

УДК 336

Д.В. Исаев

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва,
email: dmitrisaeev@ya.ru

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СТРАХОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ С ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ В ЛИЧНОМ СТРАХОВАНИИ

Ключевые слова: страхование, ДМС, законодательное регулирование, бизнес-процесс, личное страхование, сегментация, страховая организация, страхование жизни, медицинское страхование.

За последние 30 лет личное страхование активно развивается как в мире, так и в Российской Федерации. В частности, фактором развития личного страхования стало развитие добровольного медицинского страхования, которое в свою очередь приобрело популярность в виду развития в конце XX – начале XXI вв. рыночной экономики. Бурное развитие медицинского страхования как способа финансирования здравоохранения позволило сгенерировать множество различных страховых продуктов. В статье отмечены особенности в сегментировании страхователей при разработке страхового продукта, а также особенности андеррайтинга застрахованных при принятии их на страхование. В исследовании сделан акцент на бизнес-процессы в добровольном медицинском страховании, так как они сложнее и иерархичнее в отличие от других видов личного страхования. Это объясняется тем, что возмещение осуществляется не в денежной форме, а в форме оказания медицинской услуги. Услуги при этом оказывает третий участник отношений – лечебно-профилактическое учреждение.

D.V. Isaev

National Research University Higher School of Economics, Moscow,
email: dmitrisaeev@ya.ru

INTERACTION OF THE INSURANCE ORGANIZATION WITH THE EXTERNAL ENVIRONMENT IN PERSONAL INSURANCE

Keywords: insurance, VMI, legislative regulation, business process, personal insurance, segmentation, insurance company, life insurance, health insurance.

Over the past 30 years, personal insurance has been actively developing both in the world and in the Russian Federation. In particular, the development of voluntary medical insurance became a factor in the development of personal insurance, which in turn gained popularity due to the development of a market economy at the end of the XX century – the beginning of the XXI century. The rapid development of medical insurance as a way of financing healthcare has allowed the generation of many different insurance products. The article highlights the features in the segmentation of policyholders in the development of an insurance product, as well as the features of underwriting of insured persons when accepting them for insurance. The study focuses on business processes in voluntary health insurance, as they are more complex and hierarchical in contrast to other types of personal insurance. This is due to the fact that compensation is not carried out in cash, but in the form of medical services. At the same time, services are provided by the third party in the relationship – a medical and preventive institution.

В личном страховании имеются особенности при взаимодействии страховой организации с внешней средой на этапе маркетинговой сегментации, андеррайтинга и урегулирования убытков. В настоящее время существуют ограничения, которые препятствуют оперативному взаимодействию страховых организаций с лечебно-профилактическими учреждениями (далее – ЛПУ), а также в целом развитию страхования жизни и здоровья населения.

Цель исследования

Объектом исследования являются процессы взаимодействия страховой организации с внешней средой.

Предмет исследования – влияние внешней среды на процессы страховой организации в личном страховании.

Цель исследования – проанализировать особенности и проблемы взаимодействия между страховой организацией, страхователями и ЛПУ.

Материал и методы исследования

В работе применялись теоретические и эмпирические методы научно-го исследования: анализ, классификация, сравнение, дедукция, измерение, статистические (метод группировок, средних величин, ряды динамики, корреляционный анализ). Статистические методы осуществлялись с применением программных комплексов MS Excel и Python. Графики построены с помощью BI-платформы Tableau и MS Excel.

Информационно-эмпирической базой исследования являются материалы и статистические данные органов регулирования страхования и субъектов медицинского страхования:

- Банка России;
- Всемирной организации здравоохранения;
- Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР);
- Российских и зарубежных страховых организаций.

Результаты исследования и их обсуждение

При выявлении особенностей взаимодействия страховой организации с внешней средой были рассмотрены её бизнес-процессы. Жизненный цикл страхового продукта представляет собой следующие стадии:

- 1) создание;
- 2) разработка маркетинговой стратегии для продвижения;
- 3) андеррайтинг;
- 4) продажа;
- 5) урегулирование страхового случая.

Ключевым процессом, определяющим популярность страхового продукта, является маркетинговая стратегия. Маркетинговая сегментация – это разделение потенциальных страхователей на однородные группы в соответствии с общими признаками членов этих групп. Чем большее число параметров используется при сегментации, тем более точно определяется сегмент, для которого разрабатывается страховой продукт. Глубина подразделения рынка на различные сегменты зависит от выбора маркетинговой стратегии страховой компанией [8].

При стратегии массового маркетинга страховщик разрабатывает один продукт сразу для всех категорий клиентов,

таким образом, игнорируя особенности некоторых категорий клиентов. Основной плюс данной стратегии – это максимальное снижение издержек сбыта. При стратегии дифференцированного маркетинга страховщиком на один и тот же продукт разрабатываются тарифные коридоры, возможность распределения ответственности и тип страхового покрытия. При стратегии целевого маркетинга страховщик разделяет рынок на различные гомогенные сегменты и разрабатывает страховые продукты и комплекс маркетинга для каждой из этих групп.

Существует множество факторов и признаков, по которым можно разделить страхователей на различные группы. Поэтому основной задачей сегментации рынка страховых услуг в личном страховании является выделение наиболее значимых факторов и критериев, которые характеризуют поведение страхователя при приобретении страхового продукта. На практике используется следующая стандартная модель сегментирования страхователей, исходя из которой происходит более углубленная сегментация.

Процесс продаж в личном страховании не имеет серьезных отличий от других видов страхования. Однако при реализации добровольного медицинского страхования (далее – ДМС) страховщик находится в постоянном взаимодействии с ЛПУ в целях разработки страховых программ, поэтому перед началом реализации страхового продукта физическим или юридическим лицам страховщик заключает договор на оказание медицинской помощи с ЛПУ.

Один из важнейших процессов в страховании – это андеррайтинг. Грамотно выстроенная система андеррайтинга позволяет страховой организации показывать положительный финансовый результат. Андеррайтинг – это процесс по осуществлению оценки рисков, принимаемых на страхование с целью селекции страхователей, что позволяет страховой организации минимизировать убытки от страховой деятельности.

К примеру, в ДМС по итогам андеррайтинга применяются поправочные коэффициенты к базовому страховому тарифу в зависимости от следующих факторов:

– пол (для женщин, как правило, коэффициент выше);

– возраст (детям до 1 года и гражданам старше 60 лет устанавливаются повышающие коэффициенты);

– наличие хронических заболеваний (чем больше заболеваний и чем они существеннее, тем выше коэффициент);

– история страхования (при непрерывной пролонгации без существенных убытков применяется понижающий коэффициент, при наличии в прошлом больших убытков – повышающий);

– количества застрахованных (при коллективном страховании применяется понижающий коэффициент).

При наличии нескольких факторов страховой тариф последовательно умножается на все коэффициенты.

Процесс урегулирования убытков в ДМС в сравнении с другими видами страхования значительно отличается, так как в ДМС выплата не осуществляется напрямую в денежном эквиваленте, а оказывается медицинская услуга. Причем услуга оказывается не страховой организацией, а ЛПУ. Сам процесс предполагает следующую итерацию:

1) Страхователь звонит в диспетчерскую страховой организации или напрямую в ЛПУ (в зависимости от условий программы ДМС). Программы ДМС, в которых застрахованный обращается непосредственно в ЛПУ, минуя звонок в страховую организацию – стоят значительно дороже, поскольку страховая организация узнает о страховом случае постфактум;

2) Страховщик или ЛПУ записывает пациента на прием к врачу или на медицинскую услугу. Страховщик/ЛПУ проверяют входит ли запрашиваемая услуга в страховую программу и в случае положительного ответа отправляет на неё;

3) ЛПУ оказывает медицинскую услугу застрахованному лицу;

4) ЛПУ отправляет в страховую организацию перечень оказанных услуг и счет;

5) Страховая организация оплачивает счет[6].

В ДМС существуют особенности распределения ответственности по страховому случаю между страховщиком и страхователем. Наиболее популярный способ распределения ответственности

между страховщиком и страхователем – франшиза. Франшиза в ДМС предполагает участие страхователя в страховом возмещении, т.е. страхователь при наступлении страхового случая будет доплачивать страховой организации определённую оговоренную заранее денежную сумму. Исходя из мировой практики, разработана следующая классификация степени участия страхователя в страховом взносе.

Крупнейшие страховые организации, реализующие ДМС ориентированы в основном на взаимодействие с юридическими лицами (корпоративное страхование). Доля премий, собранных с юридических лиц по топ-7 страховых организаций (ПАО СК «Росгосстрах», САО «РЕСО-гарантия», АО СК «СОГАЗ», АО «ВСК», ПАО «АльфаСтрахование», СПАО «Ингосстрах», ПАО «Группа Ренессанс страхование»), которые занимают 84% рынка ДМС в России, по состоянию на 2021г. составляет 88% (рис. 1). При этом средний коэффициент выплат по портфелю ДМС физических лиц на 30% меньше, чем по портфелю ДМС юридических лиц, что говорит о более низкой убыточности ДМС физических лиц (рис. 2).

Пониженный интерес «крупных» страховщиков к развитию полноценного взаимодействия с физическими лицами в рамках ДМС можно наблюдать по низкой наполняемости страховых программ ДМС для физических лиц, анализируемых страховых организаций, в сравнении с программами для юридических лиц. Высокая наполняемость продукта ДМС для физических лиц наблюдается только в САО «РЕСО-гарантия».

По ДМС не создан отдельный нормативно-правовой акт регулирующий порядок оказания услуг, в отличие от обязательного медицинского страхования. Регулирование основывается на Законе РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 N 4015-1 (далее – Закон РФ N 4015-1) и главой 48 Гражданского кодекса РФ (далее – ГК РФ). До 2011 года регулирование основывалось также на Законе РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 N 1499-1 (далее – закон №1499-1), где упоминалось ДМС [4].

Таблица 1

Стандартная модель сегментации в личном страховании

Сегмент рынка	Критерии и параметры для более углубленной сегментации
Физические лица	Возраст, пол, доход, число детей, семейное положение и т.д.
Юридические лица	Отрасль, размер компании, характерные риски и т.д.
Лица независимых профессий (судьи, стоматологи, нотариусы и т.д.)	Область деятельности, характерные риски, наличие имущества
Госкорпорации и государственные органы	Оборот, бюджет, характерные риски и т.д.

Источник: Составлено автором

Таблица 2

Распределение ответственности в ДМС между страхователем и страховщиком

Степень участия страхователя	Пример применения в российской практике
Франшиза на консультацию врача	Страхователь уплачивает страховую премию в начале действия договора на 40% меньше, чем при полной уплате, но за каждое обращение к врачу платит в кассу страховщика 500 руб.
Ограничение покрытия	При превышении лимита страховой суммы действие договора прекращается
Франшиза на медицинскую услугу	Страхователь уплачивает страховую премию в начале действия договора меньше, чем при полной уплате, но за каждый страховой случай платит в кассу страховщика 15% от стоимости услуги
Временная франшиза	В первый месяц со дня заключения договора страхования застрахованный несет риски самостоятельно, т.е. страховая компания не оплачивает медицинскую помощь.

Источник: составлено автором

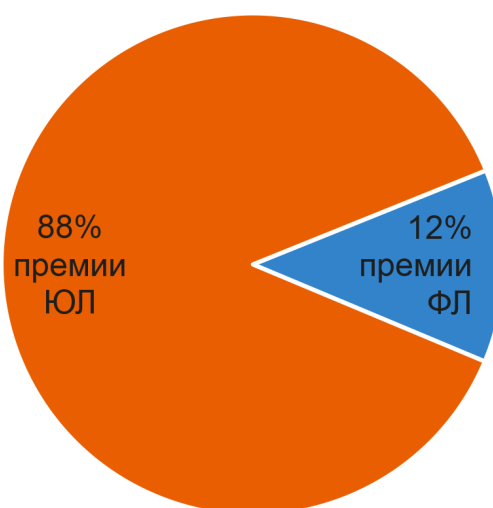


Рис. 1. Страховой портфель топ-7 страховых организаций по сбору страховых премий по ДМС в 2021г.

Источник: составлено автором по данным [5].

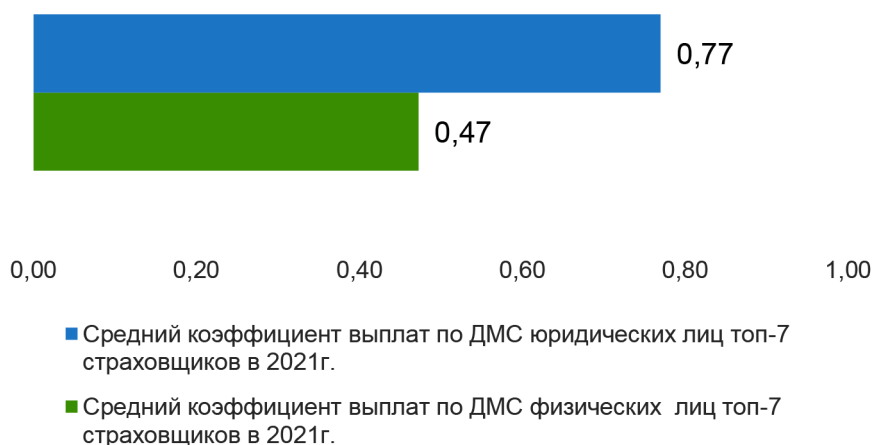


Рис. 2. Средний коэффициент выплат по портфелю ДМС топ-7 страховых организаций в 2021г.

Источник: составлено автором по данным [5].

С 2011 году в силу вступил Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ, в котором ДМС не упоминается. Страховые организации разрабатывают собственные правила страхования, опираясь на действующее страховое законодательство. Однако, существуют множество правовых проблем, с которыми сталкиваются страховщики, застрахованные и ЛПУ.

Основная проблема в ДМС состоит в том, что страховая организация может отказать в страховании любому гражданину в отличие от ОМС. До 2011 года в законе №1499-1 было приписано о том, что страхователь имеет право на ДМС. В настоящий момент по факту под некую дискриминацию попадают граждане старше 75 лет, инвалиды, лица с тяжелыми заболеваниями – оформить полис ДМС для них практически невозможно. Логика страховых организаций ясна: риски наступления страхового случая являются довольно высокими, т.е. коэффициент выплат очень высокий. Сами ЛПУ тоже не заинтересованы принимать таких пациентов в рамках ДМС. Фактически получается, что заинтересованности нет у обеих сторон. Страховщики принимают максимальные тарифы, а записаться к врачу или на обследование/анализ можно только через диспетчер-

ский пульт самой страховой организации (с согласованием). В небольшом регионе, где присутствует ограниченное количество страховых организации, возможность гражданина в возрасте 70 лет и выше приобрести ДМС часто становится нереализуемой.

Данная проблема присутствует в российском законодательстве с самого начала появления Закона РФ N4015-1 [2]. В соответствии со статьей 927 ГК РФ договор ДМС является публичным. А в соответствии со статьей 426 ГК РФ в рамках публичного договора, страховая организация в праве отказать в заключении договора страхования только при условии того, что у нее нет возможности предоставить соответствующую услугу [1]. При этом в Законе РФ N 4015-1 нет и не может быть противопоставления данной норме ГК РФ. Таким образом, практически страховые организации пренебрегают нормами законодательства. В действующее законодательство рекомендуется ввести поправки в связи со спецификой ДМС, т.к. характер публичного договора для системы ДМС действительно не очень подходит.

Таким образом, стандартные правила ДМС, исключающие возможность совершения сделки с инвалидами и престарелыми лицами, а также лицами, страдающими тем или иным заболеванием, противоречат ГК РФ и в этой ча-

сти могут быть признанными ничтожными. В связи с этим законных оснований для отказа в оформлении ДМС вышеперечисленным гражданам у страховых организаций быть не должно.

Проблемы, возникающие на фоне законодательных норм и связанные с взаимодействием страховой организации и медицинской организации на этапе урегулирования страхового случая, являются довольно распространёнными. Страховые организации жалуются на проблемы взаимодействия с медицинскими организациями в процессе урегулирования страхового случая и в страховании жизни.

К примеру, клиент страховой компании заключил договор накопительно-го страхования жизни (НСЖ), через некоторое время он скончался в больнице, в связи с этим его супруга начала сбор документов для получения страховой выплаты, однако, сотрудники больницы отказались выдать справку: мужчина перед смертью не подписал разрешение на передачу персональных данных. Страховая организация обратилась в медучреждение, предоставив имеющееся у нее согласие на предоставление информации о застрахованном лице, подписанное им при заключении страхового договора. Страховая организация получила устный отказ, спустя какое-то время справку все-таки выдали, но у выгодоприобретателя из-за этой проблемы возникли сложности.

Медицинские организации обязаны хранить врачебную тайну даже после смерти пациента (ч. 2 ст. 13 3. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ). Кроме этого, после смерти пациента прекращают действие все ранее выданные им доверенности (пп. 5 п. 1 ст. 188 ГК РФ). Поэтому запросить можно только заключение о причине смерти и диагнозе заболевания (ч. 5 ст. 67 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, п. 3 2 Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 06.06.2013 № 354н, п. 6 Порядка выдачи медицинскими организациями

справок и медицинских заключений, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н). Обычно под этим понимается медицинское свидетельство о смерти по формам № 106/у-08, № 106-2/у-08 [3].

Выдается заключение о причине смерти и диагнозе заболевания супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам, либо законному представителю умершего, правоохранительным и контрольным органам. Неоднократные попытки прописать в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ более свободные возможности для получения врачебной тайны об умерших родственниках не находят поддержки, т.к. сохранность врачебной тайны после смерти пациента гарантируется Конституцией РФ.

Выводы

В рамках работы был проведен анализ страховых портфелей ДМС крупных страховых организаций. Выявлено, что убыточность ДМС физических лиц ниже, чем ДМС юридических лиц на 30%. При этом крупнейшие российские страховые организации ориентируются на разработку страховых продуктов ДМС для юридических лиц. Продукты ДМС для юридических лиц имеют более высокую наполняемость услугами, чем для физических лиц [7].

Подводя итог, можно сделать вывод о том, что действительно существуют особенности и проблемы в части взаимодействия страховых организаций, страхователей и ЛПУ в личном страховании. В первую очередь, такое положение дел сложилось ввиду того, что ДМС не регулируется отдельным нормативно-правовым актом и не существует регламента взаимодействия между ЛПУ и страховой организацией в рамках других видов личного страхования.

Для дальнейшего укрепления и развития отношений ЛПУ и страховых организаций видятся следующие меры:

1) необходимо рассмотреть возможность изменения статуса договора ДМС и внести более подробную ха-

рактическую характеристику о данном виде страхования в Законе РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 N4015–1 или создать отдельный нормативно-правовой акт с минимальными требованиями к данному продукту;

2) рассмотреть возможность расширения полномочий страховых организаций в части запроса необходимой информации в ЛПУ после смерти застрахованного в рамках страхования жизни и страхования от несчастных случаев.

Библиографический список

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 10.08.2023).
2. Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 N 4015–1.
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
4. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 N 1499-1.
5. Сводные данные статистической формы отчетности страховых организаций. [Электронный ресурс]. URL: <https://cbr.ru/statistics/insurance/> (дата обращения 10.08.2023).
6. Исаев Д.В. Реинжиниринг бизнес-процессов страховой организации в медицинском страховании на основе информационных систем и телемедицинских технологий // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2023. № 7-1. С. 49-54. DOI: 10.17513/vaael.2898.
7. Исаев Д.В. Развитие рынка добровольного медицинского страхования на современном этапе // Финансовый бизнес. 2023. № 5 (239). С. 224-227.
8. Зубец А.Н. Страховой маркетинг. М.: Анкил, 1998. 249 с.