

УДК: 614.2:369.06

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ РИСКОВ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПЕРВОЕ СООБЩЕНИЕ)

С. О. Джундубаева, Л. Ю. Бабинцева¹

*Страховая медицинская компания АО КК ЗИМС "Интертич", Казахстан
Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика МЗ Украины¹*

Обобщены данные исследований по оценке рисков медицинской страховой деятельности. В первом сообщении анализируется динамика статистических показателей, определяющих стремление населения приобрести медицинские услуги. Подчеркиваются особенности оценки риска в связи с выраженной неопределенностью подобного рода задач.

Ключевые слова: медицинское страхование, риски страховой деятельности, приобретение медицинских услуг.

ДЕЯКІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ МЕДИЧНОЇ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ (ПЕРШЕ ПОВІДОМЛЕННЯ)

С. О. Джундубаева, Л. Ю. Бабинцева¹

*Страхова медична компанія АТ КК ЗіМС "Інтертіч", Казахстан
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України¹*

Узагальнені дані дослідження з оцінювання ризиків медичної страхової діяльності. У першому повідомленні аналізується динаміка статистичних показників, що визначають прагнення населення придбати медичні послуги. Підкреслюються особливості оцінювання ризику в зв'язку з вираженою невизначеністю подібного роду завдань.

Ключові слова: медичне страхування, ризики страхової діяльності, придбання медичних послуг.

SOME DETERMINATION RISKS APPROACH OF MEDICAL INSURANCE ACTIVITY (FIRST REPORT)

S. O. Dzhundubayeva, L. Yu. Babintseva¹

*Insurance Medical Company "Interteach", Kazakhstan
National Medical Academy of Post-Graduate Education by P. L. Shupyk of MPH of Ukraine¹*

The risks of medical insurance activity researches are generalized. The dynamics of statistical indices to purchase medical services for population are analyzed in the first report. The peculiarities of risk estimation in connection with the expressed vagueness of similar tasks are underlined.

Keywords: medical insurance, the risks of insurance activity, acquisition of medical services.

Введение. Специфика медицинского страхования связана с необходимостью сложного взаимодействия страховой компании с организациями, обеспечивающими ассистанс, клиническими учреждениями, отдельными страхователями, другими организациями и физическими лицами.

Ключевым элементом в управлении рисками, как правило, является величина риска, задающаяся страховщиком на уровне, обеспечивающем его конкурентоспособность на рынке и согласующемся с требованиями Комитета финансового надзора Республи-

ки Казахстан (РК). При формировании различных программ добровольного медицинского страхования (ДМС) страховщик может регулировать ряд факторов, влияющих на стоимость полиса. Однако на большую часть условий и факторов страховщик повлиять не в силах, так как они целиком или частично зависят от внешней среды страхования, то есть от характеристик совокупности страхователей, медицинских учреждений и страхового рынка в целом.

Наибольший риск при медицинском страховании несет сегмент, определяемый как предоставление

© С. О. Джундубаева, Л. Ю. Бабинцева

квалифицированной медицинской помощи страхователю, прежде всего, потому, что заключение договоров о страховании не подразумевает количественную оценку состояния пациентов. Важно подчеркнуть, что успех страхования напрямую зависит от качества оказания медицинских услуг учреждениями здравоохранения, которые, в свою очередь, определяются степенью внедрения стандартов медицинских действий. Последние далеко не полностью обоснованы и внедрены в практическое здравоохранение. Все это приводит к существенному возрастанию рисков успешной деятельности страховых компаний.

В результате, на рынке РК сейчас наблюдается тенденция отхода страховщиков от специализации на медицинском страховании.

Убыточность рынка ДМС, судя по динамике премий и развития убытков, за период с 2001 по 2009 г. колеблется в пределах 70-80 %. В данный момент большая часть населения Республики Казахстан не в состоянии приобрести такую страховую услугу. Анализ рынка ДМС в РК выявил, что эта форма финансирования здравоохранения имеет небольшую долю рынка и обеспечивает медицинской помощью не более 5 % населения страны. Одной из причин невозможности увеличения количества страхователей является отсутствие доступных и разнообразных страховых программ, эффективного актуарного аппарата, доступного и качественного медицинского сервиса. Весь обозначенный круг проблем, характеризующих современное состояние рынка ДМС в Казахстане, требует решения главной проблемы - построения системы управления рисками в ДМС.

Подчеркнем, что в рыночной экономике риск является неотъемлемым атрибутом экономических

отношений, а необходимость управления риском становится ключевым фактором успеха предприятия. Естественно, адаптация сложных по своей сути теорий риска и методов управления риском к ежедневной практической деятельности экономического субъекта является весьма актуальной задачей. Научная же актуальность состоит в необходимости разработки оптимизационных механизмов взаимодействия учреждений здравоохранения, предприятий ассистанса и страховых компаний.

Заметим, что профили риска в медицинском страховании значительно отличаются от других видов страхования. Медицинское страхование подразумевает расходы, которые компания несет сразу же после заключения договора страхования. Более того, страховые выплаты продолжают производиться по страховым случаям, наступившим в период действия договора, на протяжении продолжительного времени после его окончания (счета, предоставляемые обслуживающими учреждениями здравоохранения). Таким образом, медицинское страхование не может быть поставлено в один ряд с другими видами страхования, которые на сегодняшний день составляют значительную долю доходов страхового рынка во всем мире и в том числе в РК.

Целью исследования явилось изучение статистических показателей по оценке стремления населения приобрести медицинские услуги для выявления системных и случайных тенденций риска в медицинской страховой деятельности.

Материалы и методы исследования. Изучали динамику желающих приобрести медицинские услуги, но не имеющих возможности сделать это из-за недостатка финансовых средств (рис. 1); не ис-

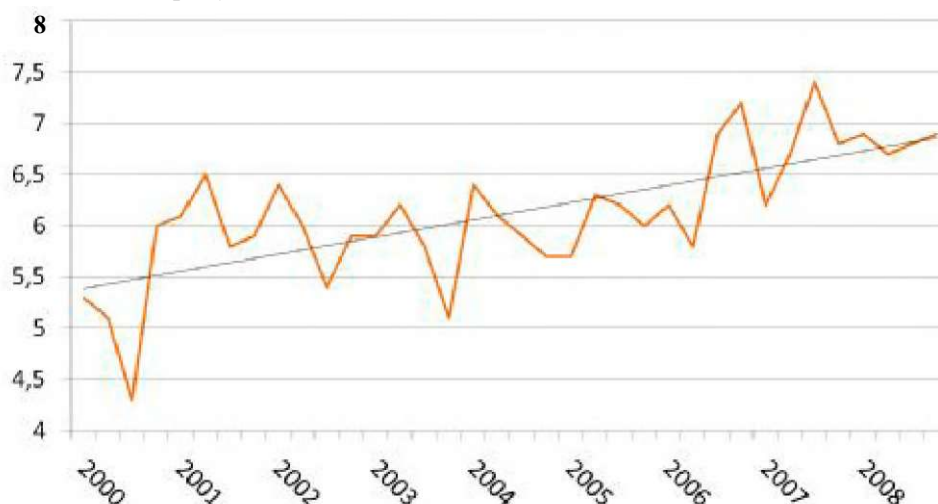


Рис. 1. Оценка приобретения медицинских услуг населением (собираются приобрести в ближайшее время), % респондентов.

пытающихся потребности в приобретении медицинских услуг (рис. 2) и, наконец, количество жителей,

которые собираются приобрести медицинские услуги в ближайшее время (рис. 3).



Рис. 2. Оценка приобретения медицинских услуг населением (не испытывают потребности в приобретении), % респондентов.

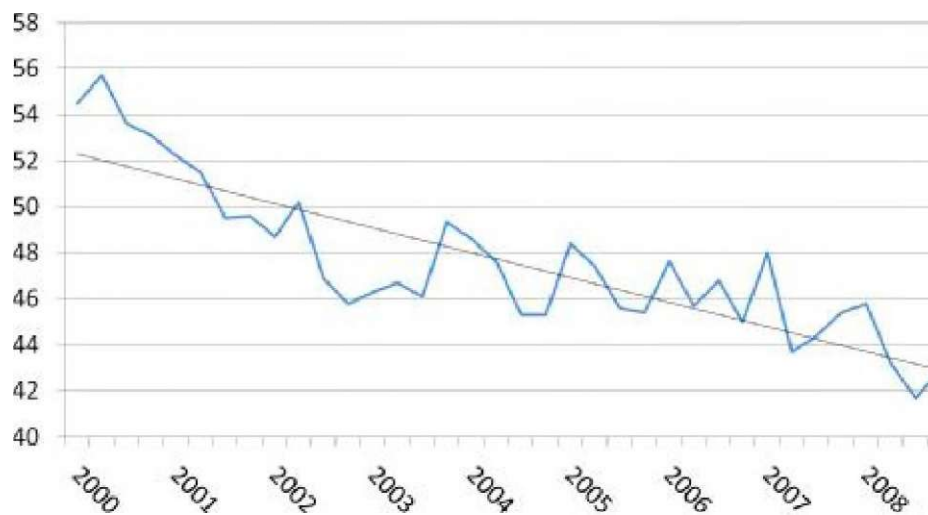


Рис. 3. Оценка приобретения медицинских услуг населением (хотят приобрести, но не могут из-за недостатка финансовых средств), % респондентов.

Как видно из приведенных данных, изменение числа жителей Казахстана, собирающихся купить медицинские услуги, подчиняется влиянию двух законов - волнообразного с колебаниями до 30 % относительно первоначальной величины и тренда медленного роста числа потребителей, надеющихся улучшить состояние здоровья. Подобная тенденция поддерживается параллельным уменьшением числа жителей, не имеющих финансовых возможностей для принятия медицинских услуг.

Для выявления тенденций и оценки валидности статистических исследований применили метод анализа автокорреляционных функций. В качестве при-

мера рассматривался один из вариантов расчета с логарифмическим преобразованием (рис. 4).

Результаты исследования и их обсуждение. Риск при медицинском страховании определяется двумя составляющими: системно-популяционными факторами и размытостью оценок состояния здоровья страхователя. Очевидно также, что обе составляющие исключительно сложны. Это заставляет говорить о медицинском страховании как о процессе, осуществляемом в условиях неопределенности, когда вероятности возможных вариантов обстановки неизвестны. Поэтому крайне важным представляется использование критериев, выбор каждого из

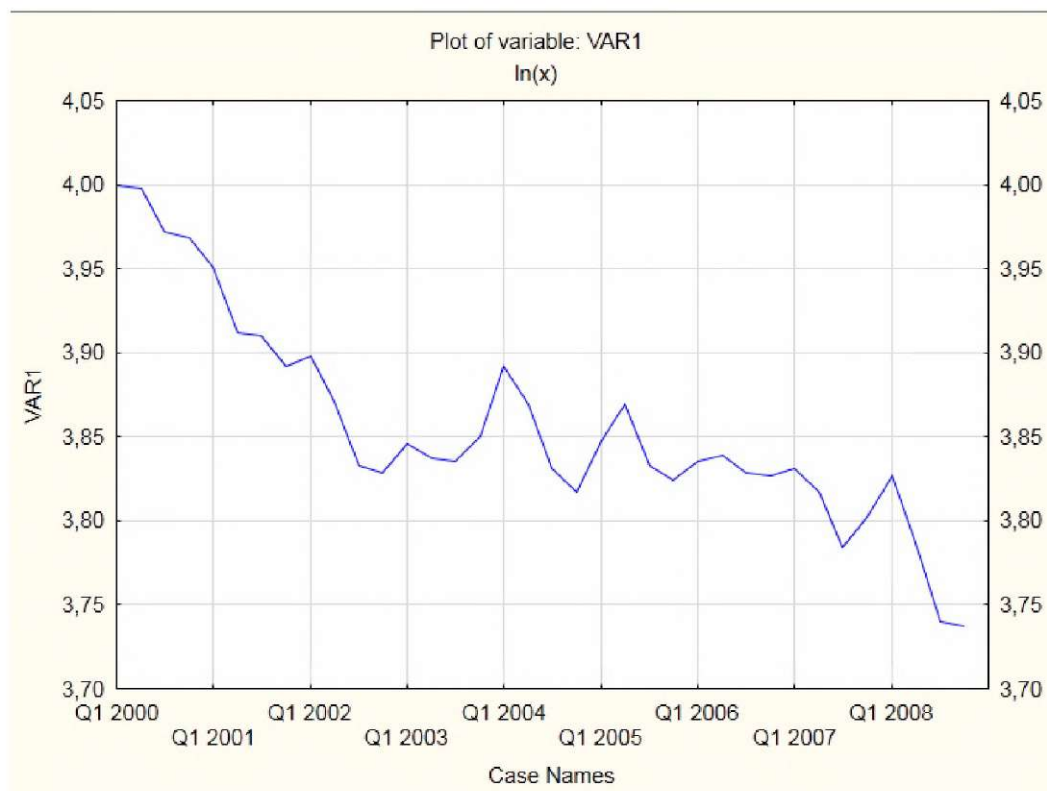


Рис. 4. Логарифмическое преобразование данных по анализу оценки приобретения населением медицинских услуг.

которых, наряду с характером решаемой задачи, поставленных целевых установок и ограничений, зависит от склонности к риску лиц, принимающих решения. К числу классических критериев, используемых при принятии решений в условиях неопределенности, можно отнести: принцип недостаточного обоснования Лапласа; максиминный критерий Вальда; минимаксный критерий Сэвиджа; критерий обобщенного максимина (пессимизма — оптимизма) Гурвица и другие. Однако, перед обоснованием применимости каждого из них были рассмотрены некоторые статистические обобщения.

Неоднозначным является факт непрерывного роста числа жителей, не имеющих потребности в приобретении услуг. Тем не менее, простая математическая модель совмещения двух указанных процессов свидетельствует, что период стабилизации должен наступить в 2013-2014 годах. Именно тогда появится возможность обеспечения валидности прогностических расчетов.

Наличие тренда и сезонная составляющая ряда выглядят очень отчетливо, равно как и соответствующие автокорреляционные и частные автокорреляционные функции. При логарифмическом преобразовании можно убедиться, что амплитуда колебаний стала более стабильной. Но и в этом случае крите-

рии принятия решения в условиях риска позволяет получить лишь вероятностные (средневзвешенные) результаты анализа возможных вариантов. Поэтому в отдельных случаях в силу вероятностного характера процессов страхования возможно получение результатов, отличных от планируемых.

Тем не менее, использование методов оценки рисков может существенно повысить степень достоверности оценок и результатов, по сравнению с подходами к принятию решений без количественной оценки вариантов.

Дальнейшие рассуждения будут приведены в сообщениях 2 и 3.

Можно с уверенностью сказать, что использование указанного подхода улучшит результаты надежного страхования посредством сокращения числа неудачных исходов.

Выводы. 1. Рынок добровольного медицинского страхования Республики Казахстан обладает высоким потенциалом, который может ожидать при благоприятных условиях развития экономики весьма перспективное будущее. Появившиеся под влиянием кризиса негативные тенденции динамики результатов экономической деятельности страховых компаний в сфере ДМС обусловлены недостаточностью в управлении рисками в указанной сфере.

2. Качественное улучшение взаимодействия страховой компании со структурами ассистанса учреждений здравоохранения может быть достигнуто лишь при решении организационных вопросов внедрения системы риск-менеджмента.

3. Обоснованный критерий принятия решений при медицинском страховании в условиях риска позволяет получить лишь вероятностные (средневзвешенные) результаты анализа возможных вариантов.

Литература.

1. Акулов В. Н. Социальная защита граждан в условиях обязательного медицинского страхования / В. Н. Акулов // Мир медицины. - 2003. - № 6. - С. 21-23.
2. Архипов А. П. Основы страхового дела: учеб. пособие / А. П. Архипов, В. Б. Гомелля. - М.: Маркет ДС, 2002. - 413 с.
3. Бойков А. В. Риск-менеджмент и актуарно-финансовый анализ в компании по страхованию жизни / А. В. Бойков // Управление финансовыми рисками. - 2009. - № 2. - Режим доступа: <http://grebennikon.ru/cat-i-23-14-2-1-3.html>.
4. Дрошнев В. В. Обязательное медицинское страхование в России / В. В. Дрошнев. - М.: Анкил, 2004. - 160 с.
5. Корнилов И. Л. Основы страховой математики : учеб. пособие для вузов / И. Л. Корнилов. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. - 400 с.
6. Рябикин И. Страхование и актуарные расчеты / Рябикин И., Тихомиров С. Н., Баскаков В. Н. - М.: Экономистъ, 2006. - 464 с.
7. Boyle P. P. Rates of return as random variables / P. P. Boyle // The Journal of Risk and Insurance. - 1976. - Vol. 53. - P. 693-713.