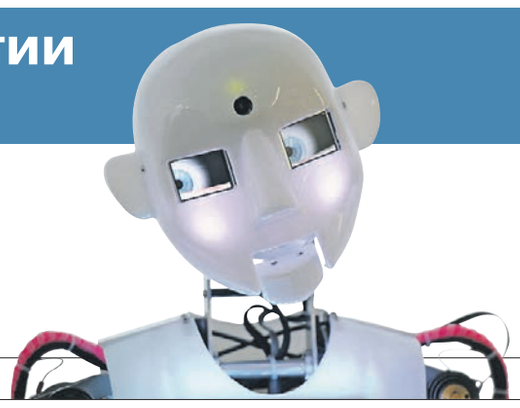
Вымирающие профессии: как современные технологии заменяют страховых специалистов | 18



С

Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Страхование

Понедельник 27 ноября 2017 №220/П (6214 с момента возобновления издания)

kommersant.ru

16 | Страховщикам предложили познакомиться с пациентами в ОМС

17 | Европротокол не стал популярным: с оформлением ДТП по упрощенной схеме справляются только треть участников аварий

18 | Удар по страховым мошенникам с новой базы: Минфин и ЦБ предлагают создать новую информационную систему по отслеживанию полисов

Поправки к закону об ОСАГО, которые называют ремонтной реформой, вступили в действие больше полугода назад. Страховщики, автодилеры и правозащитники ожидали, что в результате большая часть убытков будет возмещаться не деньгами, а ремонтом, а активность автоюристов снизится. Ожидания не оправдались.

Разочарование в деталях

— реформа ОСАГО —

«Автогражданка» была введена в 2003 году, и с тех пор у граждан, чьи автомобили были повреждены в ДТП, имелся выбор: направиться в «дружественный» страховщику сервис или получить деньги и выбрать место для проведения ремонта самостоятельно. Обычно предпочитали второй вариант, поскольку не доверяли страховщикам. Ситуация устраивала все стороны, пока страховщикам не стали наносить серьезный ущерб автоюристы, которые через суд начали взыскивать со страховщиков суммы на ремонт автомобилей своих клиентов, в два-три раза превышающие выплаты. При этом, как утверждают страховые компании, значительная часть этих сумм шла не на ремонт, а на оплату услуг адвокатов.

В итоге реформой был утвержден такой порядок: страхователю предлагается список автосервисов, где можно отремонтировать машину. Автомобили не старше двух лет должны ремонтироваться на авторизованных станциях для сохранения гарантии. На работы дается не более 30 дней, сервис не должен находиться дальше 50 км от места аварии или места проживания автовладельца. При невозможности выполнить одно из этих условий убытки от ДТП компенсируются деньгами. Денежное возмещение также применяется в случаях причинения вреда здоровью, смерти потерпевшего, при полном уничтожении машины, а также если стоимость ремонта превысила лимит в 400 тыс. руб.

В результате страховщики стали чаще направлять автовладельцев на ремонт на СТО, говорит исполнительный директор РСА Евгений Уфимцев. У крупных компаний, по данным союза, до принятия закона доля урегулирований в натуральной форме не превышала 20%, сейчас она выше 40%.

При этом остается ряд проблем. Первая, рассказывает господин Уфимцев,— это излишне строгие требования к автосервисам: «Часто их выполнить невозможно, особенно в небольших населенных пунктах, очень удаленных от крупных райцентров. Расстояния там могут быть и 100 км, и 200 км до ближайшего автосервиса. Такие проблемы возникают и в крупных городах. Кроме того, часто невозможно выполнить ремонт в установленный 30-дневный срок — слишком много времени уходит на доставку запчастей». На этапе разработки закона РСА предупреждал о том, что эти требования чрезмерны, отмечает Евгений Уфимцев, в каско они отсутствуют. «И в каско все работает, жалоб практически нет. Но Банк России, к сожалению, настоял на такой норме,— говорит он.— Автосервисы, зная, что не могут выполнить требования, просто не заключают договоры со страховщиками, возникает дефицит мест, куда можно отправить машину на ремонт. В итоге страховщик компенсирует ущерб деньгами». «Ингосстрах» заключил всего девять договоров со СТОА, рассказал „Ъ“ глава дирекции розничного бизнеса компании Виталий Княгиничев. «Для полномасштабного развития натуральной формы возмещения этого недостаточно»,— считает он.

На деятельности автоюристов новая редакция закона никак не отразилась, констатируют в РСА, ограничения мошенники легко обходят, например, делают для своих клиентов временную регистрацию в отдаленных городах специально, чтобы страховщик не мог выполнить требования о 50 км до станции и был вынужден возмещать ущерб деньгами.

В РСА предлагают убрать из закона требования к СТО. «Нам говорят, что, мол, страховщики начнут злоупотреблять своим правом, направлять граждан ремонтироваться за несколько сотен километров,— рассказывает Евгений Уфимцев.— Но все это можно контролировать, введя высокие штрафы». Также необходимо разрешить использование б/у запчастей в автосервисах (сейчас закон это запрещает), отмечает господин Уфимцев: новые не всегда доступны из-за низкой стоимости полиса, особенно когда нужно ремонтировать старые праворульные машины.

СЕРГЕЙ БОБЫЛЕВ

Работники автосервисов считают, что страховщики занижают цены на ремонт на 50-70%

В РСА настроены оптимистично: там рассчитывают, что ЦБ внесет коррективы в требования к СТО. В самом Банке России ситуацию комментируют так: «Натуральная реформа развивается нормальными темпами». «Мы ждем от страховщиков анализа правоприменительной практики натурального возмещения и предложений, касающихся возможных изменений законодательства»,— говорят в ЦБ.

Неоригинальный подход

Недовольны «ремонтной» реформой и автодилеры. Основная их претензия связана с калькуляцией стоимости запчастей и работ, на основе которой потом оплачиваются услуги станций техобслуживания. Этих денег, пояснил „Ъ“ президент ассоциации «Российские автомобильные дилеры» (РОАД) Олег Мосеев, не хватает для выполнения ремонта. «Проблема в справочниках РСА, которые применяются для расчета стоимости ремонта,— рассказал „Ъ“ господин Мосеев.— Цены в них сильно отличаются от рекомендованных цен, применяемых дилерами. Разница может достигать 50–70%. В итоге автомобили, которые находятся на гарантии, не могут быть отправлены на ремонт к авторизованным дилерам. Денег на ремонт не хватает даже с учетом скидок на запчасти, которые автосервисы дают страховщикам».

Страховщики и автодилеры поразному воспринимают сложившую ситуацию. «Автосервисы привыкли работать по схеме, которая действует в каско, когда страховая компания оплачивает счет, который ей выставляет СТО, по сути диктуя свои условия,— объясняет Евгений Уфимцев.— Кроме того, заявления о том, что цены на запчасти в нашей методике сильно отличаются от рыночных, не совсем правда. Автокомпании считают цены только на оригинальные запчасти, особенно когда речь идет о ремонте гарантийных машин». При этом, по его словам, прямого запрета на использование неоригинальных запчастей нет: договоры между производителями и автодилерами предусматривают возможность установки неоригинальных запчастей, но только если это согласовано с производителем. «Процедура согласования довольно сложная — связываться с этим никто не хочет, хотя попытки были, но по факту такой практики нет»,— признает господин Уфимцев. Кроме того, отмечает он, у страховщиков есть опыт работы с небольшими региональными автодилерами, которые ставят неоригинальные запчасти на подержанные машины: выплат им хватает. «Сопротивление мы пока наблюдаем в основном со стороны крупных московских дилеров»,— резюмирует Евгений Уфимцев.

Заявления РСА господин Мосеев называет «лукавством». «Весь вопрос в последствиях,— объясняет он.— Например, если на немецкий автомобиль установить неоригинальное китайское дешевое зеркало, то это может повлиять на работу всей машины. Если начнутся проблемы с электроникой, автовладельцу придется доказывать, что причина не в установленной неоригинальной запчасти, а в чем-то другом. К сожалению, такая логика сейчас заложена в законы и правила ОСАГО».

Кроме того, отмечает Олег Мосеев, эксперты сравнивали цены из справочника РСА не только с ценами оригинальных запчастей, но и запчастей сторонних производителей, поставляемых на конвейер. Речь идет о ситуациях, когда, к примеру, Bosch поставляет автокомпаниям компоненты, которые потом продаются в магазинах как под брендом самой автомобильной компании («оригинальная запчасть»), так и под брендом Bosch (как правило дешевле, чем «оригинал»). И в этом случае эксперты сталкивались с отставанием справочников РСА от цен на рынке

Донастройка реформы

Несмотря на споры, в последние несколько месяцев ситуация стала улучшаться, это констатируют и страховые компании, и автосервисы. «Страховщики стали охотнее заключать договоры с автодилерами, но это пока скорее единичные случаи, чем практика рынка»,— говорит Олег Мосеев. Однако отмечена новая негативная тенденция. «Автодилеры выставляют автовладельцам дополнительные счета на ремонт, требуют доплаты,— рассказывает Евгений Уфимцев.— Некоторые, не вникая в юридические тонкости, соглашаются. Те, кто подкован, начинают жаловаться, поскольку их в автосервис направил страховщик, ремонт осуществляется в рамках ОСАГО — какие могут быть дополнительные счета?» «Скорее всего, речь идет о ситуациях, когда клиент хочет, чтобы его автомобиль качественно отремонтировали на авторизованном автосервисе,— парирует Олег Мосеев.— А средств, выделенных на ремонт страховщиком в рамках страхового случая по справочнику, на это не хватает. Поэтому он добровольно соглашается доплатить разницу, получив необходимое ему качество работы».

Президент Ассоциации по защите прав автострахователей Максим Ханжин характеризует результат ремонтной реформы как «провальный». «Никакого улучшения для клиентов не произошло,— говорит он.— Идея была в том, чтобы создать два профессиональных сообщества из страховщиков и автосервисов, чтобы потребитель мог свободно выбирать, где ремонтироваться. Сейчас он выбирает из того, что предлагает компания, и выбор этот совсем небольшой». Альтернативу получили не водители, а страховщики, утверждает господин Ханжин: в «токсичных» регионах они делают так, чтобы большая часть выплат производилась ремонтом, где есть доходность от ОСАГО — деньгами. Для завершения реформы необходимо закрепить требования к автосервисам: оборудованию, квалификации сотрудников, их навыкам, говорит Максим Ханжин. Эффект от реформы получился «обратный», отмечает Виталий Княгиничев: необходимо как минимум ввести полугодовую гарантию на ремонт, дифференцировать его сроки в зависимости от сложности.

Иван Буранов

«Надеюсь, закон о санации долго останется теоретическим»

— позиция регулятора —

Главная проблема страхового рынка — убыточность ОСАГО — уже привела к кризису крупнейшей розничной компании «Росгосстрах». Что об этом думают в Центробанке, как он будет проводить санацию других проблемных страховщиков, какие сегменты страхового рынка уйдут, а какие могут показать рост, корреспонденту „Ъ“ ЕЛЕНЕ ВЕБЕР рассказал зампред Банка России ВЛАДИМИР ЧИСТЮХИН.

— Выплаты по ОСАГО снижают прибыль страховщиков. Достаточны ли тарифы в сегменте?

— В первом квартале 2018 года мы проведем актуарную оценку их достаточности. Когда мы говорим об убыточности ОСАГО, не надо забывать, что оно является ключом к розничному рынку. И, как показывает наша аналитика, многие страховщики недорабатывают по части регулирования своей убыточности и сокращения расходов. По крайней мере в прошлом многие из них предпринимали минимум усилий, чтобы остановить мошенничество в ОСАГО и автопосредников, которые злоупотребляют правом. Кроме того, оценивая тарифы, мы должны будем понять, как на убыточность повлиял переход от прямых выплат к ремонту. Что важно, основная часть убытков приходилась и пока приходится на «Росгосстрах», но сегодня компания принимает серьезные меры с целью их сокращения: организационные, правовые, в том числе меры противодействия внутреннему мошенничеству. Если эти действия будут успешными, убытки резко сократятся.

— Как вы оцениваете финансовую устойчивость страховщиков?

— По сравнению с 2013 годом, когда ЦБ получил полномочия по регулированию и надзору в сегменте, устойчивость рынка повысилась. Изменены требования по нормативам, резервам, собственным средствам, компании были вынуждены серьезно улучшить качество своих активов. Плюс в отношении крупнейших страховщиков проводятся мероприятия, направленные на улучшение их систем управления рисками, внутреннего контроля, актуарной функции, требований по аудиту, и теперь ЦБ доверяет им гораздо больше.

— Что даст страховому рынку механизм санации?

— Это инструмент для повышения вариативности решений органа надзора: что делать с компанией, которая находится в непростой финансовой ситуации? Если ее уход чреват рисками для отдельного региона или для страны в целом — мы сможем не только закрывать ее, как это происходит сейчас, но и обеспечивать продолжение ее работы. Конечно, поменяв собственников, менеджмент и докапитализировав ее.

— То, что происходит с «Росгосстрахом»,— это санация или нет? Все, что вы перечислили, там и произошло: смена собственников, менеджмента, докапитализация...

— «Росгосстрах» находится в периметре санации его основного собственника банка «Открытие», и, конечно, собственник помогает «Росгосстраху» в финансовом плане.

С15

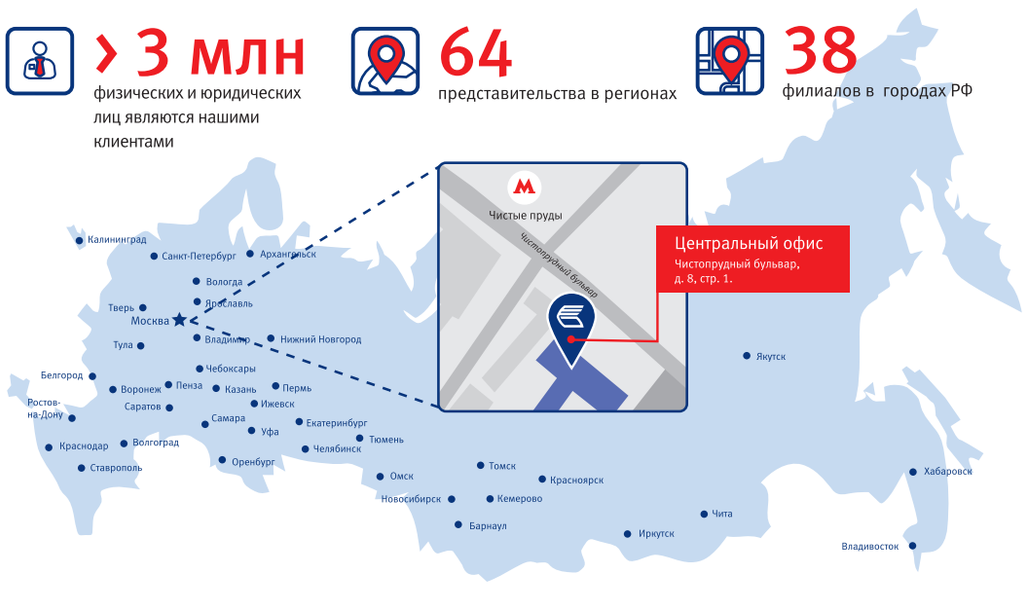
ВТБ Страхование — надежная защита вашего бизнеса

ВТБ Страхование входит в десятку крупнейших отечественных страховых компаний

› 3 млн физических и юридических лиц являются нашими клиентами

64 представительства в регионах

38 филиалов в городах РФ



Надежные финансовые показатели

ВТБ Страхование – один из самых динамично развивающихся участников российского страхового рынка

5 543 млн руб. 2010

64 065 млн руб. 2016

› в 11 раз увеличение объема премий

Успех и надежность компании подтверждают максимальные рейтинги среди страховщиков с российским капиталом

RAEX (Эксперт РА) ruAAA

НРА AAA

S&P BB+

ВТБ СТРАХОВАНИЕ

8 800 100–44–40

(звонок по России бесплатный)

www.vtbins.ru

ООО СК «ВТБ Страхование»
Лицензия СЛ № 3398 / СИ № 3398 от 17.09.2015 г. Реклама.

Review

«Чиновники согласились с тем, что 2017 год — это провал в сегменте из-за единой субсидии»

Принцип единой субсидии в АПК серьезно ударил по агрострахованию: их сборы снизились на 80%, а потери аграриев в размере 4,8 млрд руб. в этом году остались незастрахованными. Впрочем, президент Национального союза агрострахованию (НСА) **Корней Биждов** надеется, что уже к кампании по страхованию озимых 2018 года ситуация выправится. О перспективах рынка он рассказал в интервью „Ъ“.

— агрострахование —

АНАТОЛИЙ ЖДАНОВ

— В текущем году агрострахование с господдержкой начало осуществляться в условиях единой субсидии. Как изменился сегмент?

— Еще до введения принципа единой субсидии мы предсказывали власти неутешительные последствия. И действительно, наш грустный прогноз стал реальностью. По объему премий мы наблюдаем спад на 80% в растениеводстве, где, по данным ЦБ, за первое полугодие объем собранных премий составил 1,1 млрд руб. По данным НСА, за десять месяцев этого года сумма увеличилась незначительно — до 1,3 млрд руб.

На протяжении 2012–2016 годов охват страхованием посевных площадей в среднем составлял 15–18%, а в отдельных аграрных регионах охват достигал 27% в растениеводстве и до 80% в животноводстве. Что для стартового периода — а агрострахование с господдержкой в нашей стране находится именно в этой фазе становления — очень неплохие показатели. В 2017 году охват страхованием составил менее 5%, или всего 20% от целевых показателей, которые утверждены Госпрограммой развития сельского хозяйства на 2013–2020 годы.

В животноводстве потери меньше, но тут большинство страхователей — это крупные холдинги, которых убеждать страховаться не нужно.

Предоставление права регионам решать, сколько средств выделять на агрострахование,— это и есть полная децентрализация

Любопытно, что начиная с 2012 года Минсельхоз и Минфин много раз на совещаниях, в том числе у председателя правительства, говорили об острой необходимости централизации и стандартизации агрострахования. Цель была благая: аграрий не должен возиться с разными правилами страхования и массой различных документов. Страховщики эту задачу выполнили, объединившись в одно профобъединение, опять же для удобства и стандартизации страхования. И тут всех нас накрывает фактическая децентрализация системы господдержки в виде единой субсидии, и рынок резко откатывается назад.

Предоставление права регионам решать, сколько средств выделять на агрострахование,— это и есть полная децентрализация. Успешные примеры мирового агрострахования с господдержкой демонстрируют, что адресное страхование ни в коем случае нельзя выпускать из поля федерального регулирования. И в этом есть экономическая логика. Если государство выделяет субсидии на все виды другой деятельности фермеров: закупку семян, горюче-смазочные материалы и прочее, оно же и должно позаботиться о том, чтобы в случае катастрофических событий выделенные средства были хоть чем-то защищены.

— Вы ранее говорили о провале кампании по страхованию яровых, а что с озимыми — как обстоит ситуация?

— С озимыми ситуация немного лучше. Суть в том, что в основных зерносеющих регионах озимые всегда на практике лучше страховались: по ним рисков погодных больше — это и так называемое выпревание, и ледяная корка, а значит, и вероятность гибели посевов выше. И аграрии это хорошо понимают.

— Как вы оцениваете ущерб аграриев в нынешнем году?

— В этом году аграрии установили исторический рекорд за весь период существования Российской империи и Советского Союза: урожай зерновых составит 136,7 млн тонн зерна. Но в начале лета наблюдались существенные погодные аномалии: заморозки, град на юге и т. д. По этим локальным событиям регионы объявляют режим чрезвычайной ситуации. Собирают все необходимые доказательные документы и обращаются в Минсельхоз за финансовой поддержкой.

Таких заявлений в этом году было сделано регионами на сумму более 3 млрд руб., из них уже определено к оплате около 2 млрд руб. В реальности ущерба гораздо больше, так как выплаты по ЧС покрывают только прямые затраты аграриев. По нашим оценкам, природно-климатические условия этого года нанесли аграриям урон на сумму 4,8 млрд руб. Все эти риски не были застрахованы, поскольку касались в большей части яровых.

— Как, по-вашему, на правительство, принимавшее решение о введение единой субсидии, оказал влияние тот факт, что последние пять лет в стране были рекордно урожайными?

— Я бы так думал, если бы решение было принято только по субсидиям на агрострахование, но в единую субсидию заложили практически все виды поддержки аграриев. Впрочем, фактор урожайности также сыграл свою роль: «Мы страхуемся, а уровень выплат не превышает 40% от сборов, разве это справедливо?» Такие вопросы возникают и у чиновников, и у аграриев. Но за это время и урожайность выросла более чем на 40%, закон же предусматривает страхование именно рисков потери урожая, а не колебания доходов аграриев.

— Существует ли сменяемость периодов урожайности и как в перспективе оцениваются сельхозриски?

— Да, существует цикличность в пять-семь лет, подтвержденная сотнями лет наблюдений, погодной и страховой статистикой. Учитывая, что с 2012 года мы наблюдаем урожайные периоды, как раз в этом году наш союз прогнозировал серьезные погодные аномалии. Это, кстати, произошло за рубежом — спад урожайности на Украине, в США. Россия же в этом году стала мировым лидером по экспорту зерна.

На Конгрессе Международной ассоциации страховщиков сельскохозяйственного производства, который в октябре проходил в Варшаве и был посвящен агроклиматическим рискам, озвучивались прогнозы ожидания природных катастроф в 2018–2019 годах. Отмечалось, что особенно это может затронуть юг Европы, в то же время территория нашей страны, по прогнозам, не должна сильно пострадать. Агротехнологии серьезно совершенствуются, и высокая урожайность может быть достигнута и при плохой погоде — это, например, связано и с новыми сортами семян. Но эти факторы ни в одной стране мира не отменяют необходимость развития и поддержки агрострахования.

— В начале года сегмент критиковала Счетная палата. По ее данным, в 2014–2015 годах сумма страховых премий по данному виду страхования составила 22,6 млрд руб., из которых 9,5 млрд руб. были выделены из федерального бюджета. При этом сумма страховых выплат за этот же период составила 2,7 млрд руб. Что ответите на критику?

— Во-первых, мы оспаривали корректность этих цифр в части страховых выплат, поскольку Счетной палатой использовались данные органов управления АПК субъектов РФ, которые не располагают корректными сведениями относительно страховых выплат, соответственно, в эти данные не попали выплаты, которые фактически осуществлены страховщиками, но сами договоры не были просубсидированы. То есть они отразились в статистике в выплатах по страхованию без господдержки — такие вот особенности статистического учета.

Во-вторых, давайте определимся, что такое эффективность страхования в принципе. Если речь идет о том, что страховое сообщество получает, условно говоря, 100 руб. и выплачивает 100 руб., то это не страхование. Если нужна такая пропорция — можно заняться прямыми выплатами из бюджета, как это делается по многим другим направлениям.

Мы считаем, что эффективность нужно оценивать в определенном временном промежутке, а агрострахование с господдержкой — молодая система: ей всего пять лет. О ее эффективности можно будет судить только в длинном периоде. Пока же можно привести в пример наводнение на Дальнем Востоке в 2013 году, где было застраховано на тот момент только 14 хозяйств. Они заплатили за свои полисы 3 млн руб., а получили выплат на 90 млн руб. Это эффективно? Несмотря на благоприятную обстановку и рекордные урожаи в целом по стране, в отдельных регионах страховщики несут значительные убытки.

— Как в целом оцениваете рентабельность сельхозстрахования? И как российская практика отличается в этом от мирового опыта?

— Сейчас страховщики, занимающиеся агрострахованием, в небольшом выигрыше, но на таком коротком промежутке, повторюсь, судить об эффективности системы рано. НСА проводил расчеты по рентабельности этого бизнеса с учетом специфики.

Страховая компания, заключившая договор с аграрием, получает от него первую часть взноса, а в течение полугода, а иногда и больше, ждет вторую часть — субсидию. Она несет расходы на ведение дела, на обучение специалистов филиалов, на наем экспертов, агрономов для того, чтобы войти в этот сектор. Еще 5% от собранных премий компании платят в компенсационный фонд НСА. С учетом всех этих расходов наш союз оценивает рентабельность бизнеса в 10–15%. В мировой практике примерно такие же оценки рентабельности. Выплаты в среднем составляют 30–50% от сборов по этому виду. Кроме пиковых, катастрофических лет, которые дают уровень выплат в 150–200%.

— Объем дебиторской задолженности российских агрострахов-щиков, возникшей из-за недофинансирования из средств бюджета по договорам, заключенным в 2016 году, достигает 1,5 млрд руб. Как обстоят дела с дебиторской задолженностью участников НСА в настоящее время?

Сейчас аграрий может рассчитывать на возмещение от страховщика в том случае, если потери урожая составили 20%

— Проблема дебиторской задолженности, к сожалению, носит циклический, переходящий на другие периоды характер. Никогда начиная с 2012 года субсидии не выплачивались вовремя. Выплаты субсидий всегда либо сдвигались на конец года, либо на следующий год. Либо вообще не выплачивались. По 2016 году эта сумма задолженности частично может быть погашена в 2017 году после того, как Минюст зарегистрирует недавно подготовленную Минсельхозом методику определения страховой стоимости. Но есть большие сомнения, хватит ли средств на то, чтобы полностью погасить задолженность. Если конкретный регион не заключал в 2017 году договоров страхования, а такие регионы есть даже среди бывших лидеров, например Краснодарский край и Белгородская область, то у него будет возможность погасить долги за прошлые годы. Но если он заключил договоры страхования и в этом году и у него остались хвосты 2016 года, у него может просто не хватить денег.

— Регулятор входит в положение страховщиков по вопросам растущей дебиторской задолженности, связанной с сегментом агрострахования?

— ЦБ понимает специфику этой задолженности и в целом проблемы сегмента разделяет. На данном этапе идут консультации между Центробанком и НСА по поиску решений этой проблемы. Могу сказать, что у нас с регулятором наблюдается совпадение взглядов на многие принципиальные стороны развития сегмента. Но это не означает, что его надзорная функция в отношении агрострахов-щиков как-то смягчена.

— В октябре Верховный суд подтвердил правомерность отказов НСА в выплатах из компенсационного фонда по 15 обращениям с признаками мошенничества. Общая сумма, которую рассчитывали получить фермеры, составляла более 80 млн руб. Как в целом обстоят дела с мошенничеством в сегменте?

— Количественно в агростраховании мошенники не так активны, как, например, в ОСАГО, тем не менее мы все равно постоянно держим эту тему в фокусе. Пример, который вы привели,— это так называемые алтайские дела. Эта и ряд подобных атак мошенников отбиты: они натолкнулись на правильно организованную юридическую систему защиты. В чем-то она уникальна, и, хотя у нас не прецедентное право, эти судебные решения вплоть до Верховного суда работают и в других делах.

Аграриям, которые поддались на уговоры так называемых страховых юристов, надо помнить, что все расходы по судебной защите мы обязаны предъявлять сельхозпроизводителям. А расходы немалые — мы прибегаем к услугам ответственных юридических организаций, услуги которых стоят недешево. На сегодняшний день НСА подал 22 заявления о взыскании судебных расходов, общая сумма заявленных требований составляет 19 млн руб.

— Удалось ли победить схемы в агростраховании?

— До 2012 года почти 90% договоров сельхозстрахования с господдержкой содержали эти схемы. Да, схем по выводу средств под видом страхования стало на порядок меньше, однако говорить о том, что это произошло окончательно и бесповоротно, еще рано. Могу сказать, что до сих пор в 15–20% договоров страхования мы видим признаки схем. Например, готовится пакет документов на получение субсидии, и документы в этом случае собраны, как правило, идеально. Затем выплачивается субсидия и делится между чиновником, страховщиком и аграрием. А если по такому договору происходит страховое событие, стороны документально оформляют обязательства не предъявлять претензии по выплате.

— Сколько сейчас в компфонде НСА средств? Были ли из него выплаты?

— 1,6 млрд руб. Механизм компенсационных выплат заработал с 2014 года, за этот период НСА выплатил около 70 млн руб. аграриям семи регионов, в том числе Волгоградской и Ульяновской областей, Алтайского края, Республики Татарстан. Основные риски — почвенная засуха и переувлажнение почвы.

— В соответствии с законом «О государственной поддержке в сфере сельскохозяйственного страхования» 25% дохода, полученного НСА от инвестирования средств фонда компвыплат, союз может направить на финансирование целевых программ по развитию системы сельхозстрахования. Что это за программы?

— После долгого согласования с тремя ведомствами, утверждены несколько направлений. Одно из них — это разработка новых страховых программ. Дело в том, что сейчас существует базовая конструкция закона. Для удобства аграриев и наиболее полного покрытия рисков надо анализировать агроклиматические условия, считать тарифы и прогнозировать убытки. На основе проведенного анализа НСА планирует разрабатывать дополнительные страховые программы и внедрять их в систему агрострахования с господдержкой.

Кроме того, мы активно развиваем космомониторинг и программу рискового районирования, задача которой описать критерии каждого природного явления с последствиями для каждого региона, учитывающие особенности сельхозкультур и даже фазу их развития. Следующий важный для нас проект — информационно-разъяснительная работа с аграриями. Часто они далеки от терминов страхования и плохо осознают свою потребность в полисе.

— Вы предлагали Минсельхозу рассмотреть возможности использования данных космомониторинга при дефиците метеостанций. Инициатива была поддержана?

— Отношение чиновников к космомониторингу всегда было наиболее позитивным по сравнению с отношением к другим нашим инициативам. Проблема дефицита метеостанций обсуждается уже лет семь. Существуют метеостанции стоимостью $500, которые может позволить себе средней руки фермер. Но данные этой метеостанции не будут приниматься госорганами, если она не сертифицирована Росгидрометом. А стоимость процедур сертификации в несколько раз превышает стоимость самой метеостанции. Данные же космомониторинга пользуются большой популярностью и у аграриев, и у чиновников, и у страховщиков, и даже уже учитываются судами. Одна из поправок в закон о сельхозстраховании с господдержкой, которую мы согласовали с Минфином, ЦБ и Минсельхозом, заключается в том, что в случае спорных ситуаций при страховой выплате могут быть задействованы данные космомониторинга.

— Как в целом строится ваше общение с Минсельхозом? Чиновники разделяют проблемы сегмента?

— Только начиная с сентября, на мой взгляд, произошел некий перелом в восприятии проблем агрострахования. Чиновники согласились с тем, что 2017 год — это провал в сегменте из-за ситуации с единой субсидией. Поэтому в настоящий момент внутри механизма единой субсидии мы совместно с чиновниками пытаемся найти выход.

Можно внутри единой субсидии установить минимальную долю, которую регион должен направить на агрострахование. Кроме того, обсуждается введение так называемых повышающих коэффициентов, например по погектарной поддержке — этот вид субсидии очень востребован. То есть размер этой поддержки будет больше, если посевы застрахованы. Надо сказать, что такая практика уже частично реализовывается в регионах, например в Ростовской области, Забайкальском крае. В Минсельхозе согласились с тем, что в 2018 году таких регионов должно быть больше.

— Как вы оцениваете готовность нормативной базы для заключения договоров агрострахования?

— Наша основная тактическая проблема помимо единой субсидии заключается в том, что приказы Минсельхоза о расчете страховой стоимости посевов, которые должны выходить в феврале—марте, выходят в ноябре. В итоге такие позитивные с точки зрения подходов к агрострахованию регионы, как Ставропольский край, из-за отсутствия нормативов не могут выплачивать субсидии со всеми вытекающими отсюда последствиями — как для аграриев, так и для страховых организаций.

— Ранее вы заявляли о необходимости реформировать агрострахование с господдержкой, каким образом? И что реформы дадут аграриям и страховщикам?

— Изменение, которое мы уже согласовали со всеми министерствами и ЦБ,— это отказ от порога убыточности, после которого наступает основание для выплаты. Сейчас аграрий может рассчитывать на возмещение от страховщика в том случае, если потери урожая составили 20%. Мы снижаем этот порог до 10%, расширяем диапазон страховых сумм под нужды агрария и договариваемся со всеми участниками процесса, что данные космомониторинга принимаются в расчет при возникновении спорных ситуаций. Эти меры повышают доступность страхования с господдержкой и упрощают урегулирование убытков, что в первую очередь немаловажно для аграриев.

— Каковы шансы, что посевные кампании следующего года будут плотнее защищены страхованием в сравнении с провалом 2017 года?

— Если все необходимые законодательные изменения до декабря будут внесены в Думу, есть шансы, что в весеннюю сессию они будут приняты. К озимым следующего года ситуация, по оптимистическим оценкам, может выправиться. В части же изменений в рамках единой субсидии решение, если оно состоится, должно быть принято раньше.

— Депутаты предлагают распространить систему страхования с господдержкой на рыбные хозяйства. Как вы к этому относитесь?

— В целом страховщики не против такой инициативы при условии, что на это направление будет выделено отдельное финансирование. Надо понимать, что практикой страхования аквакультуры обладает ограниченное количество страховых компаний — буквально единицы. Страховщиков надо обучить специфике этого бизнеса, это все отдельные расходы.

Мы думаем о том, как дальше развивать сегмент. Например, изучаем возможность применения индексного страхования. Его суть заключается в том, что страховщик фактически заключает с аграрием договор на достижение какого-либо индекса. Например, на предмет того, что погодный индекс в этом году достигнет определенной величины. Другими словами, страховым событием является не потеря урожая, а достижение определенных расчетных и прогнозных показателей. Но в условиях нашего законодательства к такой выплате у налоговиков, к примеру, могут возникнуть вопросы, потому что аграрий страховые выплаты получает, а реального ущерба при этом не имеет.

— Как можно в настоящий момент повлиять на популярность агрострахования? Банки принимают полис в качестве исполнения требования о страховании залогового имущества?

— Суть в том, что ряд рисков, которые банки требуют застраховать по отношению к залоговому имуществу, не покрывается агрострахованием с господдержкой. Например, риски противоправных действий третьих лиц. В этом случае аграрий может получить комбинированное страхование и его уже предъявлять банку. Если же такой риск возникнет в рамках субсидируемого страхования, тарифы как минимум на 20% должны будут вырасти. Противоправные действия, к сожалению, составляют серьезную проблему для аграриев: бывает, после уборки урожая пропадает содержимое целых элеваторов. И не каждый страховщик возьмется это страховать.

Интервью взяла Татьяна Гришина

Review

ИНГОССТРАХ Ingosstrakh 7.
СПАО «Ингосстрах»

«Будь большим, но работай как стартап»

О том, почему выживут только крупные страховщики, чем для рынка обернулась ремонтная реформа ОСАГО и перспективных сегментах на будущее, рассказал в интервью „Ъ“ генеральный директор «Ингосстраха» **Михаил Волков.**

— экспертное мнение —

— ОСАГО существенно снижает прибыль компаний. Как, не нарушая закона, можно сдерживать убыточность?

— Ситуация тяжелая, рынок не так давно отошел от кризиса 2014 года, в 2016 году жизнь начала налаживаться, но с конца 2016 года сегмент оказался в положении, в котором вряд ли сможет долго продержаться. Большое количество убытков в ОСАГО абсорбировал «Росгосстрах», убыточность же рынка в целом превышает 100%. Это жестко регулируемый рынок: ЦБ устанавливает тарифы плюс существует обязательность продаж.

Непростая ситуация с ОСАГО сложилась и для ЦБ, который оказался не только регулятором, но и владельцем «Росгосстраха».

«Ингосстрах», в свою очередь, уже пережил несколько эпох за 70 лет на рынке, и я уверен, что мы и из этого кризиса выйдем за счет запаса, который сформировали за благополучные 2014–2015 годы. За это время мы практически удвоили активы.

— Не за счет страховой деятельности, а за счет инвестирования?

— Мы реинвестировали всю нашу прибыль, и на сегодняшний день размер наших активов составляет 60 млрд руб., этого хватит на любую ситуацию. Вместе с тем природе бизнеса противоречит ситуация сознательного получения убытка по итогам страхового цикла. Поиск оптимального соотношения цены риска на территории нашей страны для различных групп клиентов жестко ограничен главным критерием оценки деятельности регулятора — обеспечением доступности ОСАГО. В этих условиях мы пытаемся в рамках действующего нормативного регулирования идти по пути «наименьшего зла». Следствием является падение продаж ОСАГО, которые мы не мотивируем, и добровольных видов страхования.

Любое снижение объема по компании всегда ведет к тому, что мы вынуждены сокращать расходы, людей — это всегда сложный процесс. Но в перспективе мы видим рынок в более оптимистичном положении, чем сейчас, как только решится проблема с ОСАГО. Сейчас у нас средняя премия по ОСАГО примерно на 15% выше средней по рынку, это происходит правовом поле за счет правильной работы с нашими каналами продаж. Принцип доступности ОСАГО не нарушаем.

Мы ведем переговоры с регулятором и законодателями и просим ослабить регулирование тарифов. В пример приводим каско, где практически у каждого клиента индивидуальный тариф. Или, например, на нашем сайте есть калькулятор-слайдер, с помощью которого можно выбрать бюджет на страхование исходя из суммы, которую готов потратить автовладелец, и набор рисков, которые можно защитить. За счет этого можно конкурировать и в ОСАГО.

— Ожидаете уход компаний с рынка в связи с недостаточностью тарифов ОСАГО?

— Я уже сейчас не очень понимаю, за счет чего живут мелкие и средние игроки — они должны испытывать серьезные финансовые трудности, а начало следующего года должно стать для них катастрофическим. Экономика масштаба в страховании много значит. Единственная трудность для крупных игроков заключается в том, что они часто неповоротливы, поэтому мы в «Ингосстрахе» исповедуем принцип «будь большим, но работай как стартап». В таком случае никакого конкурентного преимущества у совсем мелких компаний перед «Ингосстрахом» не будет. Несколько крупных компаний могут закрыть всю потребность в страховании.

— Всей страны?

— Почему нет? У нас страна москвацентрична. Мы, когда писали стратегию «Ингосстраха», столкнулись с тем, что 50% всего рынка каско — это Москва, второй город — это Санкт-Петербург: в нем 15%. А во всех остальных, даже в городах-миллионниках, редко превышает 3% рынка каско.

— Как обстоит ситуация с мошенничеством в страховании?

— Мошенничество и страхование, к сожалению, неразрывно связаны. Искоренить первое не удастся. Мы сталкиваемся со случаями, когда с большой вероятностью выплату можно считать сомнительной, но юристы говорят, что мы проиграем в суде. Не всегда законодательство нам помогает в борьбе с мошенничеством. Порядка 15–20% таких выплат мы вынуждены делать. Это создает огромное давление на финансовый результат. А есть регионы, например Волгоград, Краснодар, где такие выплаты доходят до 50%. Если три из четырех случаев приходят к нам по почте, это почти гарантированно мошенничество. Мы просто физически не успеваем отреагировать. И сразу же суд, и решения не в нашу пользу. И деньги из экосистемы «страхователь-страховщик» уходят юристам.

ГЕННАДИЙ ГУЛЯЕВ

— Ремонтная реформа в ОСАГО как-то облегчила страховщикам борьбу с мошенниками?

— К сожалению, нет. На входе в реформу были благие намерения, на выходе получили то, что не очень помогает, а скорее наоборот.

— Мошенники уже освоили схему работы с натуральными выплатами?

— Вы их спросите. Я думаю, да. Предъявить в суде претензии, что автомобиль отремонтирован не как следует, достаточно просто. Мы мало делаем выплат ремонтом. И сознательно не пошли по этому пути, чтобы не ухудшить ситуацию с убыточностью ОСАГО. Я знаю коллег на рынке, которые, к примеру в Волгограде, приняли решение осуществлять выплаты ремонтом и говорят, что буквально на руках аварийную машину доносят до сервиса, чтоб только никто из третьих лиц не перекупил права требования по страховому случаю с ней.

— А развитие непрофильного бизнеса в виде собственной сети автосервисов страховщикам кажется непривлекательным?

— Нет, этот бизнес далек от того, чем мы занимаемся. Мы по России взаимодействуем с тысячами станций, невозможно заместить их, это все равно рыночный механизм.

— Но вы же развиваете собственную поликлиническую сеть «Будь здоров»?

— Да, это действительно отдельный, нестраховой бизнес, и у нас десять лет назад при его запуске была идея распространить клиники на всю страну. Сейчас мы следуем принципу москвацентричности. К сожалению, население в ряде регионов не сформировало платежеспособного спроса на то качество услуг, которое предоставляется в наших клиниках. 3 из 11 мы закрыли. А в Москве думаем открыть еще одну к уже имеющимся четырем. Бизнес непростой — он связан со здоровьем человека, и всегда будут жалобы на то, что не вылечили. Поэтому важны стандарты качества врачебных услуг — это то, над чем мы постоянно работаем. В регионах, напротив, открыли клиники определенной направленности. Например, в Сочи она ориентирована на курортологию. И там уже активно используется принцип телемедицины. Например, если у клиента есть врач в Москве, а человек отправляется на санаторное лечение, то врач в Сочи может связаться с врачом в Москве и обсудить назначения.

— Вы ранее заявляли, что не исключаете приобретение страховщика ОМС. Чем так интересна эта сфера?

— На мой взгляд, роль страховщика в системе ОМС должна быть усилена. Сегодня ОМС — это не рисковое страхование, это сервис по контролю за качеством оказания услуг лечебным учреждением. Но и сейчас бизнес ОМС интересен. Это далеко не высокомаржинальный бизнес. Но чем больше по объему этот бизнес, тем меньше затраты на ведение одного пациента. Поскольку ОМС у нас есть, имеет смысл этот сегмент укрупнять.

— Какие еще сегменты планируете развивать?

— Практически нет такого сегмента, которым бы мы не занимались в страховании. За исключением осторожного отношения к агрострахованию, которое мы не считаем классическим видом сегодня. А из совсем нового на рынке — это киберриски. Мы одни из немногих, кто их действительно страхует. При этом не могу не сказать, что неосознанно страховщики уже несут на себе эти риски. Когда, например, страхуют клиентов от перерыва на производстве. Компании хорошо умеют рассчитывать тариф по перерыву в производстве, связанный с авариями: пожар, взрыв, залив. Но за последний год в разы увеличилась вероятность того, что очередной вирус типа WannaCry, например, заблокирует компьютер главного бухгалтера и людям не выплатят зарплату. По таким случаям у страховщиков еще не много практики, и, возможно, страховые компании даже не осознают, что уже несут на себе эти риски.

— Как относитесь к планам правительства ввести обязательное страхование киберрисков?

— Минфин неоднократно озвучивал свое несогласие с введением любого нового обязательного вида страхования. Для нас, страховщиков, это неоднозначный вопрос. С одной стороны, безусловно, мы за рыночные принципы и регулирование тарифов страховым сообществом. Но на примере ОСАГО видим, что ничто так не популяризирует страхование, как его обязательность или введение ответственности по ряду рисков. Например, в США как ввели уголовное наказание за действия управленцев компаний, так сразу все стали покупать полис страхования ответственности директоров (D&O). Вмененность страхования может заменить обязательность страхования, но в то, что все по своей воле придут и купят полис,— в это я не верю.

— Ответственность руководства банка «Открытие» (в настоящий момент банк санируется ЦБ) за управленческие ошибки была застрахована в «Ингосстрахе», но полис не сработал. Почему? И каким видите рынок D&O в РФ?

— Рынок сложный со специфическими рисками. То, что сегодня произошло с «Открытием», не входит в список страховых рисков. Пока что никто по этому банку о страховом случае нам не заявлял, и мы не видим причин, по которым это должно произойти. Мы не можем говорить о конкретном клиенте и раскрывать коммерческие условия конкретного полиса. Но в целом могу сказать, что полис D&O приостанавливает свое действие в связи с существенным изменением риска. Например, введение временной администрации расценивается страховщиком как существенное изменение риска, страхователь должен обратиться к компании за продлением покрытия в случае такого изменения. Перспективы у сегмента есть, выплаты по этому виду страхования на российском рынке были. Как и во всем мире, они непубличные.

страхование

«Надеюсь, закон о санации долго останется теоретическим»

— позиция регулятора —

с13

— А если бы на момент, когда «Росгосстрах» попал в периметр санации, была правовая возможность санировать его напрямую, как действовал бы ЦБ?

— Вполне возможно, мы использовали бы тот же групповой принцип. Нам важно сохранить периметр группы «Открытие». В него входят разные участники финансового рынка: и банки, и страховые компании, и негосударственные пенсионные фонды, профучастники рынка ценных бумаг. Это позволяет получить синергию за счет развития партнерских каналов, кросс-продаж, деления клиентской базы.

— Есть точка зрения, что покупка «Открытием» «Росгосстраха» как раз и нужна была для того, чтобы ЦБ мог разом оздоровить двух больших проблемных игроков…

— Решение о покупке «Росгосстраха» собственники «Открытия» принимали сами. Но мы не противились этой сделке, в том числе потому, что не исключали перспектив санации.

—Задолго ли вы можете предвидеть, что будете санировать компанию?

— Сложно сказать. Проблемы «Росгосстраха» мы с прежними владельцами компании начали серьезно обсуждать осенью 2016 года.

— Когда появится механизм санации страховщиков, будет ли целесообразно применить его к «Росгосстраху»?

— Нет, конечно. Зачем менять схему, которая показала свою работоспособность?

— Каковы траты на докапитализацию «Росгосстраха»?

— «Росгосстрах» получил в третьем квартале 2017 года 24 млрд руб. Думаю, до конца года нужно будет еще до 10 млрд руб., а оценки на 2018 год мы продолжаем делать. До третьего квартала средства вносила группа «Открытие», и это были десятки миллиардов рублей.

— Санация страховщиков за счет средств ЦБ означает, что вы не видите возможности найти рыночных инвесторов?

— Сложно найти инвестора, когда у компании отрицательный капитал и дыра в балансе. Интерес возникает, когда компания уже не убыточна и, возможно, приносит небольшую прибыль. Именно такой план мы предполагаем в отношении «Росгосстраха»: нужно сделать компанию минимально прибыльной, а потом решать, будет она продаваться на рынке или останется в группе «Открытие». Но это уже разговор будущего.

ГЕННАДИЙ ГУЛЯЕВ

Зампред Банка России Владимир Чистюхин

— Минфин хотел бы видеть более четкие основания для участия ЦБ в санации страховщика, чем социальная значимость бизнеса и угроза финстабильности…

— Когда мы готовили законопроект, то опирались на банковский опыт. Он себя оправдал. Нам кажется, что перечисление в законе точечных критериев может сыграть в обратную сторону: все будут понимать, что нужно принимать решение о санации, а какой-то критерий не выполнен. Текущие формулировки, с нашей точки зрения, достаточно полно отражают общую проблематику того, когда нужна санация.

— Минфин опасается субъективизма в решениях…

— Решение о санации — в любом случае мотивированное суждение: невозможен количественный расчет. Так, социальные риски оценить с точки зрения цифр очень проблематично.

— Санироваться будут только крупные страховщики?

— Очевидно, что механизм государственной санации более показан крупнейшим участникам рынка в сложной ситуации. Чтобы компания оказала влияние на регион и тем более на страну, чаще всего это должна быть крупная федеральная компания. Хотя нельзя забывать и о компаниях, специализирующихся на социально значимых видах страхования.

— В законопроекте есть норма, что санируемая компания прекращает денежные обязательства перед контролирующими лицами. Что это значит?

— Материнские по отношению к санируемой компании не смогут наравне с внешними кредиторами претендовать на удовлетворение своих требований.

— Первая санация банка по новому механизму началась через несколько месяцев после того, как он появился. Когда ждать первой страховой санации?

— У нас нет заготовленного списка компаний. Речь идет о создании превентивного института, который при необходимости может сработать. И я очень надеюсь на то, что этот закон долго будет оставаться теоретическим.

— Санированием страховщиков будет заниматься та же управляющая компания, что и на банковском рынке. Будут ли туда привлекаться люди со страхового рынка?

— Если УК получит функции по санации страховых компаний, то очевидно, в нее нужно будет привлекать людей, которые имеют компетенции в страховании. Возможно, часть сотрудников будет нанята с рынка или кто-то из департамента страхового рынка ЦБ тоже решит перейти туда на работу. Персонал будем набирать, когда закон будет в финальной стадии.

— Страховой рынок растет в основном за счет инвестиционного страхования жизни, но эксперты предупреждают, что это ненадолго. ЦБ это не пугает?

— Страхование жизни продолжает показывать динамичный рост — свыше 60%. Думаю, что мы и 2017 год закроем примерно с такой же динамикой. Потенциал у рынка серьезный, особенно если вспомнить, что доля страхования жизни в ВВП у нас крайне низкая — 0,2% (в странах Европы она в среднем больше 7%). Но мы обращаем внимание на отношения страховых компаний с клиентами, в первую очередь на раскрытие информации и понимание клиентами приобретаемых продуктов.

— Разочарование клиентов в доходности ИСЖ не скажется на росте рынка?

— Надо сначала понять, оправдаются эти ожидания или нет. Если я понимаю, что доходность связана с инвестиционными рисками и риск лежит на мне, я спокойнее отношусь к тому, что чего-то не заработал. Другое дело, если я ожидаю высоких процентов, а договор предусматривает, что я могу их не получить — у меня будет разочарование. По прогнозу ЦБ страхование жизни и дальше будет расти лидирующими относительно других сегментов темпами, но вопрос доверия здесь ключевой.

— Какие еще сегменты рынка перспективны?

— Рост выше среднего могут показать страхование жилья от чрезвычайных ситуаций в случае принятия закона о нем и агрострахование, если мы на уровне госполитики изменим взгляд сельхозпроизводителей и региональных властей на необходимость страхования. Плюс мировая практика показывает, что потенциал имеют «зеленое» страхование (экологическое.— **„Ъ“**) и страхование киберрисков.

— Эти сегменты могут расти так же интенсивно, как ИСЖ?

— Как я себе представляю изменения законодательства и структуру рынка — нет, такого роста мы наблюдать не будем.

— Агрострахование с господдержкой сейчас, наоборот, сильно падает из-за единой субсидии. Почему вы думаете, что оно будет расти?

— Действительно, изменение подходов к субсидированию сыграло определенную негативную роль, но, на наш взгляд, одна из причин — хорошие урожаи последних лет. Они приучают агропроизводителей к тому, что, возможно, страховка не нужна, потому что нет убытков. Но агросектор остается уязвимым, например, к погодным явлениям, а страховка может покрыть убытки, связанные с неурожаем. Если мы реализуем комплекс мер, который предложим в консультативном докладе по развитию сельхозстрахования, рынок начнет расти. Если нет — ситуация останется примерно такой же, как сегодня.

— Что за меры вы предлагаете?

— Сейчас ведется обсуждение выведения страховой субсидии из единой, включения в эту систему ОВС или индексного страхования — когда основанием для выплат являются показатели определенных индексов. Например, если урожай не погиб, а просто наступили заморозки. Обсуждаются введение системы метеонаблюдений, отказ от порога гибели урожая и введение гибкой франшизы — 10%, 30%, 50%, возможность выбирать любую комбинацию рисков для договора с господдержкой.

— Что ждет страхование застройщиков, после того как появились фонд защиты дольщиков и поручение президента об отказе от долевого строительства? Компании этого сегмента, как РИНКО, уже уходят с рынка…

— Система гарантий в долевом строительстве переходит из страхования и банковской сферы к фонду дольщиков, и доля страховых компаний станет существенно меньше: страхование из вмененного становится добровольным. Но надо помнить, что гарантии фонда дольщиков распространяются только на вновь заключаемые договоры по новым объектам. Для уже заключенных договоров страхования продолжает действовать старая система — компании будут как достраховывать эти объекты, так и нести ответственность по ним. На сегодня ее объем составляет примерно 3 трлн руб., и для нас очевидно, что страховщики как минимум три-пять лет будут играть значимую роль в этом сегменте.

Но из-за отказа от долевого строительства этот бизнес для страховщиков все равно будет конечным. Поэтому монокомпании, у которых не было других видов бизнеса, начинают передавать портфели или уходить с рынка. Однако есть и универсальные компании — у них этот сегмент сократится, но останется много других.

Интервью взяла Елена Вебер

страхование

«Страховые компании должны знать своих клиентов»

О том, как страховые компании, работающие в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), защищают права пациентов, о штрафах, которые они налагают на медицинские учреждения, а также о создании единой информационной экосистемы в ОМС »Ъ“ рассказал директор Московского городского фонда ОМС **Владимир Зеленский.**

— оценка рынка —

ДМИТРИЙ КОРОТАЕВ

— Сколько московский бюджет ОМС тратит на оплату услуг страховых компаний в системе обязательного медстрахования?

— Давайте начнем с объема работ, которые Московский городской фонд ОМС покупает, а потом сравним с ценой. У страховых компаний несколько задач. Первая и очень ресурсоемкая — это оплата медпомощи. В Москве, например, 430 медицинских организаций,12 млн застрахованных, по объему услуг это 3 млн вызовов скорой помощи, больше 1,5 млн госпитализаций и 0,5 млрд амбулаторных услуг в год. Кроме того, у страховых компаний есть обязанности по проведению плановых проверок медицинских организаций. По нормативам 8% случаев госпитализации должны в обязательном порядке проходить экспертизу с выходом в медорганизацию — в Москве это более 100 тыс. экспертиз. Также должны проходить обязательную экспертизу чуть менее 1% всех амбулаторных услуг — а это уже миллионы экспертиз.

Другая задача страховых компаний — это защита прав застрахованных: информирование, разъяснение, что платно, что бесплатно, проведение экспертиз по жалобам граждан.

По московскому закону размер средств на ведение дел страховых компаний составляет 1% от суммы, направляемой на оплату медпомощи. В 2016 году услуги страховых копаний нам обошлись в 1,6 млрд руб., в этом году прогнозируем 1,7 млрд руб., в 2018-м это почти 2,3 млрд руб. Все это без учета доли от санкций, применяемых к медицинским организациям.

— Много лет ведется дискуссия о роли страховых компаний в ОМС. В московской системе ОМС страховщики — защитники прав застрахованных или все-таки казначеи?

— Конечно, страховые компании должны быть защитниками, и мы сделали первый шаг к этому: показали гражданам, что происходит за кулисами системы ОМС. Мы открыли застрахованным доступ к личному кабинету, где граждане могут увидеть, какие услуги им оказаны, какова их стоимость, и ознакомиться с результатами экспертизы страховой компании, если она была проведена.

— Институт страховых представителей улучшил взаимодействие страховщиков и застрахованных?

— Страховые компании давно ведут эту работу, они и так были в этом профессионалами. Тем более в Москве компании давно занимаются и коммерческим страхованием, сложилась определенная культура взаимодействия с клиентами в части работы колл-центров, консультаций врача, который мог бы ответить на более специальные вопросы — например, правильно ли не назначают пациенту МРТ, если он этого хочет. Так что в Москве информирование доступно. Вопрос в том, пользуются ли этим граждане. К сожалению, 99% населения не имеют в телефонах контакта страховой компании. Но институт представителей организован в первую очередь именно для застрахованных.

— Сейчас в ОМС Москвы работают десять страховых компаний. Как вы оцениваете их работу?

— Мы обязаны их ежегодно проверять. За последние три года нашли достаточно большое количество нарушений, и характер их меняется. В 2010 году с принятием Закона об ОМС страховые взносы выросли почти на 70%. В 2012 году завершилась модернизация здравоохранения, было обновлено оборудование, отремонтированы медучреждения. После этого мы достаточно серьезно озаботились взаимодействием компаний с гражданами: вовремя ли они обрабатывают жалобы, проводят по ним экспертизы, отвечают на обращения. Результаты были не очень утешительные. Основные нарушения — невыполнение объема и сроков плановых экспертиз и экспертиз по жалобам. В 2014 году страховые компании были оштрафованы на сумму более 250 млн руб.

В 2016 году ситуация стала лучше: сумма штрафов снизилась до 170 млн руб., хотя мы до сих пор находим нарушения при проведении экспертиз качества, самого сложного вида экспертиз. Нарушения связаны со сроками и качеством самой экспертизы, с привлечением специалистов не того профиля. Такая экспертиза не просто проверка медицинской документации, а оценка врачом-специалистом тактики ведения пациента, маршрутизации, правильности выбора технологии лечения, сроков, медикаментов. К сожалению, это не всегда соблюдается. Не может, грубо говоря, терапевт, судить о том, правильно ли сработал хирург — а такое встречается.

Есть нарушения, когда страховые компании выявляют определенные дефекты, которые должны повлечь за собой наложение штрафов, а они не налагаются. Сложно судить о причинах, но мы это выявляем и штрафуем страховщиков.

— Есть ли среди них передовики и отстающие?

— Деятельность страховщиков настолько предопределена законом, что здесь не может быть отстающих или лидеров. ОМС — это же не рыночная история: люди неохотно меняют страховые компании, не очень хорошо знают, чьими клиентами они являются. Мы постоянно со страховыми компаниями говорим как раз на эту тему, напоминаем, что их должны знать клиенты и они должны знать своих клиентов. Не только номер полиса, а портрет конкретного застрахованного, кто чем болеет, есть ли среди застрахованных хронические больные, знать, кто входит в группу риска.

— И знают?

— К сожалению, плохо знают, и это, наверное, самая большая проблема. Страховые компании должны познакомиться с населением и понимать, чем оно болеет. Если в портфеле застрахованных достаточно большое количество онкопациентов, хронических пациентов, значит, нужно укреплять экспертно-консультативную врачебную службу врачами соответствующих специальностей. Пока же это действительно проблема. Когда в страховой компании стабильно с 2000 года застрахованы 2–3 млн человек, это, к сожалению, расхолаживает. В ОМС нет конкуренции, как на рынке частного страхования, где вам не понравилось, как сработал аварийный комиссар, и вы перешли в другую компанию.

Второе: страховые компании должны уметь оценивать потенциальный риск нарушений. Все крупные клиники, которые действуют в системе ОМС Москвы, делают это годами — уже более или менее понятны их сильные и слабые стороны. Зная их, страховые компании могут точечно работать с этими медучреждениями или с нами, чтобы мы уже взаимодействовали с правительством города или с федеральным Минздравом с целью минимизировать количество нарушений. Нет задачи поймать, это неправильно в корне. Задача — найти слабую точку и усилить ее. К сожалению, медорганизациям проще заплатить небольшой штраф, чем начать плотнее работать со страховыми компаниями.

— Как заставить страховые компании интересоваться застрахованными?

— Вручную и разрозненно страховые компании не должны эти два направления реализовывать. Застрахованные могут менять страховщика, при этом выводы и оценки по результатам экспертиз медорганизаций должны быть доступны всем компаниям. Поэтому нужна единая информационная «экосистема» ОМС с ядром в территориальном фонде. Мы в этом году завершили создание двух мощных аналитических систем, которые позволяют обобщать данные по всему спектру оказанных медицинских услуг по конкретным заболеваниям — как амбулаторным, так и стационарным. На основании этих данных можно делать выводы о стоимости лечения конкретного застрахованного со всеми потенциальными осложнениями, оценивать маршрутизацию, преемственность и сроки лечения, видеть потенциально слабые стороны и отвечать на вопрос почему, например, два пациента с одинаковыми заболеваниями обошлись системе ОМС в настолько разные деньги. Кроме того, используя заданные нами алгоритмы, мы можем находить и указывать компаниям на так называемые подозрительные услуги, которые должны войти в планы экспертиз, и оценивать работу «над ошибками» медорганизаций.

— Страховщики по-прежнему активно штрафуют медицинские учреждения за плохой почерк врачей?

— Да, и пока будут это делать. Неразборчивый почерк в медицинской документации не так уж безвреден, как говорят медики. Думаю, что дипломные работы все писали более ответственно, понимая, что от этого зависит будущая профессия. Надеюсь, что электронная медицинская карта закончит этот вечный спор.

Интервью взяла Дарья Николаева

Медполису подбирают план лечения

— перспективы сегмента —

Рынок добровольного медицинского страхования (ДМС) растет за счет медицинской инфляции и требования к иностранным работникам приобретать полис. Однако влияние этих факторов будет слабеть, поэтому страховщики пытаются оживить рынок внедрением телемедицины и дополнительных услуг в системе ОМС, за которые люди готовы доплачивать.

По итогам первого полугодия 2017 года сборы компаний по ДМС выросли на 7,5%, до 98 млрд руб. Рынок растет за счет удорожания медуслуг и препаратов (медицинская инфляция по итогам 2016 года составила 12%, в 2017 году ожидается на уровне 11%). Увеличению сборов способствует и то, что с 2015 года иностранцы могут работать в РФ только с полисом ДМС. «Рост зарплат врачей, цен на медикаменты и оборудование вынуждает страховщиков повышать и стоимость медицинских услуг по договорам ДМС»,— говорит глава департамента медстрахования «Ингосстраха» Андрей Копыток. По оценке компании, стоимость стандартной программы ДМС за 2015 и 2016 годы в Москве выросла на 6–7% и 5–6%, в регионах — на 7–8% и 6–7% соответственно. Для удержания клиентов страховщики переходят на долгосрочные контракты, фиксируют цену, меняют наполнение полисов, уровень клиник и предлагают профилактические программы.

При этом потенциал рынка ДМС страховщики считают довольно высоким. Полисы ДМС имеют пока только 17 млн человек, для расширения клиентской базы нужно развивать розничный сектор рынка. В настоящее время рынок ДМС на 90% корпоративный. Страховщики пытаются заинтересовать клиентов новыми услугами, например телемедициной. С 2018 года услуги телемедицины — дистанционный мониторинг здоровья пациента, выдача медицинских заключений, справок и рецептов в электронном виде — станут официальными: закон о такой услуге принят летом. Привлечь новых клиентов в розничный сегмент ДМС должно и включение в полис отдельных видов медстрахования, например угрожающих жизни заболеваний, включая онкологию, или программы лечения за рубежом.

АНАТОЛИЙ ЖДАНОВ

Платные услуги клиник фактически дублируют помощь, которую можно получить по полису ОМС

От ОМС требуют эффективности

Нынешней осенью призывы врачебного сообщества и Госдумы вывести страховщиков из системы ОМС и перейти к прямому финансированию медицины из бюджета стали громче. Депутаты от «Справедливой России» заявили о том, что на административные расходы страховщиков уходит 35% бюджета Федерального фонда ОМС (1,7 трлн руб. в 2017 году). О том же говорили и на ноябрьском конгрессе Национальной медицинской палаты (ее возглавляет Леонид Рошаль). В ФФОМС, впрочем, парировали: все затраты на ведение дел страховщиками укладываются «в 1,5% от объема предоставляемых субвенций».

Впрочем, осадок от таких разговоров остается — клиники сетуют на то, что страховые компании «засиделись на деньгах», которые они получают от ведения дел застрахованных. Экспертное сообщество и регуляторы отрасли — ЦБ и Минздрав — все настойчивее добиваются от страховых компаний выполнения важнейшей функции — защиты прав пациентов. Для этого Минздрав с июля 2016 года ввел институт поверенных. У компаний по закону уже должны работать колл-центр и индивидуальное информирование о прохождении диспансеризации. Со следующего года начнут работать страховые представители третьего уровня — эксперты качества оказанной медпомощи. Однако, по данным ОНФ, внедрение института поверенных идет тяжело: в сентябре больше 80% граждан ничего не знали о страховых медицинских поверенных.

Чтобы страховые компании были не только проводниками денег ФОМС в медицинские учреждения, ЦБ предлагает расширить их функции. Регулятор в своем ноябрьском докладе о развитии медстрахования предложил дать страховым компаниям право расторгать по своей инициативе отношения с клиниками в случае низкого качества медуслуг, чтобы активнее влиять на работу медорганизаций, особенно недобросовестных. Для этого, как сообщила в начале ноября руководитель ФФОМС Наталья Стадченко, фонд готовит пошаговый регламент экспертизы качества медицинской помощи. Цель — унифицировать подходы и обеспечить объективность экспертизы. Не исключено, что страховщики смогут использовать разработку ФФОМС и при экспертизе и контроле качества ДМС.

К выстраиванию страховой системы в ОМС подключился и Минздрав, но его усилия могут поставить под удар и самих страховщиков. Министерство представило осенью проект изменений типового договора о финансовом обеспечении ОМС: они дают территориальным фондам ОМС право отказываться от услуг страховых компаний, не выполняющих KPI. Но в ключевые показатели эффективности входят лишь два: объем экспертиз качества медпомощи по случаям летальных исходов, поданных на оплату в реестре счетов, и доля рассмотренных случаев лечения острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения, по которым проведена экспертиза качества.

Польза двух систем

В нынешней конфигурации страховой медицины в стране ДМС фактически дублирует ОМС, предоставляя клиентам разве что другой уровень клиник и сервиса. «В теории ДМС должно быть дополнением к ОМС. Но на практике в России это так не работает — это два отдельных направления»,— говорит Наталья Харина, управляющий директор по ДМС группы «Ренессанс Страхование». ЦБ этой обособленностью систем недоволен — главным образом из-за того, что оплата счетов ОМС и ДМС может являться причиной роста убыточности и сказываться на стоимости страховых услуг. Для исправления ситуации регулятор предложил создать централизованную информационную базу, с помощью которой он намерен контролировать финансирование услуг по ОМС и ДМС за счет единого учета оказанной медпомощи и источников ее оплаты, а также использование средств, расходуемых на ведение дел.

Между тем Минздрав, который в 2014 году уже фиксировал в Стратегии развития здравоохранения РФ на 2015–2030 годы идею введения соплатежа населения за расширение ОМС дополнительными услугами (так называемой системы ОМС+), теперь включил ее и в проект Стратегии развития здравоохранения до 2025 года. В прошлый раз новация провалилась: в пяти регионах эксперимент был признан неудачным из-за узкого перечня услуг по полисам ОМС+ и отсутствия спроса у населения. Однако в новой стратегии Минздрав снова предлагает сблизить стандарты ОМС и ДМС, превратив последнее в стандартизованное дополнение к ОМС.

Эту идею Минздрава поддерживают страховщики, уверенные в том, что будущее рынка ДМС — это дополняющие ОМС продукты. «Это вполне жизнеспособная структура, когда к базовым продуктам ОМС можно приобрести за счет полиса ДМС дополнительные услуги, например отдельную палату или возможность получить помощь в частной клинике»,— говорит Андрей Копыток. «ДМС и ОМС не могут существовать изолированно друг от друга. Сегодня на рынке представлено несколько категорий: это и отдельные продукты, и продукты, дополняющие ОМС, и корпоративные страховые программы. Рынок будет развиваться во всех направлениях, но в большей мере — как дополняющие ОМС сервисы»,— считает Олег Меркулов. «ВТБ Страхование» как раз ориентируется на такие продукты. «К примеру, онкологические заболевания можно лечить бесплатно в рамках госгарантий, но не всегда люди знают, куда идти за медицинской помощью, или сомневаются в качестве услуг. Не во всех регионах есть необходимое оборудование. Надо ли ехать лечиться в другой регион? Как это организовать, как быть уверенным в том, что лечение подобрано персонально и в клиниках, имеющих лучшую эффективность по конкретному заболеванию? Наша программа онкострахования предусматривает очень важные дополнительные опции, которых нет в программе ОМС, но которые могут иметь критическое значение»,— поясняет он. В компании перепроверяют диагноз и по результатам направляют пациента к профессионалам в области онкологии на консультацию для составления плана лечения, помогают выбрать профильную клинику и организовать лечение, оплачивают дополнительные дорогостоящие процедуры.

Усилить страховые принципы в ближайшем будущем Минздрав планирует и за счет дифференциации тарифов страховой медицины в зависимости от «профилактической активности» пациентов. В страховых компаниях согласны. «Если застрахованный занимается профилактикой своего здоровья, несомненно, это должно находить отражение в тарифе. Мы считаем этот подход правильным и будем в этом направлении развивать свои продукты»,— отмечает Наталья Харина.

Дарья Николаева

страхование

Аварийный выход

Упрощенное оформление мелких аварий без сотрудников ГИБДД — по так называемому европротоколу, введенное законом об ОСАГО, не стало массовой практикой на дорогах. По такой схеме оформляется пока треть автопроисшествий. Популярность европротокола сдерживают сложность заполнения извещения о ДТП и опасения водителей, что страховщики им не заплатят.

ЕВГЕНИЙ ПАВЛЕНКО

Оформление аварий без сотрудников ГИБДД сдерживает сложность заполнения извещения о ДТП

— автострахование —

По данным Российского союза автостраховщиков (РСА), доля аварий, оформляемых упрощенным способом (по европротоколу, без инспекторов), составляет 32%. Напомним, такая процедура была введена в 2009 году законом об ОСАГО. Оформить таким образом можно только то ДТП, в котором задействовано не больше двух участников и нанесен вред только имуществу. В настоящее время упрощенное оформление аварий чаще всего применяется в Москве, Подмосковье и Санкт-Петербурге. Росту популярности процедуры способствовало внесение в закон об ОСАГО поправок, увеличивших в 2014 году лимит возмещения страховщика по европротоколу с 25 тыс. до 50 тыс. руб. по стране. Для Москвы, Подмосковья, Ленинградской области и Санкт-Петербурга сделано исключение: тут лимит выплат установлен в 400 тыс. руб.

Однако оформление ДТП по европротоколу все еще не стало массовым явлением. Водителей останавливает сложность заполнения извещения о ДТП со схемой аварии: это следует делать без ошибок, если участник аварии не хочет вызывать инспектора. В извещении нужно заполнить 100 пунктов, на это уходит в среднем 30–40 минут и требует от водителей повышенной концентрации внимания, говорит основатель мобильной платформы урегулирования ДТП osaGO Николай Тюрников. По его мнению, нужно переходить на электронное оформление с помощью приложений, фиксирующих координаты происшествия, подсказывающих водителям, как правильно и с какого ракурса сфотографировать поврежденный автомобиль.

Европротокол будущего

Перспективные разработки, о которых говорит Николай Тюрников, не за горами: в октябре Банк России анонсировал работу над проектом «Помощник ОСАГО». Мобильное приложение позволит фотографировать обстоятельства аварии и заполнять документ о ДТП в электронном виде, бумажное извещение больше не потребуется. Подтверждение согласия водителей с описанием обстоятельств ДТП (а это одно из главных условий европротокола) будет фиксироваться электронной подписью, рассказали „Ъ“ в ЦБ, все данные будут проверяться по базам данных в онлайн-режиме.

В ЦБ создана рабочая группа, куда вошли представители Минкомсвязи, МВД, РСА, страховщиков, они занимаются подготовкой необходимых изменений в законодательство. Кроме того, в 2018–2019 годах в Москве (приложению нужен хороший интернет-сигнал) планируется провести пилотное тестирование новинки в реальных условиях.

Страховщики пока с опаской относятся к этой идее, хотя понимают неизбежность реформ. «Подтверждения согласия водителей простой электронной подписью недостаточно,— поясняют в РСА.— Необходима авторизация в приложении через Единую систему идентификации и аутентификации — ЕСИА (используется для доступа к порталу госуслуг.— **„Ъ“**)». Кроме того, считают страховщики, нужно будет законодательно закрепить статус электронного извещения о ДТП, поскольку бумажная его версия сейчас является «юридически значимым документом, служащим основанием для выплаты компенсации».

Пока ЦБ обсуждает перспективные разработки, РСА пытается заставить работать существующие опции в области европротокола. Например, для того, чтобы оформить по упрощенной процедуре ДТП в Москве, Подмосковье, Ленинградской области, Санкт-Петербурге и претендовать на выплату до 400 тыс. руб., в машинах должны быть установлены устройства, замеряющие координаты и силу удара. Но за три года внятные требования к приборам так и не появились, в результате страховщики признали норму нерабочей.

С 1 января 2017 года по решению правительства все машины, выходящие с конвейеров в стране или ввозимые, оснащаются терминалами АО ГЛОНАСС. Это оператор системы оповещения об авариях ЭРА-ГЛОНАСС. Устройство фиксирует удар, немедленно передает всю информацию оператору, и тот вызывает экстренные службы на место аварии. Страховщикам нужно, чтобы терминалы фиксировали и небольшие толчки при мелких ДТП и передавали информацию о них в РСА. Страховщики уже договорились об этом с представителями АО ГЛОНАСС. По итогам договоренностей утверждены новые ГОСТы с требованиями к терминалам и новые правила процедуры оформления аварий.

Предполагается, что в течение 10 минут после аварии водитель должен будет нажать кнопку на терминале (для подтверждения страхового случая), затем сфотографировать место аварии с разных ракурсов (с помощью приложения), не забыв при этом заполнить бумажное извещение. В течение пяти дней документы следует отправить страховщику и ждать возмещения ущерба. Такая возможность появится с 1 января 2018 года.

Впрочем, вряд ли такая практика станет популярной.

Вероятность того, что в ДТП попадут две машины с терминалом ЭРА-ГЛОНАСС, очень низкая, говорит координатор движения «Синие ведерки» Петр Шкуматов. Приборами оборудовано чуть более 1 млн транспортных средств на всю страну. Как оформлять аварию, если терминал есть только в одной из столкнувшихся машин, тоже не понятно: вопрос этот до конца «не урегулирован», признается начальник управления методологии урегулирования убытков РСА Андрей Маклецов. Кроме того, новая процедура не будет бесплатной для водителя. Сейчас терминалы умеют фиксировать только сильные удары при тяжелых ДТП, пояснил „Ъ“ генеральный конструктор—директор по эксплуатации системы ЭРА-ГЛОНАСС Михаил Кораблев. «Устройства надо будет дооборудовать новыми блоками и произвести перепрошивку,— рассказал он.— Мы ведем переговоры с производителями терминалов о том, как все это сделать удобным для пользователя способом. Возможно, в определенных случаях водитель и сам сможет установить нужные блоки. Но иногда бортовые устройства устанавливают в труднодоступные места автомобиля — без сервиса туда не добраться». Стоимость услуги модернизации еще не определена.

По оценке директора по развитию «Группы Т-1» (развивает телекоммуникационные сервисы) Игоря Хереша, дооборудование автомобилей обойдется в10–20 тыс. руб. вместе с установкой. «Не так уж много людей сегодня готово платить такие деньги за возможность оформить аварию европротоколом,— говорит он.— Другое дело, если такая функция станет обязательной для терминалов, устанавливаемых на конвейере». Обязательная установка терминалов ЭРА-ГЛОНАСС, напоминает господин Хереш, уже нанесла чувствительный удар по автопроизводителям, из-за чего некоторые новые модели машин так и не попали в Россию.

Без справки за выплатой

Еще один фактор, сдерживающий расширение использования европротокола,— опасения водителей, что они не получат компенсацию ущерба без справки о ДТП, которую требуют страховые компании. По этой причине новость об отмене справок, распространенная ГИБДД в конце октября, не на шутку испугала как автомобилистов, так и страховщиков.

Справки когда-то вводились именно для страховщиков, чтобы те на основании этого документа могли осуществить выплату. С 20 октября справки отменены приказом МВД. В ГИБДД говорят, что предупреждали о своих планах страховщиков и ЦБ, впрочем, в Банке России „Ъ“ заявили, что с ними ничего не согласовывали.

Ситуация пока остается неясной. Правила страхования ОСАГО, утвержденные положением ЦБ, обязуют страхователей предъявлять справку для оформления выплаты. ЦБ готовится внести изменения в этот документ, но это может занять один-два месяца, предполагают в РСА. Пока же инспекторы вносят необходимые для страховщиков данные в «первичные процессуальные документы», выдаваемые участникам аварии: постановления, определения или протоколы. Компании вынуждены их принимать у автовладельцев, но вопросы все равно остаются. В постановлениях и определениях, к примеру, нет данных о медицинском освидетельствовании, сведений об оставлении места ДТП (все это может послужить поводом для подачи регрессного иска страховщика к виновнику аварии), краткого описания обстоятельств ДТП, поясняет глава дирекции розничного бизнеса компании «Ингосстрах» Виталий Княгиничев. РСА уже обратился в ГИБДД России с письмом, в котором просит обязать инспекторов указывать расширенный набор данных.

Впрочем, на рынке ожидают, что ситуация с оформлением ДТП все же улучшится в ближайшие годы — страховщики говорят, что это зависит от скорости «тонких настроек» европротокола. К примеру, в том же приказе МВД №664 (получившем широкую известность благодаря отмене справок) впервые дано подробное описание действий дежурного ГИБДД, когда на пульт поступает звонок о мелкой аварии. Сотрудник должен проинформировать водителя о том, что есть возможность оформить аварию без инспектора, дать подробные разъяснения и, по сути, уговорить не вызывать гаишника.

Кроме того, с 25 ноября российские автошколы обязаны объяснять будущим водителям, что такое европротокол и как им пользоваться: в учебные программы внесены изменения. Госдума тем временем готовит к принятию во втором чтении проект поправок к закону об ОСАГО, подготовленный Минфином: среди нововведений — увеличение лимита ущерба по европротоколу с 50 тыс. до 100 тыс. руб. по всей стране и возможность оформления ДТП по европротоколу в случае, если участники ДТП не смогли договориться на месте об обстоятельствах происшествия.

Страховщики, в свою очередь, просят власти не торопиться с внесением изменений в ОСАГО. По их словам, убыточность в этом виде страхования стала для них критичной и новые изменения могут только ухудшить ситуацию. РСА направил в Банк России и правительство обращение с предложением ввести мораторий на изменение законов о страховании. Нынешняя убыточность ОСАГО приводит страховщиков «к состоянию, близкому к непониманию, как дальше развиваться и на какие средства», говорит президент РСА Игорь Юргенс. «Нам нужно остановиться, дать нам передышку для осмысления и группировки сил»,— считает он.

Иван Буранов

«Мы готовы рассматривать покупку новых страховщиков ОМС»

ПРЕСС-СЛУЖБА «ВТБ СТРАХОВАНИЕ»

— слияния/поглощения —

О масштабном проекте по объединению страховых медицинских компаний, потенциальных сделках M&A и ситуации на рынке ОМС в интервью „Ъ“ рассказывает глава крупнейшего в стране страховщика ОМС — компании «ВТБ Медицинское страхование» — ЕЛЕНА БЕЛОУСЕНКО.

— Год назад группа «ВТБ Страхование» приобрела у страховщика «Альянс» медицинского страховщика РОСНО-МС за 2,6 млрд руб. Покупка оправдала себя?

— Страховая группа ВТБ динамично развивается, и шестое-седьмое место в рэнкинге страховщиков по ОМС устроить акционеров, конечно же, не могло. На момент сделки РОСНО-МС была в тройке лидеров рынка ОМС: по численности, прибыли, технологичности. Теперь в результате интеграции двух страховщиков группы объединенная компания «ВТБ Медицинское страхование» на сегодняшний день является безоговорочным лидером системы по всем параметрам. У нас 24 млн застрахованных. Но мы становимся не только самыми большими. Задача — стать лучшими. На это нацелена стратегия развития, внедряются единые с группой стандарты корпоративных процедур, реформирована организационная и управленческая структура, обновляется ИТ-платформа. И это только часть перемен.

— Вы не остановились на приобретении РОСНО-МС, были еще покупки страховщиков?

— Да, недавно закончился процесс присоединения двух ранее приобретенных компаний в Липецкой области. Прямо сейчас мы находимся в процессе поглощения еще одного регионального страховщика — иркутской компании МАСКИ. Сами по себе они не так велики: каждая насчитывает по 200–250 тыс. застрахованных, но в указанных регионах позволяют контролировать значимый сектор рынка.

— Как оцениваете перспективы рынка ОМС?

— Судя по вниманию, которое правительство уделяет социальной сфере, этот вид страховой деятельности точно имеет большие перспективы. Конечно, быстрой отдачи на капиталовложения здесь ждать не приходится, так же, как и сверхприбыли. Кроме того, мы позитивно оцениваем постепенное сближение систем ОМС и ДМС. Это небыстрый процесс, но мы планомерно работаем в этом направлении.

— С 1 января размер минимального уставного капитала медстраховщиков увеличен вдвое — до 120 млн руб. На рынке много предложений о продаже страховщиков ОМС? И какие из них интересны вам?

— Есть наш интерес к тем или иным объектам, есть встречные предложения к акционерам. Рынок ОМС всегда был динамичным, а сейчас с усилением требований ЦБ к финансовой устойчивости и прозрачности участников стал еще более подвижным. Еще один фактор, влияющий на рынок,— это необходимость ряда собственников решать свои финансовые проблемы. Порой они решаются при помощи продажи компаний ОМС, их простого закрытия из-за неликвидности актива и т. д. Вариантов много, мы работаем в разных направлениях. Мы готовы рассматривать покупку новых страховщиков ОМС

— Есть ли приоритетные регионы для развития?

— Скорее это приоритетность присутствия. Нам важно обеспечить существенный размер доли рынка в регионе и должный уровень финансирования. Только при этих условиях компания может быть значимым участником системы ОМС. Быть статистами точно не для нас. Ну и, естественно, мы присматриваемся к новым регионам, которые важны как для компании «ВТБ Медицинское страхование», так и для нашего акционера.

— Какие на сегодня вопросы требуют решения на рынке ОМС?

— Важных вопросов несколько. Все видят, какое внимание уделяется сегодня вопросам диспансеризации. Компания активно участвует в проекте «Страховые представители», информируя население о его правах на прохождение бесплатных профилактических осмотров. Участникам рынка нужно больше работать над повышением страховой медицинской культуры населения, бороться за ответственное отношение граждан к своему здоровью.

Серьезным является и вопрос оценки работы страховых медицинских организаций, допущенных к работе в системе ОМС. Критерии оценки деятельности каждого участника рынка должны быть едиными, понятными и объективными. Тогда можно говорить о прозрачности рынка, наличии здоровой конкуренции среди компаний, реально способных нести бремя и текущих затрат, и перспективных проектов по развитию системы ОМС и здравоохранения в целом. В конце концов, здоровье людей — наша общая цель.

Поддерживаем вас 25 лет

Страховая Акционерная Компания
ЭНЕРГОГАРАНТ

+ 7 495 737 0330
www.energogarant.ru

Реклама ПАО «САК «Энергогарант». Лицензии на страхование ЦБ РФ от 01.02.2016 г.
СЛ № 1834, СИ № 1834, ОС №1834-03, ОС №1834-04, ОС №1834-05
Лицензия на перестрахование ЦБ РФ от 01.02.2016 г. СП № 1834.

страхование

Удар с новой базы

По подсчетам страховщиков, потери от мошенников составляют 80–90 млрд руб. в год. Чаще всего злоумышленники «зарабатывают» на каско и ОСАГО: на эти виды приходится до 90% всех случаев страхового мошенничества. Способом борьбы с мошенниками может стать информационная база по различным видам страхования — создать ее предлагают Минфин и ЦБ. Бюро страховых историй, созданное для тех же целей, присутствует на рынке уже два года, но мошенников пока не останавливает.

— борьба с мошенниками —

ДМИТРИЙ КОРОТАЕВ

Для получения выплаты мошенники практикуют поджог застрахованного здания или страхование муляжей строения

По данным Всероссийского союза страховщиков (ВСС), потери страховщиков от действий мошенников составляют 80–90 млрд руб. в год. Оценка учитывает: ущерб от криминальных автоюристов (20 млрд руб.), подделки полисов ОСАГО (10–15 млрд руб.) и потери от действий страхователей (7–10 млрд руб.). Как рассказали „Ъ“ в ВСС, компании за первое полугодие 2017 года направили в полицию почти 2,4 тыс. заявлений о мошенничестве, но уголовные дела возбуждены только по 12% из них. В их числе 1,9 тыс. относятся к ОСАГО, 326 случаев — к добровольному автострахованию, в медицинском страховании, страховании жизни и здоровья зафиксированы 44 случая. По оценке ВСС, доля мошенничества в выплатах ОСАГО составляет 30%, в каско — 20%, в страховании имущества — 15%, страховании от несчастных случаев — 15%, ДМС — 15%, страховании грузов — 10%, страховании выезжающих за рубеж — 5%, страховании гражданской ответственности — 5%.

В автостраховании схемы уже стали «традиционными» и оригинальностью не отличаются. Сообщники инсценируют страховые случаи или просто необоснованно завышают требования выплат. Проблемой для страховщиков остаются криминальные автоюристы: они фальсифицируют договоры цессии и доверенностей и результаты экспертиз, а после покупки права требования у водителей, попавших в ДТП, требуют от страховщика возмещения ущерба и оплаты счетов за проделанную ими и экспертами «работу». По оценке Российского союза автостраховщиков (РСА), в первом полугодии 2017 года таким образом страховщики лишились 7,9 млрд руб. выплат по суду и 8,7 млрд руб. нестраховых выплат, из них 3 млрд руб.— «прочие расходы», включая оплату услуг автоюристов. В ДМС страхователь в сговоре с врачом фиксирует страховой случай (заболевание) и обращается за выплатой. В страховании имущества есть варианты: нередки поджоги застрахованных домов или страхование муляжей зданий.

Мошенники постоянно совершенствуются. В «АльфаСтраховании» рассказали „Ъ“ о новом мошенничестве с сотовыми телефонами: клиент заявляет страховой компании, что его застрахованный телефон был украден, а сам продолжает им пользоваться (не осознавая масштабов риска: попавшемуся в ноябре на таком обмане мошеннику из Ставрополя — он хотел получить всего 15 тыс. руб.— грозит до двух лет лишения свободы). Департамент безопасности компании «Согласие» сообщил о новом методе обмана при оформлении электронного ОСАГО: изменение данных о месте регистрации страхователя или персональной информации в графическом редакторе позволяет оформить полис с низким территориальным коэффициентом и КБМ, «сэкономив» на премии.

Ширится и практика создания сайтов псевдостраховых компаний, о чем осенью заявил ЦБ. Регулятор намерен отмечать сайты добросовестных агентов и брокеров специальной маркировкой.

Лукавый посредник

Страховщики страдают не только от недобросовестных страхователей и криминальных автоюристов. Так, осенью были обнародованы данные исследования аналитического центра «МФИ Софт» о том, что 5,6 млн записей данных клиентов страховых компаний выставлены на продажу на пиратских сайтах. Как пояснили „Ъ“ в «АльфаСтраховании», скорее всего, это данные так называемых блуждающих баз, составлением которых занимаются посредники. Как отмечает управляющий директор Национального рейтингового агентства Павел Самиев, пользуются ими представители страховщиков, которые обзванивают клиентов конкурента и предлагают сменить страховую компанию. При этом информация о клиентах страховых компаний «утекает» из их информационных систем. Такие базы — одни из самых дорогих и востребованных на рынке информации. На черном рынке продаются массивы от нескольких сотен клиентов до десятков и сотен тысяч, цены варьируются от 250 до 40 тыс. руб. Стоимость одного контакта (включая информацию о том, каким имуществом и полисами владеет клиент страховой компании) в небольшой, но актуальной базе может достигать 10 руб., в то время как в крупных базах она падает до 0,001 руб.

Страховщики подходят к изучению и борьбе с мошенничеством научно. «У нас разработана специальная ИТ-система, которая автоматически определяет признаки мошенничества»,— рассказывает директор департамента рассмотрения претензий страховой компании «Опора» Александр Дубровин. Если признаков не обнаружено, убыток переходит для проверки специалисту и дело передается на выплату — на это уходит три-пять дней. Если же система предупреждает о вероятности мошенничества, материалы передаются в департамент рассмотрения претензий и в службу безопасности, а при необходимости — и в правовой департамент. «Если в итоге мы приходим к выводу, что убыток заявлен мошенником, то передаем дело с полной базой доказательств правоохранительным органам,— заключает господин Дубровин.— В ОСАГО наша стратегия дает положительные результаты. Так, при работе с портфелем компании „Уралсиб“ (принятым „Опорой“.— **„Ъ“**) было выявлено множество мошеннических схем». О наличии многоуровневых проверок страхователей рассказали и в «Ингосстрахе». «В отношении лиц, известных нам с отрицательной стороны, по собственным данным и статистике РСА, проводятся профилактические мероприятия — осмотр принимаемых на страхование транспортных средств, мониторинг договоров. В компании работает автоматизированная система противодействия мошенничеству — она позволяет выявлять неправомерные посягательства еще на стадии принятия на страхование»,— отмечает директор департамента анализа и защиты информации компании Александр Гуляев.

Развивается борьба с мошенничеством и на местах. Так, во втором полугодии в 20 проблемных регионах созданы рабочие группы из представителей страховых компаний, задача которых ежемесячный сбор и обработка данных и передача их в прокуратуру региона. Кроме того, Стратегия развития рынка страхования до 2020 года, утвержденная президиумом ВСС в октябре, предполагает введение уголовной ответственности за мошенничество в страховании. Также ВСС выступает за создание правовой основы использования записей телематики («черных ящиков») как доказательства в судах и поддерживает обязательную сертификацию физлиц, продающих продукты страхования жизни, и ведение единого реестра агентов.

Одновременно страховые компании совместно с регулятором обсуждают модернизацию Бюро страховых историй (БСИ), которое работает не так эффективно, как ожидалось. Страховщики, не доверяя друг другу, передают информацию в ограниченном объеме, а цена за раскрытие информации из БСИ многим участникам рынка кажется чрезмерной — 500 руб. за обращение. По мнению ЦБ, БСИ могло бы стать аналитической базой, в которой были бы собраны данные о различных видах страхования. ВСС, впрочем, выступает за создание собственной аналитической системы.

Елена Григорьева

Спасательный крюк

— регулирование рынка —

В 2018 году Центробанк сможет не только закрывать проблемные страховые компании, но и забирать их у собственников и выводить из кризиса за счет своих средств: регулятор предложил механизм санации для «социально значимых» компаний. На рынке, однако, опасаются излишнего вмешательства государства в бизнес, а в Минфине — возросших полномочий Банка России.

10 ноября в Госдуму внесен законопроект ЦБ о санации страховщиков — механизм аналогичен новому банковскому, который ЦБ использует при санации банка «ФК „Открытие“» и Бинбанка. Регулятор будет спасать социально значимых страховщиков, чье банкротство угрожает стабильности рынка страны или региона: он станет основным владельцем санируемой компании (не менее 75%), докапитализирует ее за счет средств создаваемого фонда консолидации страхового сектора, а после завершения оздоровления продаст новому собственнику.

Инструмент рынку нужен, считают страховщики. Особенно он актуален для чувствительных сегментов — ОСАГО и страхования застройщиков, говорит замгендиректора СК «Альянс» Евгений Дубенский. «Если крупный игрок с большим объемом обязательств рухнет — это может вызвать эффект домино»,— добавляет замгендиректора «Ингосстраха» Илья Соломатин.

Вопрос об опасности банкротства конкретной компании будет решаться на основании мотивированного суждения ЦБ, отмечали там ранее. Такой подход вызывает вопросы у Минфина. В законопроекте должны быть четкие основания для санации, заявила в ноябре глава департамента финансовой политики Минфина Яна Пурескина. Общих формулировок — о социально-экономических последствиях и угрозе финстабильности, по ее словам, недостаточно, нужно «уйти от субъективизма при принятии такого решения, от решения одного лица». Впрочем, согласно проекту, принимать решение о санации будет совет директоров ЦБ.

Отсутствие критериев отмечают и во Всероссийском союзе страховщиков (ВСС), указывая также на размытость оснований для запуска санации — это «признаки неустойчивого финансового положения» социально значимой компании, что создает «угрозу интересам страхователей, государства или стабильности страхового рынка». Однако методику оценки финансового положения утверждает сам ЦБ, отмечают в ВСС. «ЦБ стремится свести к минимуму системные последствия неплатежеспособности отдельных страховщиков»,— уверен директор группы рейтингов финансовых институтов агентства АКРА Алексей Бредихин.

Законопроект также расширяет полномочия ЦБ с 2019 года: регулятор сможет запрещать или ограничивать сделки страховщика, который нарушает страховое законодательство и не исполняет предписаний регулятора. Речь идет о сделках с недвижимостью, ценными бумагами, получении кредитов, прощении долга, об уступке прав требования и т. д. Это нужно для предотвращения вывода денег, говорила в сентябре заместитель главы департамента страхового рынка ЦБ Светлана Никитина. Но запрет сделок может усугубить проблемы компаний, предупреждают в ВСС.

Формально возможность санировать страховщика у ЦБ появится не ранее 2018 года — закон начнет действовать с 90-дневной отсрочкой, а ему еще предстоит пройти три чтения. Но фактически санации уже начались: в конце августа в периметр спасения силами ЦБ банка «Открытие» попал входящий с ним в группу «Росгосстрах», который из-за проблем рынка ОСАГО несет миллиардные убытки (чистый убыток 35,3 млрд руб. по РСБУ за девять месяцев 2017 года). «Квазисанация» «Росгосстраха» — это случай, когда практика идет впереди теории, способ опробовать механизм»,— считает Илья Соломатин. В сентябре «Росгосстрах» получил 24 млрд руб. от акционера — банка «Открытие», который к тому моменту находился под контролем ЦБ.

В 2015 году в периметр санации банка «Уралсиб» частным инвестором Владимиром Коганом (по прежней схеме с кредитами Агентства по страхованию вкладов) попала другая дочерняя страховая группа — «Уралсиб». Несмотря на различия в схемах санации банков, «Росгосстрах» и СГ «Уралсиб» получили средства на пополнение капитала и избежали банкротства, указывает Алексей Бредихин.

Основными рисками применения механизма, предложенного Центробанком, эксперты считают огосударствление рынка и конфликт интересов ЦБ как регулятора и собственника компаний. Механизм должен быть максимально рыночным, вопрос санации на страховом рынке не стоит так остро, как на банковском, считает гендиректор «АльфаСтрахования» Владимир Скворцов, процедура может быть организована на базе ВСС по тому же принципу, что и оздоровление банков силами АСВ и инвесторов.

Санация за счет ЦБ — единственный реальный вариант, возражает Алексей Янин. «Если компании потребовалась санация, значит, ее бизнес-модель принципиально неправильная либо из компании выведены активы. В обоих случаях нужны очень значительные инвестиции с неочевидным сроком возврата, и их масштаб на „входе“ оценить тяжело. Частному инвестору выдержать это было бы непросто, а у ЦБ есть достаточно ликвидности»,— рассуждает он.

По похожему сценарию шло спасение от банкротства страхового гиганта AIG: в 2008 году правительство США предоставило ему заем на $85 млрд в обмен на 80% акций (к 2009 году сумма господдержки достигла $185 млрд), а в 2012 году прежние владельцы выкупили свои акции. «Но западные финрынки кардинально отличаются от российского емкостью, развитостью инфраструктур, количеством инвесторов, гарантиями участникам»,— замечает Евгений Дубенский. К тому же важно, чтобы до санации были использованы все возможности собственников, считает президент AIG в России Роман Тихоненко: «Спасение тонущей компании в первую очередь дело ее хозяев». Еще один риск эксперты видят в том, что для покупки страховщика после санации может не найтись частных инвесторов. «Тогда он либо на долгие годы останется в собственности регулятора, либо будет продан, например, госбанку»,— опасается Алексей Янин.

Елена Вебер

Агенты сдают рынок

— работа в страховании —

Развитие технологий меняет потребность страховщиков в специалистах. Отрасли все меньше нужны продавцы ОСАГО, сотрудники колл-центров, юристы, бухгалтеры и специалисты по урегулированию убытков. В страховых компаниях уже начали охоту на IT-специалистов и экспертов в области киберрисков.

В первом полугодии 2017 года доля премий, собранных через интернет, стала рекордной — 1,7%. По данным ЦБ, объем онлайн-продаж страховок составил 11,1 млрд руб. (2,1 млрд руб. годом ранее). Часть страховщиков ждет, что рост сборов через интернет вытеснит с рынка агентов, другие не исключают их ухода только из некоторых сегментов. «Говорить о вымирании офисных и агентских продаж точно не приходится»,— считает директор электронной коммерции «ВТБ Страхование» Дмитрий Литовченко. «Исчезнут вовсе» агенты в ОСАГО, но потребность в профессиональных агентах сохранится еще надолго, говорит глава дирекции розничного бизнеса компании «Ингосстрах» Виталий Княгиничев. «Существуют виды страхования, которые продаются только в агентском канале, например страхование имущества физлиц (ИФЛ)»,— добавляет он.

Агентские продажи в РФ через два-три года ждут изменения, с которыми Германия столкнулась еще в 2000-х годах, когда простые и сложные страховые продукты в основном продавались через агентов. «Сейчас этот канал значительно уменьшился»,— рассказывает зампред правления по продажам страховой компании ERGO Алексис Платонов. Теперь агенты в Германии занимаются консультированием клиентов по сложным продуктам — простые продаются в интернете.

Партнер кадрового агентства «Контакт» Юлия Забазарных отмечает, что агентские сети в страховых компаниях уже сокращаются. В эпоху цифровизации рынок отказывается от бумажных полисов, а привыкшим работать в «полях» агентам компьютерная грамотность дается тяжело, замечает глава отдела маркетинговых исследований СК МАКС Евгений Попков. По словам директора по рейтингам страховых компаний «Эксперт РА» Ольги Скуратовой, доля агентского канала в совокупных страховых взносах страховщиков по итогам первого полугодия 2017 года за год практически не изменилась (26%). Но в ряде страховых направлений статистика не в пользу агентов — так, в страховании от несчастных случаев их доля в сборах в январе—июне 2017 года составила 13% против 19% в 2014 году, в страховании жизни — 6% против 11%, в страховании имущества физлиц рухнула с 56% до 43%, следует из данных ЦБ.

ГСК «Югория» за пять лет почти вдвое сократила штат: с 3 тыс. человек в 2012 году до 1,6 тыс., рассказывает гендиректор компании Алексей Охлопков. «Многие процессы автоматизированы»,— говорит он, в бухгалтерии работают 44 сотрудника вместо 100. Автоматизация, на которую ежегодно тратится около 200 млн руб., на объеме бизнеса отрицательно не сказывается — за 2017 год компания планирует собрать около 10 млрд руб. премий, тогда как в 2013 году с большим штатом собирала около 4,8 млрд руб.

«Процессы первичной обработки данных автоматизируются, отпадает потребность в ручном труде»,— говорит директор по персоналу «Ингосстраха» Вадим Коровин, рискуют потерять работу бухгалтеры-расчетчики и юристы, осуществляющие рутинные операции. «Важны глубокие знания и практические навыки, а те, кто ими не обладает, скоро столкнутся с переводом операционных функций в регионы с более низким уровнем оплаты труда, а затем с автоматизацией и роботизацией рутинных операций»,— прогнозирует он.

На второй план уходят и офисные продавцы полисов: клиенты предпочитают покупки в интернете, рассказывает заместитель гендиректора—директор по персоналу «Зетта Страхование» Анна Тарасова. «Еще больше это касается онлайн-консультаций: их вместо живых сотрудников проводят чат-боты, об окончании срока страховки клиентам напоминают роботы. Теперь нет кассиров, каждый клиент производит оплату безналичным способом»,— добавляет она.

При расчете тарифа ДМС для корпоративных клиентов поиском клиник теперь занимается специальная программа, говорит заместитель главы департамента андеррайтинга медстрахования и страхования жизни СК «Альянс Жизнь» Анастасия Соболева —ускорение расчетов уже составило 20%. В «АльфаСтраховании» в рекрутинге внедрили робот «Вера», который обзванивает кандидатов. «Автоматизация подбора персонала (робот сам ищет резюме, обзванивает соискателей и автоматизирует процесс приема на работу) позволяет сэкономить более 2 млн руб. на единицу персонала»,— говорит Анна Тарасова.

Страховщики видят большой потенциал в замене специалистов современными технологиями. Евгений Попков прогнозирует, что развитие искусственного интеллекта и нейросетей в перспективе может отправить в историю профессию андеррайтеров (тех, кто занимается оценкой рисков). «Машины смогут делать это объективнее, точнее, быстрее и на основе куда большего количества факторов, чем специалисты страховых компаний»,— считает он.

Роботизация может затронуть и специалистов, которые занимаются оценкой ущерба по Единой методике расчета стоимости убытка в ОСАГО. Анна Тарасова считает, что будут преобразованы и офисы урегулирования убытков: типовая операция сбора документов перейдет в онлайн. Интернет-технологии при урегулировании убытков в первом полугодии 2017 года уже применяли 58% компаний (годом ранее — менее половины), 45% страховщиков принимают заявку на урегулирование через сайт, отмечают в «Эксперт РА».

Кто нужен отрасли

Больше всего страховщикам нужны ИТ-специалисты — это вызвано как развитием новых технологий, так и ужесточением надзора. С 2018 года страховщики должны перейти на отчетность в формате XBRL (стандартизированный формат сбора и обработки отчетности на основе МСФО). «Количество вакансий программистов и разработчиков растет изо дня в день. Огромный спрос на подобных специалистов в банковской сфере, электронной коммерции и прочих отраслях создал колоссальный кадровый дефицит»,— говорит Евгений Попков. По данным агентства «Контакт», рядовому ИТ-специалисту страховщики в среднем предлагают зарплату в 150 тыс. руб., главному специалисту — 225 тыс. руб., директору по ИТ — 550 тыс. руб.

Высоким остается спрос на актуариев (рассчитывают тарифы и резервы), андеррайтеров, страховых методологов, специалистов в области риск-менеджмента. «К сожалению, вузы РФ не готовят специалистов данного профиля»,— объясняет Вадим Коровин. Нужны страховщикам и сюрвейеры (страховые оценщики), которых в России «единицы», отмечает Алексей Охлопков. В его компании сюрвейера вынуждены привлекать при необходимости, что затратно: фиксированная плата составляет порядка $100 тыс. Как правило, услуги сюрвейера оплачиваются за каждый кейс.

Данис Юмабаев

Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ» («Страхование»). Учредитель: АО «Коммерсантъ». Адрес: 127055, г. Москва, Тихвинский пер., д. 11, стр. 2. | **Владимир Желонкин** — генеральный директор АО «Коммерсантъ» | **Сергей Яковлев** — шеф-редактор АО «Коммерсантъ» | **Павел Кассин** — директор фотослужбы | **Рекламная служба:** Тел. (495) 797-6996, (495) 926-5262 | **Владимир Лавицкий** — руководитель службы «Издательский синдикат» | **Татьяна Гришина** — выпускающий редактор | **Ольга Еременко** — редактор | **Сергей Цомык** — главный художник | **Виктор Куликов, Наталия Коновалова** — фоторедакторы | **Екатерина Бородулина** — корректор | **Адрес редакции:** 121609, г. Москва, Рублевское ш., д. 28. Тел. (495) 797-6970, (495) 926-3301 | Ограничение: 16+