София ИЕВЕНКО,
ведущий консультант практики «Страховые и актуарные решения», Делойт СНГ

Константин КЛЕПИКОВ,
консультант практики «Страховые и актуарные решения», Делойт СНГ

ИНФОРМАЦИЯ В СТРАХОВАНИИ: НЕОБХОДИМОСТЬ И ДОСТАТОЧНОСТЬ

«Оптимизм – это недостаток информации»
Фаина Раневская

Качество информации всегда было, есть и будет определяющим фактором для любого лица, принимающего решения. Она должна быть полной, достоверной, непротиворечивой, актуальной и структурированной.

Времена меняются, информационные технологии совершенствуются, предоставляя все больше возможностей для качественного учета данных и, как результат, подготовки самой разнообразной аналитической информации. Впрочем, все мы знаем, что переизбыток информации, равно как и её недостаток, не всегда может стать надежным «компасом» для страховой компании. Когда страховщик приступает к разработке требо-

ваний для своей информационной базы, он должен учитывать три основные «закона» информации. Опираясь на суть этих «законов», предлагаем рассмотреть примеры существующих на сегодняшний день проблем и недостатков информационных баз отечественных страховых компаний.

Закон 1. Информация, которая у вас есть, не та, которую хотелось бы получить

Суть этого закона заключается в том, чтобы правильно определить, какие конкретно поля или элементы действительно нужны для заполнения в БД для получения информации, которая сделает анализ прозрачным, а его результаты – однозначно трактуемыми.

Например, в нашей практике мы часто сталкиваемся с проблемой некорректного разнесения договоров страхования по каналам продаж. Почему же данная аналитика, на наш взгляд, является действительно необходимой? Во-первых, это возможность проведения регулярного мониторинга сборов страховой премии и оценки эффективности продаж в разрезе имеющихся дистрибутивных каналов. Во-вторых, это возможность оценки и оптимизации мотивационной системы агентов и сотрудников продающих подразделений, когда можно, например, четко разделить продажи конкретного агента на так называемые «чистые» продажи и продажи с использованием имени агента как инструмента для выплаты ко-

миссионного вознаграждения третьему лицу. В-третьих, это возможность оценки результативности рекламной кампании страховщика. Провести оценку эффективности, скажем, совместной рекламной акции страховой компании и автодилера, не всегда достаточно просто, поскольку продажи по дилерскому каналу могут и, как правило, пересекаются с банковским каналом. Таким образом, бизнес может «прийти» через банк, благодаря инициативам сотрудников, отвечающих за развитие банкострахового канала, а может и через автодилера – благодаря старту конкретной рекламной акции. Если на стадии ввода договора в базу страховщика «теряется» информация о первом или втором посреднике (в нашем случае банке или автодилере) и/или неверно идентифицируется канал, который был инициатором продаж, то понять, каким путем пришли деньги, весьма проблематично.

К сожалению, на сегодняшний день во многих страховых компаниях из-за отсутствия аналитики, отражающей текущую ситуацию и специфику отдельно взятого канала, детальное планирование будущих сборов с определением точек роста и спада продаж в разрезе каналов, становится похожим на процесс гадания на кофейной гуще. Корень проблемы лежит в отсутствии элементарной и внятной системы дефиниций и характеристик, определяющих отнесение договоров страхования к конкретному каналу – как, например, в приведенном выше примере об оценке эффективности совместных акций страховщика и автодилера. Какая продажа считается офисной, какая банковской, а какая корпоративной? Не секрет, что наличие агента-посредника по договору страхования далеко не всегда указывает однозначно на то, что в конкретном случае произошла продажа через структуру агентской сети. Причины подобной «завуалированности» всем знакомы и понятны. Однако важность наличия достоверной информации об источнике продажи вполне очевидна, поскольку без нее проведение адекватного анализа структуры бизнеса весьма затруднительно, не говоря уже о невозможности устранения насущной для многих страховщиков проблемы конфликтности каналов. Так, в одной из крупнейших российских страховых компаний, которая является нашим клиентом, в результате некорректного разнесения договоров по каналам-первоисточникам, была разработана такая система KPI, что выполнение установленных показателей одним каналом продаж означало создание

барьеров по развитию продаж в остальных. В результате в компании и по сей день наблюдается очевидный конфликт интересов между корпоративными, партнерскими и розничными продажами как на уровне головного офиса, так и повсеместно внутри региональной сети.

Закон 2. Информация, которую бы вам хотелось получить, не та, которая на самом деле нужна

Данный закон действует по принципу различия смыслового значения фраз «мы учитывали» и «мы действительно верно и правильно учли».
Например, определение статуса нового или пролонгируемого договора с указанием номера предыдущего полиса на сегодняшний день является обычной практикой учетных баз страховых компаний. Однако степень полезности, которую менеджмент может извлечь из данной информации, не всегда достаточна из-за отсутствия полного спектра соответствующих аналитических данных. Так, определение сегментов с большим или меньшим оттоком клиентов и проведение последующего анализа уровня пролонгаций в их разрезе возможно лишь при наличии в учетных карточках клиентов соответствующих сегментационных индикаторов. На базе данного анализа компания сможет проводить более адресные акции и кампании для повышения лояльности целевых клиентов. В свою очередь сегментационные индикаторы могут представлять собой некие рейтинговые накопители, автоматически суммирующие баллы или очки, исходя из источника продажи полиса, суммы страховой премии, истории убыточности страхователя и других априорных параметров (марка, модель, стоимость ТС и т.д.), определяющих степень привлекательности страхователя с точки зрения страховщика. Далее, рассчитывая убыточность по портфелю страхователей из одного рейтингового диапазона, страховщик может более разумно подойти к определению размера скидок или перечня дополнительных опций, предоставляемых при пролонгации договоров страхования для страхователей с теми или иными рейтинговыми показателями. Более того, благодаря использованию адекватной системы вышеупомянутых индикаторов компания имеет возможность рассчитывать по своим целевым сегментам ряд других немаловажных показателей, позволяющих более детально планировать рост бизнеса компании, принимая во внимание предполагаемое увеличение объемов за счет

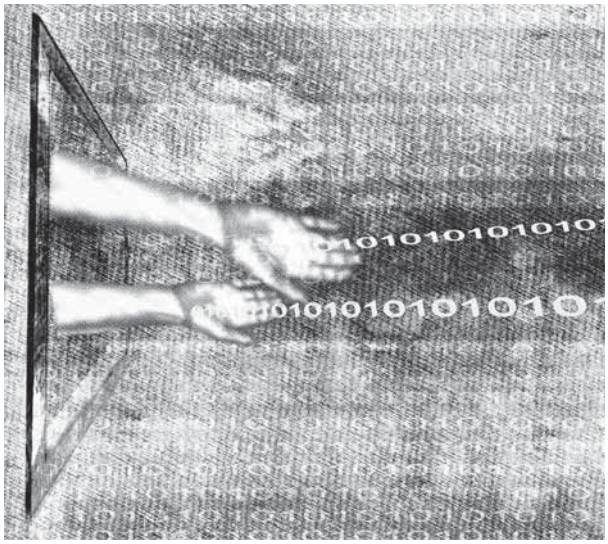
привлечения новых клиентов и сохранения имеющихся объемов в результате пролонгаций. Например,

Кнк = (НД)t / (НД)t-1 – коэффициент притока новых клиентов, где
(НД)t – количество договоров, заключенных с новыми клиентами в анализируемом периоде t;
(НД)t-1 – количество договоров, заключенных с новыми клиентами в соответствующем прошлом периоде (t-1).

А также Кск = (ПД)t / (ЗД)t – коэффициент удержания старых клиентов, где
(ПД)t – количество пролонгированных договоров анализируемого периода t;
(ЗД)t - количество договоров окончившихся в анализируемом периоде t.

Оценка вероятности пролонгации и среднего срока “жизни“ клиента в компании по каждому полису может стать, по сути, базисом в выстраивании сбалансированной тарифной политики. В частности, она позволяет более адекватно распределять аквизиционные расходы по полисам. Например, доля нагрузки в брутто-тарифе в части расходов на рекламу или расходов на ввод договоров в базу, может быть различной в зависимости от вероятности пролонгации договора и количества лет непрерывного страхования в компании.
В самом деле, рекламные акции страховщика в основном направлены на привлечение новых клиентов, а удержание имеющихся страхователей в большей степени зависит от качества обслуживания и урегулирования, которые страховщик продемонстрировал во время действия предыдущего договора. Поэтому более разумно применять распределение расходов на рекламу, минимизируя их нагрузку в договорах со старыми клиентами, за счет переноса на новые договоры.
Более того, представление среднего срока страхования по сегментам может дать более детальное понимание прибыльности и убыточности каждого сегмен-

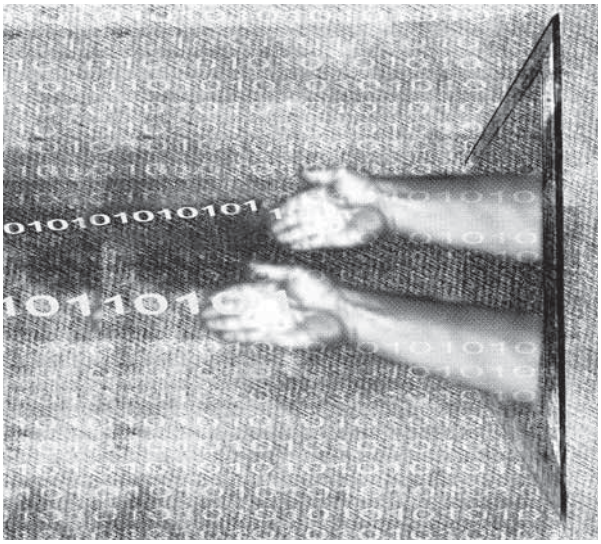
та в отдельности. И на этом преимущества не кончаются! Так, автоматическое определение пролонгации нивилирует «ручные» котировки нового договора с учетом коэффициента «бонус-малус», рассчитываемого по данным о предыдущем договоре. Кроме того, снижается вероятность мошенничества сотрудников, предлагающих необоснованные скидки по бонусу-малусу для новых договоров или осуществляющих расчет скидки по «подставному» договору, т.е. путем «привязки» безубыточного договора в качестве «предыдущего», в действительности не имеющего никакого отношения к новому.



Закон 3. Информация, которая на самом деле нужна, вам недоступна

Формулировка данного закона говорит сама за себя...Вряд ли кто из страховых компаний мог бы отказаться от получения результатов периодических исследований причин выбора и/или отказа страхователями от услуг тех или иных страховщиков. Информация подобного свойства должна, но, к сожалению, редко собирается в соответствии с классификацией ответов, разработанных компанией, на стадии заключения договора страхования, а уж тем более еще реже заносится и автоматически обрабатывается во внутренних информационных базах. Аналитические отчеты, которые подготавливают специализированные маркетинговые организации, к сожалению, не всегда в полной мере отвечают на вопросы подобного свойства, стоящие перед конкретным страховщиком. Тем не менее, наличие такой аналитики позволяет определять отношение новых клиентов к страховой компании, а также анализировать изменения отношения к имиджу компании со стороны страхователей до и после приобретения опыта взаимодействия с ней.

Здесь далеко не лишней является информация и о других коррелирующих показателях, а именно: о факте подачи заявления о наступлении страхового собы-



тия за период действия договора страхования и факте осуществления страховой выплаты. При наложении всех вышеперечисленных параметров страховщик имеет возможность более глубоко проанализировать сильные и слабые стороны своих имиджевых кампаний, выявить ценности и преимущества, наиболее значимые в глазах его клиентов, а также объективно оценить уровень удовлетворенности страхователей.

Информационная система любой страховой организации, как правило, поддерживается на 3-х уровнях:

1. TPS (Transaction Processing Systems) – наиболее широко представленный вид ИС, обеспечивающий автоматизацию ежедневных повторяющихся транзакций и поддерживающий исключительно операционную деятельность страховщика. Например, автоматическая калькуляция тарифов, печать полисов и т д.
2. MIS (Management Information Systems) – ИС, обеспечивающие проведение анализа, контроля и принятия решений на уровне менеджеров среднего звена. Данные системы базируются на данных, хранящихся в TPS, и предоставляют возможность получить различную аналитическую информацию и рассчитать ряд релевантных показателей. Например, среднее время рассмотрения убытков в разрезе их видов, степень сложности и количества составляющих рисков; оценить эффективность работы как подразделений, отвечающих за урегулирование, в целом, так и каждого аджастера в отдельности; проанализировать распределение времени урегулирования убытков в зависимости от его величины; проанализировать распределение убытков в течение срока действия договора и т.д.

С помощью MIS страховщик, как правило, оперативно «диагностирует» свои проблемные зоны. Так, высокая плотность наступления убытков в начале и/или в конце действия договоров страхования может служить сигналом наличия признаков страхового мошенничества как со стороны страхователей, так и со

стороны сотрудников самой страховой компании.

3. EES (Executive Support Systems) ИС, обеспечивающие принятие ключевых и стратегических решений на уровне руководителей высшего звена. EES базируются как на внешних источниках данных, так и на внутренних ИС страховщика (TPS, MIS). Например, EES способствуют разработке и тарификации специальных продуктов с высокой дифференцированностью страховых покрытий, а также проведению анализа данных об убыточности различных сегментов и принятию стратегических решений по увеличению/сокращению объемов в определенном сегменте с использованием не только информации о месте и времени ДТП своих страхователей, хранящейся во внутренней учетной базе, но и официальной статистики службы дорожной инспекции. Данные системы, в частности, необходимы в тех случаях, когда длины исторического ряда внутренних данных компании не вполне достаточно для адекватного и объективного анализа текущей ситуации. Например, оценки прибыльности автомобилей определенной марки и модели. Или, более того, статистическая информация по исследуемому со стратегической точки зрения сегменту может вообще отсутствовать в компании ввиду того, что данный сегмент является новаторским либо исключительно для этой компании, либо для страхового рынка в целом.

На сегодняшний день отнюдь не все компании отечественного страхового рынка располагают развитыми MIS-системами и, тем более EES-системами, полагаясь во многом при анализе данных и принятии ключевых решений на экспертное мнение своих менеджеров. Но, как говорится, «одна голова хорошо, а две лучше». Интерпретируя эту народную мудрость в рассматриваемом нами аспекте, мы можем сказать только одно: любое экспертное мнение должно быть подкреплено достаточной аналитической информацией и результатами сравнительного анализа в самых разнообразных аспектах. Впрочем, равно и как наоборот. В противном случае компании, как показывает практика, будут нести существенные риски при принятии решения на любом уровне – операционном, управленческом и стратегическом. Тем более, что текущая кризисная ситуация поставила страховщиков перед реальной дилеммой: с одной стороны, необходимо сокращать расходы, с другой – инвестироваться в развитие своих ИС, способных обеспечить и удержать «место под солнцем».

Мнение авторов статьи может не совпадать с официальной позицией компании «Делойт»