕ

В России уже сформировалась культура страхования при выезде за рубеж. И сейчас важно распространить ее на путешествующих по России. Заместитель директора филиала ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование Юлия Алчеева рассказывает, почему ОМС не может полностью заменить страхование туристов, и какой закон о туризме в ближайшее время появится в нашей стране.

Современные страховые технологии: В России организуются новые туристические кластеры, многие маршруты проходят по отдаленным и труднодоступным районам. Есть ли необходимость страхования таких туристов?

Юлия Алчеева: Страхование для путешествующих по России однозначно нужно. В туристический полис включены те риски, которые дополняют обязательное медицинское страхование.

ССТ: А как же социальная помощь государства, МЧС и т. д.?

Ю. А.: ЧС, чрезвычайная ситуация, требует официального объявления на региональном или федеральном уровне. Тогда МЧС получает приказ эвакуировать пострадавших и осуществляет ликвидацию последствий, подключается медицина катастроф.

Другое дело, когда речь идет о коммерческих восхождениях, сплавах, конных походах и прочих путешествиях, связанных с повышенным риском — это личные риски человека. МЧС организует эвакуацию, если вы зарегистрировали свой маршрут, но это не значит, что ваше восхождение будет признано зоной чрезвычайной ситуации. При этом часто привлекается коммерческая вертолетная компания.

К тому же у МЧС есть свои задачи и приоритеты, а тут возникает экстремальный случай с туристической группой. И что делать — пожар тушить или туристов эвакуировать? МЧС и Медицина катастроф Минздрава очень хорошо и успешно используют возможности страховщиков по ВЗР и хотели бы, чтобы число застрахованных стало больше. Такой подход уменьшит нагрузку на бюджет и позволит привлекать все больше коммерческих служб спасения и не отвлекаться от ЧС.

ССТ: Организаторы экскурсий обязаны оплатить расходы, связанные с ущербом для здоровья участников экскурсии?

Ю. А.: Организаторы экскурсии ничего не оплачивают. При этом по ОМС производится выезд скорой помощи, которая отвезет в больницу. Но если регион труднодоступен, то важно организовать и оплатить доставку пострадавших до кареты скорой помощи.

ССТ: Если говорить не о ЧС, а о более частых бытовых случаях: человек поехал отдыхать и попал в больницу — как помогает страхование?

Ю. А.: Конечно, все лечение покрывается ОМС, но неизбежно возникают дополнительные расходы. Человек пропускает свой обратный рейс на самолете или поезде. Компенсация стоимости билетов входит в страховку. Другой вариант — когда человек получает тяжелые травмы или заболевание, но может и хочет продолжить лечение в своем городе. Чтобы осуществить перевозку, часто требуется сопровождение медицинских работников, организация специального рейса или особого места для перевозки такого пациента (например, носилки на борту). Все эти затраты также оплачиваются за счет полиса страховой компанией.

Юлия Алчеева

Заместитель директора филиала ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование

Если у туриста перелом, и он лежит в гостинице, то ему нужно купить лекарства, средства фиксации и т. д. Эти расходы покроются туристической страховкой. Также возможен вызов в отель врача из коммерческой клиники — это может быть

Недавно страшная трагедия случилась на Камчатке: восемь человек погибли. Все они были застрахованы, страховщики оплачивают вертолет для транспортировки тел с горы и посмертную репатриацию. Не будь страховки, эти расходы легли бы на плечи родственников.

Когда произошла трагедия с детьми в Карелии, была объявлена чрезвычайная ситуация, но тела всех погибших родственники забирали за свой счет.

В нашей практике был случай, когда мы платили 260 тыс. рублей за вертолет, чтобы доставить сломавшего ногу участника пешеходной экскурсии на Камчатке до лечебного учреждения — спустить его с горы иным способом было невозможно.

Типичный случай из нашей практики: дедушка поехал с внуком на юг, там у него случился инфаркт, и он скончался. За счет страховой компании была произведена репатриация тела, а родителям ребенка оплатили билеты, чтобы они смогли приехать к сыну и забрать его домой.

быстрее и эффективнее, чем ждать визита местного участкового врача. То же относится и к коммерческой стоматологии.

ССТ: Страхование путешествующих по России и выезжающих за рубеж сильно различаются по цене?

Ю. А.: Полис страхования путешествующих по России существенно дешевле. У нас меньше рисков из-за того, что лечение покрывается программами ОМС.

ССТ: Какова динамика рынка страхования путешествующих по России?

Ю. А.: Популярность страхования путешествующих по России постепенно растет за счет двух факторов. Первый — это опыт туристов, которые много лет используют и ценят туристическое страхование выезжающих за рубеж. Путешествуя по России, они в обязательном порядке покупают страховку, в том числе и от невыезда.

Второй фактор — работа туроператоров. Сейчас среди них уже нет отрицания необходимости приобретения страхового полиса — и это тоже опыт применения ВЗР. Предложение страховок близко к 100 %, но человек, безусловно, может отказаться от такого страхования при покупке тура. Таким образом, сегодня порядка 60 % организованных туров включают страхование путешествующих.

Но пока остается неохваченной большая группа индивидуальных туристов. Они категорически не понимают, зачем для поездок по России нужно приобретать страховой полис. Сказывается еще и не налаженное информирование о необходимости такого страхования.

ССТ: Что вы делаете, чтобы расширить применение страхования при поездках по нашей стране?

Ю. А.: Сейчас мы ждем принятия нового большого комплексного закона о туризме. ВСС, в частности — члены рабочей группы комитета по ВЗР, договариваются с Ростуризмом о том, чтобы в него было включено требование о включении туристических страховок в любой организованный тур. В этом случае мы охватим все компании, которые занимаются организованным туризмом по России.

ССТ: Есть ли поддержка таких инициатив со стороны Ростуризма?

Ю. А.: Сейчас Ростуризм наши инициативы поддерживает, хотя сначала они не очень понимали, зачем нужно страховаться при путешествии по России. Но нашей рабочей группой было организовано много встреч, сформирована концепция страхования путешествующих при написании нового закона. Ростуризм делал параллельные запросы в Минздрав, в Роспотребнадзор, другие смежные ведомства. Там также не всегда было понимание, скорее всего потому, что страховка путешествующих по России расценивалась как полный аналог ОМС. О прочих рисках пришлось много рассказывать.

ССТ: Когда ожидается новый закон о туризме?

Ю. А.: Надеемся, что этой осенью он пройдет первое чтение. Но сколько времени займут его последующие корректировки во втором и третьем чтении, сейчас сказать сложно. Это очень большой, фундаментальный, совершенно новый закон, призванный упорядочить деятельность туристической отрасли по всем направлениям.

Требование о наличии страховой защиты будет стандартом для организованных туристов. В новом законе будет расширено само понимание турпродукта, в том числе — организация индивидуальных поездок, экстремальных маршрутов, маршрутов в труднодоступные области. Подразумевается, что и типов туроператоров будет больше, и требования будут более четкими.

ВСС активно участвует в рабочей группе, которая создана в Совете Федерации при Комитете по туризму. Сначала мы планируем охватить группы детского отдыха, затем экстремальные и спортивные туры, далее — расширить программы страхования на организованных туристов. Так постепенно мы дойдем и до охвата индивидуалов.

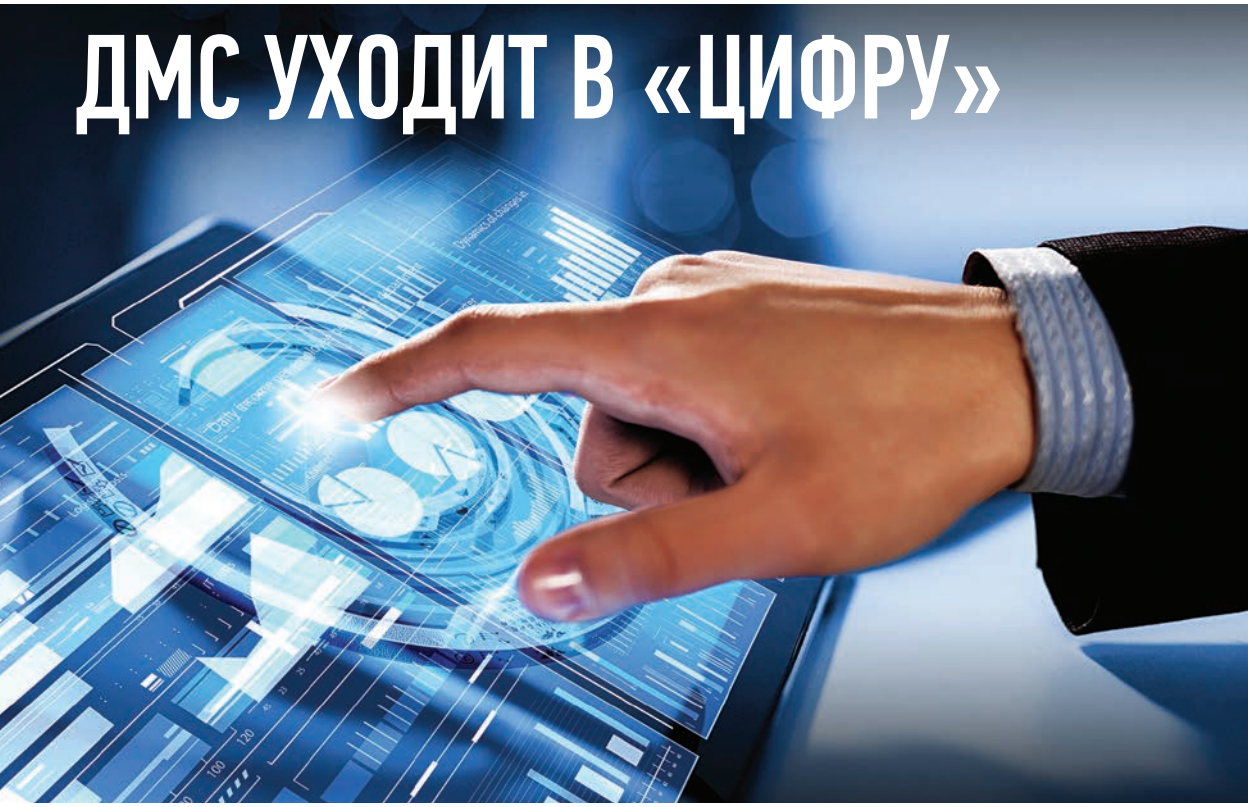
И МЧС, и Минздрав в проведении этой работы очень заинтересованы, ведь страхование позволяет не отвлекать большие бюджетные ресурсы на эвакуацию пострадавших туристов.

Полис путешествующих за рубеж на 100 тыс. евро стоит 3,5 евро в сутки. Полис по России со страховой суммой в 1 млн рублей мы предлагаем за 40 рублей в сутки.

В России существует более 350 горнолыжных комплексов, из них только на 75 организован надлежащий доступ спасателей к трассам.

В Кабардино-Балкарии альпинист сломал ногу на высоте 3000 м. МЧС задействовала частную вертолетную компанию, и человека эвакуировали очень быстро и максимально комфортно. Эвакуация стоила 650 тыс. рублей, которые оплатила страховая компания.

ДМС УХОДИТ В «ЦИФРУ»



В Страховом Доме ВСК с июля 2022 года работает цифровая клиника, которая позволяет за счет сочетания методов классической и телемедицины значительно удешевлять ДМС при одновременном повышении качества услуг. Сегодня главная задача — максимально сэкономить время пациентов на выздоровление, считает заместитель генерального директора по медицинскому страхованию — руководитель блока «Медицина» Страхового Дома ВСК Олег Витько.

Современные страховые технологии: Как возникла идея цифровой клиники?

Олег Витько: Когда мы проводили опрос наших застрахованных лиц по удовлетворенности предоставляемым в ДМС сервисом, то наиболее частые жалобы были связаны с физической доступностью услуг: нужно ехать через всю Москву в какую-то клинику, несколько раз звонить в страховую компанию, чтобы записаться к врачу, если назначение врача вызывает сомнения, то не с кем проконсультироваться и т. п.

Очевидно, что с такими проблемами сталкиваются не только клиенты нашей компании — они присущи страховому рынку ДМС в целом. Мы начали думать, что можно сделать, чтобы страховщик перестал восприниматься как странный посредник между пациентом и врачом.

Так родилась концепция цифровой клиники — когда пациент обращается к страховой компании как к медицинскому советнику, который учитывает индивидуальный запрос и состояние здоровья пациента. Прежде всего, он определяет оптимальный путь лечения, рекомендует клиники или врачей, работает с лечебной базой страховой компании.

ССТ: Для определения оптимального пути лечения необходима диагностика. Предусматривается хотя бы первичный визит пациента к врачу?

О. В.: Диагностика стартует с момента вашего обращения к нам. Например, вы находитесь дома, и у вас поднялась температура. Возможно, вам просто нужен больничный или консультация по лекарственным препаратам. Когда не обязателен именно визит врача, мы предлагаем консультацию по телемедицине. В нашем сервисе телемедицины работают наши врачи, мы проводим их отбор и обучение. Они дают рекомендации по диагностике и плану выздоровления.

Важно, чтобы клиентский путь был непрерывным. В мобильном приложении у нас есть несколько способов коммуникации: можно позвонить либо написать в чат. Задача сотрудника нашей компании — не просто принять звонок и организовать лечение, но вникнуть, в чем проблемы со здоровьем человека.

ССТ: А по старинке сначала поехать к врачу ваши клиенты уже не могут?

О. В.: У них остается выбор, но мы всегда предлагаем использовать наше мобильное приложение. На этапе заключения договора страхования с корпоративным клиентом мы проводим очень подробные консультации для сотрудников организации, и преимущества сервисов «цифровой клиники» для них очевидны. Зачастую получение консультации онлайн — более быстрый путь, чем запись к специалисту в клинику.

Если мы видим, что необходимо осмотреть пациента очно и сдать анализ крови, мы организуем вызов врача на дом. Он вас осмотрит, откроет больничный лист, сделает забор анализов (хотя, конечно, вы можете сами сдать кровь в ближайшей лаборатории, если это удобнее). По результатам анализов доктор еще раз связывается с вами и назначает лечение. Через 3–7 дней, когда вы выздоравливаете, врач опять придет к вам закрыть больничный.

Олег Витько

Заместитель генерального директора по медицинскому страхованию – руководитель блока «Медицина» Страхового Дома ВСК

ССТ: Как выглядит экономика такого сервиса?

О. В.: Когда врач приходит для закрытия больничного на дом, для страховой компании это дешевле, чем направлять пациента в поликлинику с этой же целью. Кроме того, это очень удобно пациенту, так как экономит массу времени. Но наша задача — не столько сэкономить, сколько не допустить пациента в бестолковый круговорот

лишних обследований, который, к сожалению, возникает порой в коммерческих клиниках.

ССТ: Для человека важно, чтобы его вел один специалист, которому он доверяет. Возможно ли это в телемедицине?

О. В.: Так как телемедицина — это не подрядная служба, а сотрудники нашей компании, пациент будет общаться именно со своим врачом. Это очень похоже на работу участкового или врача общей практики. Если же заболевание требует вмешательства узких специалистов или направления в стационар, то это тоже будет обеспечено. Мы также контролируем лаборатории и клиники, куда будет направлен пациент в случае необходимости, то есть полностью клиентский путь.

ССТ: Есть ли у пациента возможность услышать второе независимое мнение?

О. В.: Это одна из задач врача телемедицины и один из частых запросов к нам в компанию от наших клиентов.

ССТ: Когда цифровая клиника начала работать?

О. В.: Полноценно, со всем функционалом, цифровая клиника начала работать в июле этого года. В первую очередь мы начали продвигать наш новый продукт для клиентов в Москве и Санкт-Петербурге. Потом распространили его действие на регионы. Единственное отличие — в регионах на дом к пациентам выезжают не наши врачи, а сотрудники партнерских клиник.

ССТ: Довольны ли новым сервисом пациенты?

О. В.: Сегодня каждый 10-й обратившийся к нам клиент выбирает переход на телемедицину — это очень серьезный показатель. Индекс удовлетворенности также очень высокий — 4,9 по 5-балльной шкале. Я считаю, что мы попали в «яблочко» как с точки зрения востребованности такого сервиса, так и с точки зрения качества оказываемой услуги.

Для работодателей, которые часто включают ДМС в соцпакет, также важна удовлетворенность сотрудников полученным сервисом. В последнее время особое значение приобретает не только физическое здоровье работника, но и его психологическое состояние. Поэтому мы в телемедицину включили возможность обращения к психологу. И сейчас в разы увеличилась потребность в психологических консультациях на абсолютно разные темы. Для большинства наших клиентов эти консультации бесплатны в онлайн-режиме. Это может быть разовая консультация или цикл занятий. А до конца октября будем предоставлять бесплатные консультации психологов не только застрахованным, но и членам их семей.

Оказывать такую поддержку — в наших интересах, ведь большое количество заболеваний являются сегодня психосоматическими.

ССТ: Какие еще инструменты помогают предотвращать серьезные заболевания?

О. В.: В сервисы цифровой клиники включены программы заботы о здоровье. Они помогают вырабатывать у наших клиентов постоянные навыки заботы о своем здоровье. Мы организуем вебинары, которые проводят профессиональные психологи,

Концепция цифровой клиники — когда пациент обращается к страховой компании как к медицинскому советнику, который учитывает индивидуальный запрос и состояние здоровья пациента. Прежде всего, он определяет оптимальный путь лечения, рекомендует клиники или врачей, работает с лечебной базой страховой компании.

Сегодня каждый 10-й обратившийся к нам клиент выбирает переход на телемедицину — это очень серьезный показатель.

Индекс удовлетворенности также очень высокий — 4,9 по 5-балльной шкале.

диетологи, специалисты по здоровому образу жизни. Мы получаем очень хорошие отклики.

Цифровая клиника, кроме того, достаточно быстро и четко собирает обезличенную информацию для работодателя по причинам обращений сотрудников за медицинской помощью, по срокам оказания помощи по тому или иному заболеванию. Мы можем сравнивать, сколько в среднем длится нетрудоспособность при обычной программе лечения и сколько — при использовании сервисов цифровой клиники. Уже очевидна экономия затрат страхователей, что позволяет не увеличивать бюджет добровольного медицинского страхования, мы также видим значительное увеличение скорости оказания помощи пациентам.

Несмотря на то, что мы запустили проект только в июле этого года, мы уже видим, что сроки отсутствия на рабочем месте по причине заболевания по различным нозологиям снизились в среднем на 15 %. Стоимость лечения, в зависимости от нозологии, также снизилась на 10–25 %. Снижение стоимости и сокращение сроков происходят за счет того, что мы не направляем пациента по традиционному клиентскому пути, когда он должен несколько раз приходить в поликлинику за назначениями и результатами анализов.

ССТ: Как проект будет развиваться дальше?

О. В.: Мы с оптимизмом смотрим на развитие этого проекта. Наша задача — его масштабировать. Это дает возможность компаниям, которые бережливо относятся к своему бюджету, или небольшим компаниям с ограниченными средствами получать корпоративный ДМС по доступной цене. Так как мы не тратим денег на первичные обращения, то снижается общая стоимость наших программ.

На базе цифровой клиники у нас появились новые продукты, такие как ДМС Light. Основой этого продукта является обращение именно через цифровой канал. Несмотря на то, что стоимость такой программы для нас ниже и она дешевле для наших клиентов, качество оказанной пациентам помощи возрастает. Мы считаем это направление одним из будущих трендов.

ОЦЕНКА РИСКОВ В СУДОСТРОЕНИИ

В первом десятилетии XXI века судостроительная промышленность пережила бум, который продолжался и после начала мирового финансового кризиса. Изменения в мировой экономике сыграли свою роль не только в определении количества и типа судов, но и региональном распределении мощностей мировой судостроительной индустрии. Если в первой половине XX века большая часть мирового торгового тоннажа была построена в Европе и США, то центр мирового судостроения начал смещаться в Японию в 1960-х годах, перейдя в Корею в следующем десятилетии, и, наконец, в Китай, который стал ведущим судостроителем в мире.

Значительно возрос тоннаж, сложности и страховая стоимость судов.

На ранних этапах этого бума, в 2002–2004 годах, страховой рынок пострадал от череды внушительных убытков на общую сумму около 740 млн долл. США, в то время как общий глобальный сбор премии по этой линии бизнеса оценивался на сумму около 140 млн долл. США. Масштабные изменения в судостроительной индустрии и значительные суммы убытков потребовали организации системной и качественной работы по оценке рисков.

В 2003 году Объединенный комитет страховщиков каско судов (Joint Hull Committee) рекомендовал обновить подход к оценке рисков, результатом чего стало создание формы JH 143, сюрвейерского отчета по рискам верфи. Этот инстру-

мент обеспечивает структурированный, общепринятый подход к оценке рисков судостроения и позволяет андеррайтеру получить весь спектр информации о верфи, на которой он планирует застраховать какой-либо проект. В настоящее время сюрвей по форме JH 143 широко применяется при страховании и перестраховании рисков судостроения не только в Лондоне, но и на других страховых рынках.

Основным риском в судостроительной индустрии является пожарный риск, поэтому его оценка является основной задачей сюрвейера. Также важной задачей при оценке рисков верфи и/или проекта являются обзор и оценка фактического осуществления управления безопасностью, обеспечением качества и системы контроля качества, анализ производственных процессов и процедур верфи.

Дмитрий Совков

Начальник отдела транспортной экспертизы ИЦ АО РНПК

ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ

Судостроительные предприятия расположены на берегах морей, рек и других водоемов в непосредственной близости от уреза воды. Поэтому значительную часть рисков представляют собой риски затопления территории, воздействия штормовых волн и ураганных ветров.

Затопление территории может произойти в результате наводнений, вызванных подъемом воды в реках по различным причинам. Такими причинами могут быть комплексные взаимодействия метеорологических и гидрологических процессов при прохождении циклонов с преобладанием западных ветров (река Нева), заторы и зажоры льда, повышения уровня воды в результате таяния снегов.

На побережьях морей и океанов существует риск затопления значительных территорий и разрушения береговой инфраструктуры в результате воздействия цунами. Воздействие ураганных ветров, штормовых волн и низких температур может являться причиной повреждения оборудования верфи и судов, находящихся у достроечной набережной. Удары молний могут стать причиной возгораний, поэтому необходим анализа состояния систем молниезащиты верфи.

Расположение судостроительных предприятий в зонах повышенной сейсмической активности влечет за собой дополнительные риски, связанные с воздействием землетрясений на суда в постройке, находящиеся на твердом основании, и оборудование предприятия. Подземные толчки могут вызвать потерю устойчивости заказов на стапелях, разрушение производственных зданий и складов, падение подъемных кранов.

Дополнительными источниками рисков являются расположенные в непосредственной близости от судостроительных предприятий хранилища нефтепродуктов, атомные и тепловые электростанции, производства, в технологическом цикле которых используются горючие жидко-

СЮРВЕЙ ПО ФОРМЕ JH 143 ВКЛЮЧАЕТ, КАК МИНИМУМ, АНАЛИЗ И ОЦЕНКУ РИСКОВ В СЛЕДУЮЩИХ ОБЛАСТЯХ

1. Географические и экологические риски
2. Общее состояние верфи
3. Производственные процессы и процедуры
4. Обеспечение качества/Контроль качества производственного процесса
5. Чистота и порядок на предприятии
6. Взаимодействие с субподрядчиками
7. Система допуска к опасным работам
8. План реагирования на чрезвычайные ситуации
9. Возможность верфи по борьбе с пожарами
10. Оборудование верфи
11. Мониторинг состояния атмосферы и контроль использования промышленных газов
12. Спуск судна на воду и ходовые испытания
13. Охрана труда и безопасность
14. Охрана территории
15. История аварийных происшествий

сти, газы или другие опасные вещества. В процессе сюрвея производится оценка риска возникновения техногенных аварий, пожаров, выбросов опасных веществ в непосредственной близости от территории предприятия.

Основным источником экологических рисков на судостроительных предприятиях является разлив нефтепродуктов. Источником загрязнения окружающей среды вредными веществами, в первую очередь тяжелыми металлами, являются гальванические производства, входящие в состав ряда судостроительных предприятий. Также негативное воздействие на окружающую среду оказывает карбид кальция, применяемый для получения ацетилена.

В процессе производства на верфях образуется большое количество мусора, характеризующегося высоким содержанием отходов пластика, технических масел, резины, эпоксидных смол и лакокрасочных материалов.

Загрязнение окружающей среды возможно в результате как техногенных аварий, так и воздействия экстремальных природных явлений, поэтому необходим комплексный анализ географических и экологические рисков.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ВЕРФИ

Оценивается общее состояние объектов на территории судостроительного предприятия — производственных и складских зданий, дорожной сети, коммуникаций. Производится осмотр доков, стапелей, причалов и других гидротехнических сооружений.

Оценивается физический износ объектов предприятия. Производится сбор информации о текущем ремонте, планируемых мерах по реконструкции существующих и возведении новых объектов. Также сюрвейер анализирует уровень пожарного риска на инфраструктурных объектах верфи.

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ И ПРОЦЕДУРЫ

Для оценки рисков, связанных с производственными процессами и процедурами, сюрвейер изучает особенности производственно-технической базы предприятия и технологию постройки заказов.

Особое внимание уделяется технологическим процессам, связанным с повышенным пожарным риском, а также риском повреждения оборудования судов в постройке. Изучаются схемы и технические характеристики систем электроснабжения, водоснабжения, отопления, водоотведения критически важных для функционирования верфи. Производится анализ принятой на предприятии системы хранения и учета материальных ресурсов.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПРОЦЕССА

Основным критерием, характеризующим эффективность управления качеством на предприятии, является наличие действующей Системы менеджмента качества (СМК). СМК определяет концепцию управления качеством и объединяет в себе организационную структуру, структуру документации и информационную структуру, а также процессы, влияющие на качество. Важным фактором, влияющим на оценку рисков, является наличие в СМК предприятия процедур по внедрению и документированию процесса управления рисками. Должны быть выделены главные наиболее значимые риски или группы рисков, определены, какие из них нужно снижать до приемлемого уровня в рамках достижения основной задачи повышения качества производимой продукции.

Сюрвейер анализирует структуру и техническую оснащенность подразделений предприятия, осуществляющих технический контроль, проверяет наличие действующих сертификатов в сфере контроля качества продукции.

ЧИСТОТА И ПОРЯДОК НА ПРЕДПРИЯТИИ

Важным критерием, характеризующим уровень культуры безопасности на предприятиях судостроительной индустрии, является чистота и порядок на территории предприятия и на строящихся заказах.

В процессе постройки судов образуется большое количество горючего мусора, поэтому необходима четкая организация вывоза и утилизации отходов производства. Наличие большого количества мусора на территории, загромождение проходов между зданиями и эвакуационных выходов, блокирование доступа к первичным средствам пожаротушения являются факторами повышенного риска.

Залогом обеспечения противопожарного режима является эффективная политика руководства предприятия в отношении курения на территории и заказах в постройке. Необходимо получить представление о правилах и инструкциях в отношении курения и административных мерах, применяемых к нарушителям руководством верфи. В процессе сюрвея уделяется особое внимание фактам курения вне специально отведенных мест на территории верфи и на борту строящихся заказов.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С СУБПОДРЯДЧИКАМИ

Современное судостроение характеризуется значительной вовлеченностью субподрядчиков. Зачастую 50–70 % работ на строящемся судне выполняется персоналом субподрядных организаций, которые не подчиняются напрямую руководству верфи. Регулярно отмечаются низкий уровень культуры безопасности, факты несоблюдения инструкций предприятия, небрежное отношение к противопожарному и спасательному оборудованию. Отсутствие надлежащего контроля со стороны администрации за деятельностью работников субподрядных организаций является фактором повышенного риска.

ПЛАН РЕАГИРОВАНИЯ НА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ НА СУДОСТРОИТЕЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Планы разрабатываются по методикам МЧС России и являются ценным источником информации для оценки рисков.

- План действий по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.
- План по предупреждению и ликвидации разливов нефти и нефтепродуктов.

В процессе сюрвея изучается типовой договор с субподрядчиком, порядок проведения инструктажей по технике безопасности, делаются выводы об эффективности контроля за соблюдением правил проведения опасных работ со стороны администрации верфи.

СИСТЕМА ДОПУСКА К ОПАСНЫМ РАБОТАМ

Судостроение является одной из наиболее опасных отраслей промышленности. Большой объем огневых работ, использование легковоспламеняющихся жидкостей и газов, работы на высоте, за бортом и в замкнутых пространствах. Особую опасность представляют образующиеся в процессе работ взрывоопасная пыль и пары легковоспламеняющихся жидкостей.

Способом предотвращения аварийных ситуаций и снижения рисков является внедрение системы допуска к опасным работам. Основным документом тут является «Наряд-допуск», в котором указывается, какие виды работ, в каком месте, в какое время и какими ответственными исполнителями должны быть проведены. Также в документе должна содержаться информация о требованиях к безопасности, пройденных сотрудниками инструктажах, применяемых защитных средствах, оборудовании рабочего места.

Лица, которые выдают наряды-допуски, определяют необходимость проведения работ и возможность их безопасного выполнения. Именно они отвечают за правильность и полноту указываемых в наряде-допуске мероприятий по безопасности, поэтому должны назначаться приказами по организации и в обязательном порядке пройти проверку знаний по охране труда.

В процессе сюрвея изучается система допуска к опасным работам, внедренная на предприятии. Сюрвейер проводит опрос исполнителей опасных работ, проверяет наличие «Нарядов-допусков» и соответствие фактических условий проведения работ требованиям безопасности.

ВОЗМОЖНОСТЬ ВЕРФИ ПО БОРЬБЕ С ПОЖАРАМИ

На каждом судостроительном предприятии имеются различные органы управления, а также совокупность сил и средств, предназначенных для организации преду-

преждения и тушения пожаров, проведения спасательных работ. В них могут входить объектовые ПСЧ, добровольные противопожарные формирования, штатные пожарные инспекторы предприятия, различные подрядные организации.

В процессе оценки рисков анализируется штатная укомплектованность противопожарных формирований верфи, регулярность проведения учений, наличие и состояние технических средств и планов борьбы с пожарами. Также изучаются варианты взаимодействия с ближайшими подразделениями Федеральной противопожарной службы (ресурсы, расчетное время прибытия по вызову, оперативные планы тушения пожаров и т. д.).

ОБОРУДОВАНИЕ ВЕРФИ

В рамках оценки рисков судостроения проводится анализ оснащенности предприятия необходимым технологическим оборудованием, степени его физического износа и перспектив модернизации. Особое внимание уделяется проверкам грузоподъемного и судоподъемного оборудования, изучаются действующие предписания Ростехнадзора и порядок их выполнения.

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ АТМОСФЕРЫ И КОНТРОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГАЗОВ

Особенностями судостроительной индустрии являются широкое использование промышленных газов, а также значительный объем работ в замкнутых помещениях, где возможно скопление взрывоопасных и ядовитых паров. Поэтому эффективный мониторинг атмосферы на объектах верфи и строящихся судах является важнейшим фактором снижения рисков.

Все объекты на территории верфи, связанные с оборотом технических газов, являются объектами повышенной опасности. В процессе сюрвея изучается система поставки на предприятие и подачи промышленных газов в цеха и на заказы, состояние газовых станций, организация транспортировки и хранения баллонов с техническими газами, состояние трубопроводов и газоразборных постов.

ОХРАНА ТРУДА И БЕЗОПАСНОСТЬ НА ТЕРРИТОРИИ ПРЕДПРИЯТИЯ, МИНИМИЗАЦИЯ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

Обеспечение безопасного использования оборудования и его утилизация при выходе из строя

Создание максимально безопасных технологических процессов и условий эксплуатации зданий и сооружений на территории предприятия

Создание санитарно-эпидемиологических условий в соответствии с нормативными документами; обеспечение оптимального режима труда и отдыха

Обеспечение персонала индивидуальными средствами защиты (СИЗ)

СПУСК СУДНА НА ВОДУ И ХОДОВЫЕ ИСПЫТАНИЯ

На судостроительных верфях применяются разные способы спуска заказов на воду (передаточные доки, наливные док-камеры, наклонные стапели, слипы и т. д.). Сюрвейер изучает действующие на верфи процедуры спуска на воду и возможные риски.

В процессе ходовых испытаний возможны навигационные и технические аварии и, как следствие, серьезные повреждения (гибель) заказа. Необходимо оценить риски, характерные для акватории проведения ходовых испытаний, а также меры, применяемые для обеспечения безопасности при возможных отказах оборудования.

ОХРАНА ТРУДА И БЕЗОПАСНОСТЬ

Эффективная организация системы управления охраной труда снижает производственные риски и решает задачи по минимизации количества несчастных случаев на производстве. В рамках общей оценки рисков производится анализ фактических условий труда на предприятии, работы администрации по обеспечению безопасности и статистики несчастных случаев на производстве

ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ

Сюрвейер анализирует эффективность охранных мероприятий, а также меры по обеспечению контроля доступа на территорию предприятия и строящиеся суда. Изучается тип и оснащение ограждения периметра, наличие охранной сигнализации и видеонаблюдения, системы контроля и управления доступом, а также организация охранной службы.

Перед началом осмотра сюрвейер встречается с представителями руководства и специалистами верфи для сбора информации в каждой из вышеуказанных областей. Затем проводится тщательное физическое обследование объекта и анализ предоставленной руководством предприятия документации.

По результатам сюрвея каждой из областей присваивается буквенная оценка (A, B, C, D, E). Затем оценки суммируются и определяется общая оценка, характеризующая состояние объекта и уровень рисков.

Буквенная оценка позволяет андеррайтеру получить представление о существующем уровне риска и определить конкретные действия, необходимые для его снижения.

При наличии выявленных нарушений, сюрвейер составляет список рекомендаций, которые необходимо выполнить для снижения рисков до приемлемого уровня, и назначает срок их исполнения. Для контроля выполнения рекомендаций может назначаться повторный сюрвей, также рассматриваются документальные подтверждения и фотоотчеты. Сюрвей по форме JH 143, является не только инструментом андеррайтера для оценки рисков судостроения, но и помогает

руководству судостроительных предприятий выявить «уязвимые места» в сфере управления производственными процессами и обеспечения приемлемого уровня промышленной безопасности. От результатов сюрвея напрямую зависят условия страхования судов в постройке и объектов на территории верфей. Регулярные сюрвейерские осмотры верфей, выставление рекомендаций и контроль за их исполнением являются мощным фактором, стимулирующим судостроителей к работе по управлению рисками и внедрению культуры безопасности на производстве.

ФОРМА ОЦЕНКИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТА И УРОВЕНЬ РИСКОВ

	СОСТОЯНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
A	ОТЛИЧНОЕ («как новое»)	Не требует улучшения. Исключительно низкий уровень риска	Не требуются
B	ХОРОШЕЕ	Внедрено и практикуется активное управление рисками. Руководство предприятия осуществляет эффективный контроль производственного процесса в тесном взаимодействии с персоналом. Внедрены инновационные процедуры. Не выявлены типичные для данной индустрии факторы повышенного риска.	Не требуются
C	УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ	Стандартная оценка предприятия, характеризующая средний уровень риска	Возможны рекомендации по улучшению качества риска
D	НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ во время сюрвея	Приемлемое состояние для короткого промежутка времени при условии осуществления согласованного исправления выявленных недостатков	Выставляются рекомендации по улучшению на период времени, не превышающий четверть оставшегося периода страхования. При устранении выявленных факторов повышенного риска, оценка может быть изменена на C
E	ПЛОХОЕ	Присутствует уровень риска, который считается неприемлемым	Выставляются рекомендации для немедленного устранения выявленных факторов повышенного риска

Сергей Ефремов
Вице-президент ВСС

ПРОТИВ МОШЕННИКОВ ПОМОЖЕТ ОБЩИЙ ОПЫТ

Динамика мошенничества в последнее время не меняется, но мошенники все время изобретают новые способы нажиться на гражданах и страховых компаниях. В этой ситуации очень важно использовать весь накопленный страховщиками опыт и применять все доступные средства доказательства злого умысла. Как сегодня обстоят дела по борьбе с мошенничеством в разных регионах, рассказал вице-президент ВСС Сергей Ефремов.

Современные страховые технологии: В связи с дефицитом автозапчастей многие опасаются всплеска угонов. Подтверждаются ли эти опасения?

Сергей Ефремов: Мы анализируем ситуацию в течение года и на сегодняшний момент не видим, что количество угонов как-то растет. По итогам августа было выявлено даже некоторое снижение количества угонов по сравнению со вторым кварталом. И это процесс закономерный.

У угона обычно две цели — под заказ и под разборку. Дорогие автомобили европейских марок угоняли под заказ в Европу через Белоруссию, Прибалтику, Украину. Этот путь теперь закрыт. По границам с Казахстаном и Таджикистаном тоже сейчас ограничено движение транспорта в связи со спецоперацией. Соответственно, угонять машины просто некуда.

Важным фактором стало и то, что правоохранительные органы научились эти угоны достаточно оперативно и эффективно выявлять. Появилось большое количество видеокамер на дорогах, системы «Безопасный город», «Поток» и «Паутина», которые выявляют угнанные автомобили в городском потоке транспорта. Случаи коррупции, когда в схемах угона были замешаны сотрудники ГИБДД, за счет усиления внутреннего контроля практически невозможны. Перебитые VIN-номера в базах ГИБДД тоже научились быстро выявлять, поэтому угнанные машины в большей своей части находятся.

Что касается угонов под разборку, то и тут все не так однозначно. Ремонт автомобилей происходит по каско и ОСАГО. Если не удается своевременно найти новую запчасть, то сейчас ее пытаются по возможности восстановить, отремонтировать. Мы возвращаемся к массовому ремонту, как в 1990-х. Для клиента лучше идти по такому пути, чем покупать «левую» запчасть и нарываться на неприятности. С другой стороны, хоть сроки логистики в поставках запчастей нарушились, нельзя сказать, что деталей совсем нет. Есть и российские

аналоги. Учитывая все эти резоны, тенденция к росту угонов пока не прослеживается.

ССТ: Какие виды мошенничества выявляются сейчас на рынке?

С. Е.: Мошенничества, которые сейчас наиболее заметны, в основном связаны с автоподставами и инсценировкой ДТП. Они отличаются от тех форм мошенничества, которые были даже в прошлом году. Если раньше у нас были фальсификации повреждений (переставляли бамперы и т. п.), то сейчас, как правило, мошенник идет на реальное ДТП, на подставу или имитацию ДТП.

Подставные ДТП доказывать очень сложно. Сейчас есть два основных способа действий мошенников. Первый — это столкновение на неравнозначных перекрестках, особенно часто — на кольцевом движении. Вторая схема — движение задним ходом, когда старый грузовичок начинает сдавать назад и бьет дорогостоящую иномарку. Причем удар приходится на то место, которое можно легко отремонтировать либо оно уже ранее было повреждено. Такие варианты мошенничества,

***Автоподстава** — умышленное (намеренное) совершение столкновения транспортных средств, может также характеризоваться как умышленное повреждение чужого имущества — автомобиля.*
Возможна ситуация, когда один из участников (злоумышленник), двигаясь с соблюдением правил дорожного движения и обладающий преимуществом в момент движения на определенном участке дороги (перекрестки неравнозначных дорог, участки дороги с кольцевым движением и т. д.), намеренно не принимает возможных мер к остановке и (или) снижению скорости, подставляя свой автомобиль под удар другой машины, для дальнейшего получения выплаты за ущерб со страховой компании второго «виновного» участника. Как правило, такие ДТП оформляются по упрощенной схеме европротоколом без вызова сотрудников ГИБДД, а автомобиль «подставщика» может иметь следы нехарактерных повреждений и (или) следы спешного дешевого ремонта (неаккуратная окраска деталей кузова, нештатное или кустарное крепление внешних деталей), так как ранее был уже неоднократно поврежден.

***Инсценировка ДТП** — намеренное столкновение автомобилей, ранее уже имеющих повреждения, часто нехарактерные для ДТП, по предварительному сговору обеих сторон. Как правило, такие ДТП оформляются также по упрощенной схеме европротоколом без вызова сотрудников ГИБДД, после чего участники обращаются в страховые компании для возмещения ущерба. После подачи заявления о возмещении ущерба выплата по ОСАГО компенсируется в течение 20 дней.*

как сговор водителей грузовика и дорогой иномарки, вскрываются благодаря сводной статистике, когда по данным из ряда компаний мы видим, что одни и те же машины попадают в ДТП слишком регулярно, причем с одними и теми же повреждениями.

ССТ: А в целом количество случаев мошенничества в страховании за текущий год увеличилось или уменьшилось?

С. Е.: Динамика определенная есть, но совсем небольшая. В среднем уже несколько лет уровень страхового мошенничества не меняется. Многое зависит от того, как работают регионы. Сейчас некоторые из них нас очень сильно беспокоят.

Но есть и положительный опыт. Так, прокуратура Красноярского края взяла кураторство над всеми поданными страховщиками заявлениями в правоохранительные органы. Там создана собственная методика обработки таких заявлений, которая ускоряет и улучшает качество процесса рассмотрения дела.

В Приморском крае кураторство по делам страхового мошенничества также взяла на себя прокуратура края и городская прокуратура Владивостока. В самом Владивостоке в полиции на базе дознавателей создано специальное подразделение, которое занимается только расследованием страхового мошенничества. Так они становятся профессионалами в этом направлении: четко понимают, какие бывают способы мошенничества и каким образом их можно расследовать, какие документы собирать, на что делать акценты. Скорость и эффективность процесса расследования повышаются, больше уголовных дел доходит до суда.

Хабаровская область и Приморский край пошли еще дальше. Там страховщикам предоставляют полную свободу при получении информации по видеокамерам, и количество устанавливаемых камер неуклонно растет. Часть мошеннических случаев отслеживается. Ситуация меняется просто на глазах.

Такие варианты мошенничества, как сговор водителей грузовика и дорогой иномарки, вскрываются благодаря сводной статистике, когда по данным из ряда компаний мы видим, что одни и те же машины попадают в ДТП слишком регулярно, причем с одними и теми же повреждениями.

ССТ: Дальний Восток отличается еще и большим количеством праворульных автомобилей…

С. Е.: После начала специальной военной операции количество поставляемых на Дальний Восток б/у автомобилей увеличилось, цены на них снизились. Проблем с запчастями здесь нет, но есть другая: мы не можем доказать регулятору, что в кузовном ремонте нужно разрешить использование б/у запчастей.

Все праворульные автомобили в течение последних 5 лет ремонтируются только б/у запчастями, так как новые никто не поставляет. Но по нашим справочникам страховщик может ставить только новые запчасти, то есть рассчитывается цена новой запчасти, а устанавливается б/у. Разницу в стоимости кладет себе в карман пострадавшая сторона, а страховщик вынужден держать высокие тарифы, чтобы обеспечить оплату новых запчастей.

ССТ: А в каких регионах ситуация с мошенничеством остается сложной?

С. Е.: Сложной ситуация остается в Новосибирске. В 2021, а затем и в начале этого года мы проводили несколько встреч, но пока не нашли путей эффективного взаимодействия с МВД Новосибирской области и прокуратурой, чтобы коренным образом исправить ситуацию. Возможно, в регионе есть какие-то проблемы, о которых мы не знаем. Сейчас мы готовим новое

совещание и намерены подключить к ситуации с мошенничеством губернатора.

Есть еще ряд тревожных регионов, прежде всего — Северный Кавказ. Для нас это традиционно сложный регион. Здесь работа проводится, но хотелось бы ее усилить. Необходимо провести совещание по Северо-Кавказскому административному округу, чтобы акцентировать внимание на мошенничестве в сфере страхования. Нужно пройти еще раз по некоторым регионам, где уже были получены положительные сдвиги — успехи нужно закрепить. Один из таких регионов — Краснодарский край. Здесь в течение трех лет проводилась колоссальная работа с участием администрации края. Тем не менее сейчас мы видим некоторое усиление негативных тенденций.

Также нас очень сильно беспокоит Нижний Новгород, где по уровню мошенничества сейчас худшая ситуация по сравнению со всеми другими субъектами этого федерального округа. Мы собрали и проанализировали статистику, информация в ближайшее время будет доведена до губернатора. Нужно принимать активные меры, мы также готовим там совещание.

ССТ: Какие варианты мошенничества характерны для Нижнего Новгорода?

С. Е.: В Нижнем Новгороде мы видим работу автоюристов, использование договоров цессии, самого разного рода подставы и т. д. Там есть проблемы с предоставлением информации с видеокамер. Нужно убедить администрацию, чтобы вся необходимая информация страховщикам предоставлялась.

Вообще проблемы с предоставлением видеоинформации пока есть в большинстве субъектов. Но некоторые регионы уже изменили свою позицию. Краснодар, Красноярск, Приморский край предоставляют информацию страховщикам без ограничений, недавно принято решение о предоставлении информации по Хабаровскому краю. Буквально на днях мы получили разрешение о предоставлении информации по Сахалину: губернатор проанализировал наши данные, и в результате Минцифры по Сахалинской области прислало нам информацию о том, что страховщики могут обращаться за получением любой необходимой информации.

ССТ: Есть ли возможность выпустить распоряжение о предоставлении данных страховщикам на федеральном уровне?

С. Е.: Такое федеральное распоряжение нам очень нужно, но Банк России его издать не может — нужно решение правительства. До правительства наша озабоченность была доведена. Мы подготовили и направили обращение на имя премьер-министра. Центральный Банк нам в этом помогает.

Правительство должно внести изменения в законодательство. Закон «Об организации страхового дела» позволяет страховщикам делать запросы в любую организацию, но не предусмотрено никакой ответственности в случае, если эта организация не предоставляет данные страховщику. Эту ситуацию необходимо изменить.

Страховщики формируют базы данных и проводят их анализ. Но если по авто мы уже формируем единые базы данных, то по страхованию имущества, жизни и ответственности этого пока не происходит.

ССТ: Возвращаясь к автоподставам: если в результате анализа базы данных выясняется, что один и тот же автомобиль много раз в течение ограниченного периода времени попадал в ДТП, то может ли страховщик обращаться в полицию или ГИБДД, чтобы к владельцу машины было более пристальное внимание?

С. Е.: Нет, не может — никто не имеет права бездоказательно обвинять человека

> Никто не имеет права бездоказательно обвинять человека в мошенничестве. Человек не должен сам доказывать свою невиновность.

в мошенничестве. Человек не должен сам доказывать свою невиновность. Да, доказать мошенничество с подставой автомобиля сложно, но эти доказательства нужно искать.

Доказать подставу на перекрестке с круговым движением можно, проведя экспертизу обстоятельств дорожно-транспортного происшествия. Это абсолютно стандартная процедура, страховщик может ее заказать, когда видит часто встречающийся номер машины. С помощью экспертизы можно доказать, что мошенник в опасной ситуации имел техническую возможность предотвратить ДТП — тогда виноват будет он.

Именно благодаря такой экспертизе была доказана виновность мошенника-подставщика, который орудовал на Bentley в Москве. Причем стоило один раз провести такую экспертизу и доказать виновность водителя, как он тут же прекратил свою противоправную деятельность.

Нужно заказывать экспертизы, нужно искать методы доказывания виновности мошенника. Мы ведь научились уже доказывать фальсификацию поврежденных деталей! К сожалению, страховщики не всегда используют весь арсенал своих возможностей.

ССТ: Помогает ли ВСС страховщикам искать пути доказывания мошенничества?

С. Е.: Задачи комитета ВСС, задачи специальной рабочей группы — как раз довести до сведения страховщиков методы, позволяющие изобличать мошенников. Комитет по борьбе с мошенничеством ВСС и РСА совместно с МВД разработал методику расследования страховых событий. Проблема в том, что не все страховщики пользуются этими разработками ВСС.

Некоторые страховщики применяют свои собственные разработки. Я не против них, но в этом случае, возможно, может помешать неполный охват всего имеющегося в отрасли опыта. Именно работа комитета позволяет обмениваться практиками преодоления мошенничества в наиболее полном объеме.

> Методы мошенничества постоянно обновляются. Кроме того в разных регионах мошенничество может иметь особые региональные черты. Очень важно их учитывать на местах.

Сейчас требуется добавлять новые элементы в методику, обновлять ее — ведь и методы мошенничества постоянно обновляются. Кроме того, в разных регионах мошенничество может иметь особые региональные черты. Очень важно их учитывать на местах.

Важен вот какой момент. Когда головной офис страховой компании дает рекомендации для службы безопасности в регионах, он не всегда может учитывать региональные особенности мошенничества. Руководители филиалов лишены возможности предотвращать региональные варианты мошенничества, если они действуют в рамках общих федеральных инструкций. Вот, например, специалисты спрашивают:

— В этом случае вы такие запросы делали?

— Делали запросы в ГИБДД, делали запросы по видеокамерам.

— А делали запрос в ГЛОНАСС?

— Нет, не делали, а можно было?

— Да, можно и нужно. ГЛОНАСС может предоставить время, дату и направление удара.

— А мы не знали, а мы не подумали!

Мы в комитете сделали рекомендации по проведению обязательных действий при расследовании событий по автострахованию. Планируем разработать такие же рекомендации по страхованию имущества и ответственности, страхованию жизни и здоровья. Такие методики на 70 % позволят получить необходимую доказательную базу для изобличения мошенника, а 30 % могут составлять нюансы и региональные особенности.

ДЕЛО О 40 СЛУЧАЙНОСТЯХ

В Санкт-Петербурге действует семья мошенников, которые промышляют на дорогах с помощью ловко организованных автоподстав. К сожалению, из-за отсутствия доказательств и не слишком тесного контакта страховщиков с правоохранителями пресечь деятельность злоумышленников до сих пор не получилось. Однако косвенные меры воздействия все же существуют, рассуждает заместитель руководителя СЭБ СЗРЦ АО «АльфаСтрахование» Михаил Яненко-Базанов.

Современные страховые технологии: Давно ли Вы заметили работу этой мошеннической группы?

Михаил Яненко-Базанов: Мы совместно с другими страховыми компаниями всегда ведем серийные события. В данном случае одни и те же лица, муж с женой, несколько лет кошмарят страховые компании. На самом деле они работают пять лет, но их более активные действия были выявлены за последние три года.

Сначала нам сообщили о них другие страховщики, к нам они зашли чуть позже, в этом году. Так как мошенники «гуляют»

по страховым компаниям, то сейчас мы говорим не от имени «АльфаСтрахования», а от лица всех страховщиков.

У нас в Петербурге есть рабочая группа ВСС по противодействию мошенничеству. В рамках этой деятельности мы разрабатываем подозрительные события и обмениваемся информацией. На встрече нашей рабочей группы один из страховщиков рассказал, что он столкнулся с действиями «семейного подряда», спровоцировавшего уже порядка семи дорожно-транспортных происшествий по одной и той же схеме. Мы посмотрели нашу базу заявлений о страховых случаях, изучили свои базы и другие страховщики. Совместно мы выявили более 40 случаев, когда именно эти люди заявляли в страховую компанию убыток — и все за последние три года.

Благодаря совместной работе страховщиков были выявлены и понесли наказание уже несколько мошеннических групп. Но вот с этими непонятно, что делать.

Михаил Яненко-Базанов

Заместитель руководителя СЭБ СЗРЦ АО «АльфаСтрахование»

ССТ: Почему именно с ними возникает проблема?

М. Я.-Б.: Они реально бьются! Одни и те же люди регулярно являются пострадавшими в очень похожих дорожно-транспортных происшествиях. Схема их работы понятна всем, но привлечь их к ответственности мы не можем.

Жена выступает как собственник транспортного средства, а муж является потерпевшим. Он выбирает ситуацию, когда человек не совсем правильно совершает маневр на круговом движении и подставляется под него, хотя имеет реальную возможность предотвратить ДТП. Как правило, у него подержанный автомобиль премиум класса, который в ремонте стоит дорого.

Всего в их распоряжении находятся три машины, и каждый раз одна из них фигурирует в деле как потерпевшая. Виновниками ДТП всегда оказываются случайные люди.

ССТ: Вы выявили районы, в которых они предпочтительно действуют?

М. Я.-Б.: Невозможно определить, где и когда мошенники будут проводить следующую операцию. Как правило, это зона кругового движения на севере города. Причем злоумышленники выбирают такие участки, которые не оснащены камерами. В Питере камер гораздо меньше, чем в Москве, и мошенники этим пользуются.

ССТ: Какой ущерб они уже нанесли страховщикам?

М. Я.-Б.: В настоящий момент ущерб оценивается суммой более 8 млн руб.

ССТ: В чем сложность борьбы с таким видом мошенничества?

М. Я.-Б.: По сути, если нет видеозаписи, сотрудники полиции однозначно выносят решение о виновности того водителя,

который совершал маневр. А водитель практически никогда не видит, как двигается мошенник, и сотрудники ГИБДД, за отсутствием каких-либо доказательств, выносят однозначное решение о виновности. У них просто нет других вариантов!

Водитель перестраивался? Перестраивался. Должен был уступить дорогу нашему потерпевшему? Должен. Если не уступил, значит — виновник. А потерпевший на самом деле просто газку добавил, когда тот перестраивался, и совершил столкновение. Конечно, можно сказать, что это случайно получилось. Но я не верю в 50 случайностей в течение трех лет.

Одно ДТП мошенника все-таки попало на камеру, да и то это была не городская, а частная камера. Тогда страховая компания провела видеотехническую экспертизу и отказала им в выплате. Но это был единственный случай. Во всех остальных случаях ДТП всегда происходило там, где камер нет.

ССТ: Могут ли страховые компании обратиться в правоохранительные органы в связи с выявлением большого количества однотипных происшествий, совершенных одними и теми же гражданами?

М. Я.-Б.: Мы с вами можем на кухне рассуждать о том, кто является мошенником, а кому просто так не везет. Но что делать прокуратуре или органам правоохраны, если какие-либо доказательства мошенничества отсутствуют? Да, виновный водитель говорит: «Когда перестраивался, этой машины не было, откуда она взялась — я не понимаю, так получилось». Но нет и свидетелей, которые могли бы подтвердить, что один из автомобилей нарочно создавал помеху, что он, вместо того чтобы затормозить, ускорился, что это привело к столкновению. Доказать умысел в таком случае практически невозможно.

ССТ: Обсуждали ли вы на своей рабочей группе эту ситуацию с правоохраной?

М. Я.-Б.: К сожалению, в Санкт-Петербурге нет постоянно действующей межведомственной рабочей группы с участием страховщиков и представителей правоохранительных органов, где мы могли бы регулярно обсуждать проблемы мошенничества в страховании (у нашей рабочей группы нет такого тесного контакта с представителями правоохраны Санкт-Петербурга). Пока мы только смогли выяснить, где мошенники ремонтируют свои транспортные средства кустарным способом. Получили страховую выплату в 300 тыс. руб., а за ремонт заплатили 50 тыс. Остальные — себе в карман. Но это никого не касается: как ремонтировать машину — частное дело каждого.

ССТ: Что же нужно сделать, чтобы пресечь деятельность этой мошеннической группы?

М. Я.-Б.: Думаю, что правоохранительные органы должны проводить более качественную, длительную и тщательную проверку в подобных случаях. В том числе важно, чтобы сотрудники ГИБДД более тщательно проводили проверку при установлении виновности в дорожно-транспортных происшествиях, связанных с конкретными фамилиями этих мошенников. Возможно, необходимо, чтобы к конкретному ДТП отношение было не как ко всем прочим. Чтобы была возможность поднять «красный флажок», если в ДТП попадают именно определенные люди.

Да, видеокамер там, где они организуют свои преступления, обычно нет. Но можно поискать видеозаписи у проезжающих

Мы с вами можем на кухне рассуждать о том, кто является мошенником, а кому просто так не везет. Но что делать прокуратуре или органам правоохраны, если какие-либо доказательства мошенничества отсутствуют?

мимо машин, например. У нас есть конкретные дислокации по району, где промышляет наша семейка. Нужно, чтобы все сотрудники ГИБДД данного района были оповещены о вероятности мошеннических действий этой группы, чтобы им были известны марки и номера машин, чтобы не быстро выносили решения по делам с участием мошенников, а для разбора ситуации проводили полноценную проверку и тем самым создавали определенные трудности.

ССТ: Получается, вы предлагаете некие косвенные меры воздействия там, где нельзя просто привлечь к ответственности?

М. Я.-Б.: Есть разные варианты. Например, когда ДТП уже произошло, можно вызвать его участников и опросить, с какой скоростью они двигались, откуда и куда было движение, с какого расстояния они начали свои маневры. В рамках материала назначить автотехническую экспертизу и так далее. Если же выносить решение о том, что виноваты оба водителя, то после двух-трех таких решений, думаю, у него пропадет желание продолжать противоправную деятельность.

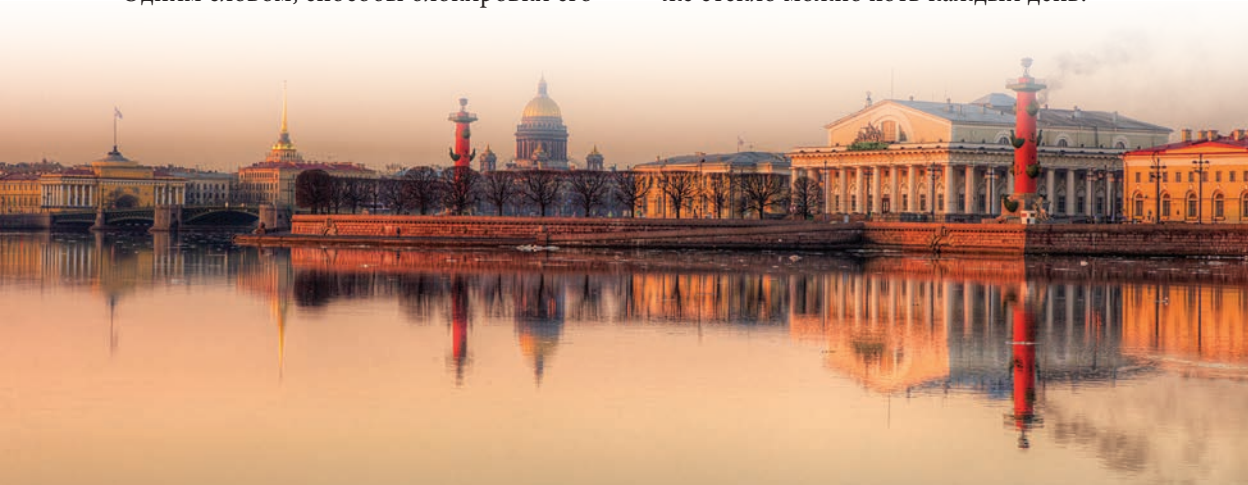
Кроме того, мошенник пользуется транспортными средствами, не имеющими страхового полиса. Может быть, начальнику ГИБДД установить район, где он проживает, и каждое утро его останавливать и проверять наличие страхового полиса. Одним словом, способы блокировки его деятельности есть. Но если не привлекать внимание к противоправным действиям таких персон, то это только усиливает их осознание своей безнаказанности.

Невозможно определить, где и когда мошенники будут проводить следующую операцию. Как правило, это зона кругового движения на севере города. Причем злоумышленники выбирают такие участки, которые не оснащены камерами.

ССТ: А почему у мошенника нет полиса ОСАГО?

М. Я.-Б.: Потому что он в черных списках уже всех страховых компаний! Не имея страхового полиса, он идет в страховую компанию виновника. Это позволяло ему до поры скрывать свою преступную деятельность.

Как я уже говорил, серийного участника ДТП выявили именно по совокупности заявлений в разные страховые компании. А в последнее время мошенник придумал новый способ — якобы разбивает телефон во время аварии. Наличие поврежденного имущества в рамках ОСАГО позволяет ему заявлять ущерб именно в страховую компанию виновника. Кроме того, это составляет еще и небольшой дополнительный заработок: замена стекла дорогого телефона стоит тысяч 20 руб. «Менять» же стекло можно хоть каждый день.



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

Повестка устойчивого развития и ESG-трансформации в корпоративном секторе не утратила своей актуальности, несмотря на турбулентность международного политического фона последних шести месяцев 2022 года с начала марта.

В летние месяцы были приняты и опубликованы нефинансовые отчеты таких компаний, как МТС, Яндекс, АВТОТОР, Роснефть, VK, ЛУКОЙЛ, Магнит, Уралхим, НОВАТЭК, Билайн, Удоканская медь, Fix Price, Московская биржа, Уралкалий, ОМК, Норникель, НЛМК, ФосАгро, являющиеся лидерами национального ESG-рейтинга RAEX, и длительное время работающие над внедрением принципов устойчивого развития и управления рисками ESG в корпоративное управление. Впервые отчет об устойчивом развитии выпустила Группа «Аэрофлот»[1].

В отсутствие национальных российских требований к раскрытию нефинансовой информации в области устойчивого развития одним из главных драйверов к опубликованию отчетов о реализации принятых корпоративных стратегий являлась задача представления таких материалов при раскрытии информации на иностранных торговых площадках в целях прямого или косвенного привлечения средств. Большинство таких отчетов сформированы с учетом рекомендаций (стандартов) о содержании нефинансовой отчетности GRI, SASB, UNCTAD и IPIECA, и содержат большое число специальных метрик. Секторы зеленого финансирования Московской и Санкт-Петербургской бирж пока незначительны по объемам эмитируемых специальных зеленых или социальных облигаций и составляют примерно 287 млрд руб.[2], поэтому главными мотивациями становятся внутрикорпоративные решения о ценностях устойчивого развития и их значимости для развития и самооценки компаний.

По-прежнему среди таких отчетов единственным со страхового рынка России является корпоративный отчет об устойчивом развитии страховой компании

Капитолина Турбина

Д-р экон. наук, профессор, кафедра управления рисками и страхования МГИМО

«АК БАРС Страхование» за 2021 год. По итогам 2021 года компания повысила свою позицию в рейтингах ESG Национального рейтингового агентства до уровня A2.esg. Отчет содержит итоги работы в 2021 году в рамках реализации бизнес-модели на основе ESG-принципов (вопросов экологической и социальной ответственности, корпоративного управления) в соответствии с вариантом «Основной (Core)» Стандарта Глобальной инициативы по отчетности в области устойчивого развития (GRI).

Несмотря на интенсивные обсуждения повестки устойчивого развития и устойчивого страхования в 2021 году, в текущем году на рынке незаметно сколько-нибудь существенного продвижения моделирования влияния климатических факторов на устойчивость российского страхового

[1] Дайджест МЦУР МГИМО, №32, сентябрь 2022.
[2] https://cbonds.ru/indexes/72465/?ysclid=l8dkby4pr5252430318

сектора, специальных программ «зеленого страхования» с учетом оценки факторов углеродного следа, реализации принципов КСО корпоративными клиентами, появления новых стандартов оказания страховых услуг.

Основной причиной эксперты называют те шоковые явления, с которыми страховой рынок впервые в своей современной истории столкнулся в 2022 году: запрет на международное перестрахование; включение в санкционные списки (прямо или косвенно через акционерное владение) США и ЕС более 60 % российских страховых компаний; локализация международных участников рынка; отсутствие единого страхового пространства на территориях ЕАЭС, ШОС и других, возможно, альтернативных вариантов привлечения капитала для обеспечения финансовой устойчивости, снижение спроса на страхование

RAEX RATING REVIEW ЛИДЕРЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ESG-РЕЙТИНГА RAEX

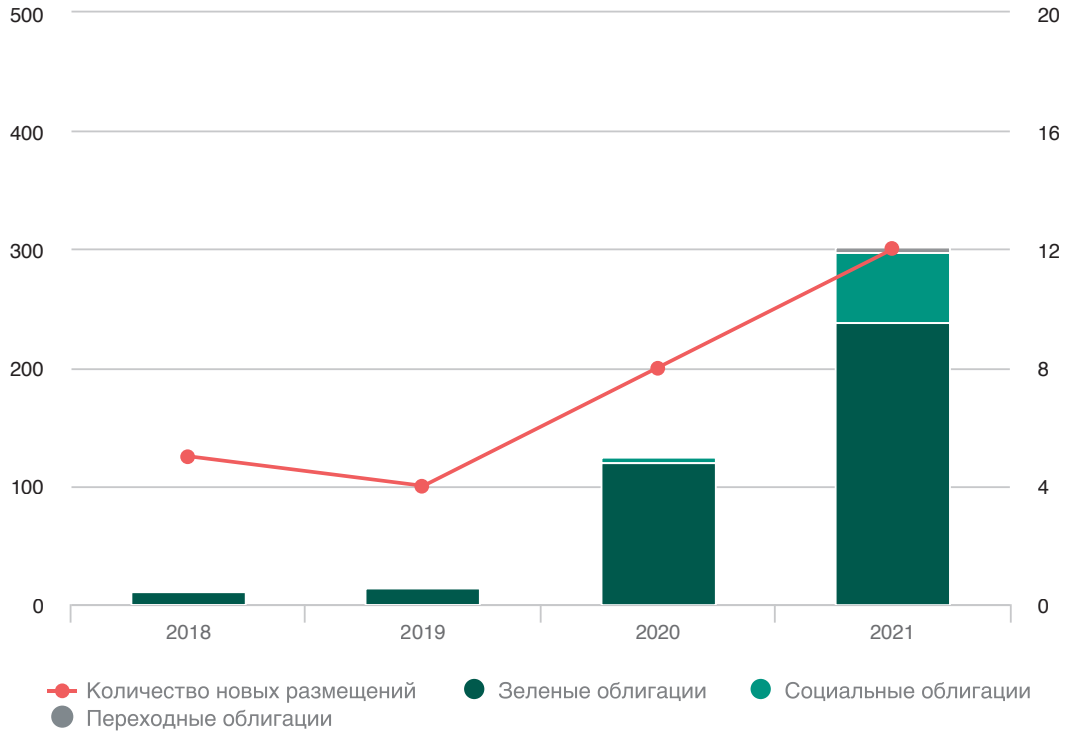
Соблюдение принципов ESG подразумевает для компаний формирование политик, отчетности и достижение конкретных целей по направлениям «Environmental» (экология), «Social» (социальная политика) и «Governance» (управление).

RAEX выпустило первый ESG-рэнкинг российских компаний осенью 2018 года. В исходную методику входило всего восемь индикаторов из разных сфер, а пул компаний ограничивался 30-ю крупнейшими по объему выручки из различных отраслей, кроме телекома, торговли и финансов. За два года был накоплен набор полезной ESG-информации и масса отзывов со стороны компаний, которые учтены при обновлении методики.

Существенное увеличение числа российских компаний, которые стали публиковать свою нефинансовую отчетность по стандартам GRI (Global reporting initiative), позволило расширить число индикаторов до более чем 100, частично увязав их с ключевыми пунктами стандарта. Отчетность стала проходить заверение аудиторскими компаниями, что в будущем позволит вводить поправки на уровень достоверности указанной информации.

- МТС
- Яндекс
- АВТОТОР
- Роснефть
- VK
- ЛУКОЙЛ
- Магнит
- Уралхим
- НОВАТЭК
- Билайн
- Удоканская медь
- Fix Price
- Московская биржа
- Уралкалий
- ОМК
- Норникель
- НЛМК
- ФосАгро

ДИНАМИКА РЫНКА УСТОЙЧИВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ В РОССИИ В МЛРД РУБ.



Источник: «Эксперт РА», Московская бир›

в условиях непредсказуемости экономических условий деятельности и ее результатов для основных страхователей.

В условиях изменения основных стейкхолдеров — потребителей информации о реальном достижении целей в устойчивом развитии, главной ценностью для страховщика является страхователь. Согласно исследованиям в марте 2022 года Эксперт РА, «около 60 % компаний к 2024 году будут иметь стратегии устойчивого развития и экологические политики». Для российских страховщиков, по-прежнему сохраняющих низкую инициативность в формировании собственных стратегий устойчивого страхования, такой диссонанс может стать источником дополнительных рисков.

В цепочке ценностей контрагентов в рамках корпоративных стратегий большинства компаний самостоятельную ценность приобретает следование повестке устойчивого развития. Приобретение страховых услуг страхователями в этой парадигме также будет оцениваться меркой приверженности страховщиков политике ESG-трансформации и ее реализации в конкретных измерителях.

Согласно исследованиям в марте 2022 года Эксперт РА, «около 60 % компаний к 2024 году будут иметь стратегии устойчивого развития и экологические политики».

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ — ЧЕРЕЗ ДОВЕРИЕ КЛИЕНТОВ

Задачи устойчивого развития остаются в фокусе СК «Сбербанк страхование жизни». Управляющий директор Наталья Тарасова рассказывает о том, какие ESG-проекты реализуются страховщиками, и почему для баланса в этом бизнесе так важно доверие клиентов.

Современные страховые технологии: Несколько лет назад тема ESG была очень популярна. Сохранила ли она свою актуальность сейчас для вашей компании?

Наталья Тарасова: В повестке нашей компании тема ESG впервые появилась осенью 2021 года. С весны активность в профсообществе по этой теме несколько снизилась. Но сами вопросы устойчивого развития, экологии, корпоративного управления появились далеко не в прошлом году и до сих пор сохраняют свою актуальность. Понятно, что сейчас ушли западные стейкхолдеры, у нас нет больше международных рейтингов, но сама повестка не потеряет своей важности в силу базовых задач и потребностей.

ССТ: Ранее мы ориентировались на международный опыт. Как теперь выбирать верный собственный путь?

Н. Т.: Пока международные компании еще присутствовали на нашем рынке, наши российские рейтинговые и консалтинговые агентства перенимали опыт. Понятно, что западную экспертизу нужно будет трансформировать, адаптировать в применении к нашей экономике, к нашей реальности.

ССТ: Вы работаете в сфере финансов — какие направления ESG имеют для вас существенное значение?

Н. Т.: Страхование жизни — это индустрия про уверенность, про правильные продукты и заботу о клиенте. Внутри компании мы развиваем программы корпоративного волонтерства, внедряем программы ответственного бизнеса, а также генерируем различные экологические активности. По каждому из этих направлений мы разрабатываем отдельные инициативы. В конце прошлого года мы собрали команду, провели мозговой штурм и разработали целую программу. Компания уже провела порядка 60 мероприятий в этом году.

ССТ: Как выстроена ваша работа?

Н. Т.: По каким-то направлениям мероприятия разовые, по каким-то — системные. Так, например, мы разрабатываем инициативы, которые помогают планомерно снижать количество бумаги в наших офисах. Каждый квартал мы стараемся увеличить процент отказа от бумажных носителей: отказываемся от бумаги для внутренних коммуникаций и кадрового документооборота, практически отказались от распечатки бумажных правил для наших клиентов, выводим в электронные каналы урегулирование убытков. А вот замена стандартных урн на урны для раздельного сбора мусора — это разовое мероприятие, как и замена осветительных приборов в наших офисах на энергосберегающие. Мы их завершили и перешли к следующим.

Наталья Тарасова

Управляющий директор СК «Сбербанк страхование жизни»

ССТ: Какие мероприятия у вас проводятся по социальной тематике?

Н. Т.: Одним из важнейших направлений для нас является развитие корпоративного волонтерства. В компании работает очень много людей с разным опытом волонтерства. Мы всё собрали, проанализировали и централизовали. Теперь у нас есть регулярные мероприятия по целому ряду направлений: донорство крови, помощь детским хосписам, высадка леса, помощь приютам с животными и ряд других мероприятий.

Недавно мы застраховали врачей и сотрудников хосписа «Дом с маяком» и еще четырех ассоциированных с ним юридических лиц. Теперь около 400 человек находятся под нашей страховой защитой.

ССТ: Какие программы по поддержке клиентов находятся в фокусе вашего внимания?

Н. Т.: «СберСтрахование жизни» первой на рынке предложила продукт страхования ипотечных заемщиков с инвалидностью. Ипотечный кредит им нужен для улучшения жилищных условий, а возможности получить ипотечный кредит без страхования существенно снижаются. Мы понима-

ли, насколько эта ситуация несправедлива и ввели услугу страхования заемщика с инвалидностью. Мы не оцениваем клиента по наличию инвалидности, не уточняем, какой группы у него инвалидность, по какому заболеванию и т. д. Страховая сумма не меняется, она точно такая же, как и для человека без инвалидности.

ССТ: Вы оценивали убыточность этого продукта?

Н. Т.: Убытков оказалось немного с момента запуска продукта в 2019 году. Это значит, что застрахованные либо погашают кредит раньше наступления страхового риска, либо продолжительность их жизни не сильно отличается от продолжительности жизни других граждан.

ССТ: Как будет развиваться этот и другие социально ориентированные проекты?

Н. Т.: У нас есть план-график мероприятий, и нам необходимо еще многое сделать до конца года. Мы продолжаем развивать продукты для особенных клиентов. Сейчас в компании разрабатывается продукт, который позволит страховать клиентов с инвалидностью второй группы на случай повышения группы инвалидности до первой.

Мы также сконцентрируемся на наших волонтерских программах. У нас есть программа финансовой грамотности для детей-сирот. Первое мероприятие мы провели в начале этого года, но очень хотелось бы программу масштабировать. Сейчас мы проводим обучение не только с детьми-сиротами, но и с московскими школьниками и студентами колледжей. В следующем году мы планируем эти программы выводить на федеральный уровень.

Для популяризации страховой отрасли наша компания проводит дни открытых дверей. Мы приглашаем детей и студентов в наш офис, показываем, как работает страховая компания. Чем замечательно страхование: неважно, кто человек по образованию — врач, айтишник, бухгалтер или режиссёр кинофильмов, — он всегда найдет себя в страховании. Мы предлагаем студентам пройти у нас летние стажировки и надеемся, что это привлечет к нам молодые творческие кадры.

Мы конечно же не хотим останавливаться на достигнутом. Важно расширять список наших мероприятий, находить новые идеи и реализовывать их. Есть метрики и способы измерения эффекта от социальных проектов — мы хотим опробовать их на себе, когда уже пройдем некий путь в рамках устойчивого развития.

Чем больше учтено разноплановых рисков, тем устойчивее будет работать страховая компания. Чем более разносторонний портфель, тем свободнее может чувствовать себя страховщик.

ССТ: Страхование — очень специфический род деятельности. С одной стороны, нужно быть прибыльным и консервативным, нужно минимизировать риски, чтобы сохранить долгосрочную финансовую устойчивость компании. С другой стороны, наоборот, нужно принимать больше рисков, чтобы обеспечить доступность сервисов для клиентов, расширить их охват. Как сохранять баланс в рамках ESG-концепции?

Н. Т.: Чем больше учтено разноплановых рисков, тем устойчивее будет работать страховая компания. Чем более разносторонний портфель, тем свободнее может чувствовать себя страховщик. Конечно, для клиента выгодно, когда страховщик платит, ни о чем не спрашивая, а для акционеров выгодно, когда зарабатывается больше прибыли. Важно найти баланс, не забывая, что страхование — это про клиента и про его доверие. И я убеждена, что именно через сохранение и повышение доверия клиентов наша компания обеспечит себе стабильное устойчивое развитие.

весна

Стали донорами крови во Всемирный день здоровья

Посадили новый лес в Подмосковье

лето

Накормили и погуляли с собаками из приюта

Устроили праздник детям из хосписа «Дом с маяком»

Освоили технику создания мозаики в мастерской «Особая керамика»

осень

Помогли детскому хоспису «Дом с маяком» в благотворительной распродаже дизайнерских вещей

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

10 лет Сбер Страхование жизни

Узнайте больше о наших продуктах

25 млн уникальных клиентов

65 млн договоров страхования жизни

800 тыс страховых выплат

Телефоны для связи: 900, 8 495 500-55-50

ООО СК «Сбербанк страхование жизни»
Лицензия на осуществление страхования СЖ № 3692 от 15.01.2020 (вид деятельности – добровольное страхование жизни), Лицензия на осуществление страхования СЛ № 3692от 15.01.2020 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выданы Банком России без ограничения срока действия | ОГРН 1037700051146 | Адрес ул. Поклонная, д. 3 к. 1 Москва, 121170

Реклама