

МОДЕЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ СИСТЕМО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПІДХОДУ

Система управління медичним страхуванням (мотиви страхової діяльності, моделювання страхового продукту, реалізація страхового продукту, управління ризиком у медичному страхуванні). Запропонована інформаційна модель процесу прийняття рішень по розробці й реалізації продуктів медичного страхування побудована з урахуванням принципів системно-функціонального підходу та декомпозиційного планування.

The system of medical insurance management (the motive of insurance services, the model of working out and realization of insurance services, risk-management of insurance services). The information models of making decisions in medical insurance realization's based on the principles of system and structural functional approach are worked out.

Особливу актуальність у наш час набули питання раціонального використання ресурсів; оптимізації взаємовідносин між державою, суспільством та ринком; пошуку та застосування ефективних моделей організації та управління системою охорони здоров'я. Проте в нашій країні дотепер не розроблені теоретична та алгоритмічна бази для забезпечення ефективного управління охороною здоров'я. Тому тема статті, що передбачає розробку проблем моделювання процесів в області медичного страхування, є актуальною.

Вітчизняні та закордонні вчені, зокрема Кутузов І.Н., Щедрий П., Нонко В., Решетніков А.В., Ліннакко Єро, McClellan M., Skinner J, Pauly M.V., у своїх дослідженнях аналізують можливості, проблеми і перспективи медичного страхування. Науковими дослідженнями моделювання процесів управління займаються вітчизняні вчені Лисенко Ю.Г., Петренко В.Л., Гузь М.Г., Ястремський О.І. і ін.

Вибір для реалізації в Україні винятково ринкового або державного механізму організації охорони здоров'я, незважаючи на їхні певні переваги, неприпустимий і неможливий. Перевагою ринкового механізму є стимулювання здорового способу життя й раціональної поведінки, однак, за умови досить високого рівня доходів громадян.

Ринковий механізм ігнорує потреби суспільства в послугах охорони здоров'я, що в остаточному підсумку може нашкодити кожному громадянину; незабезпечення гарантованого мінімуму медичної допомоги громадянам взагалі не є етичним.

Державний механізм переслідує мету гарантування безоплатної медичної допомоги всім громадянам, що приводить до появи морального ризику, оскільки безоплатність тягне нерегульований ріст потреб. Участь громадян у покритті частини витрат на підтримку свого здоров'я стимулює здоровіший спосіб життя й робить здоров'я важливим елементом конкуренції на ринку праці.

Обов'язкове медичне страхування повинне регулюватися нормами відповідного законодавства. Обов'язкове медичне страхування будується на солідарності й призначене для забезпечення певного набору безоплатної медичної допомоги незалежно від фактично сплачених страхових внесків. Обсяг зобов'язань повинен повністю визначатися наявними можливостями й містити конкретний перелік послуг, які надаються громадянам, а також містити механізм адекватного ресурсного й фінансового покриття діяльності постачальників медичних послуг у рамках цього переліку.

Добровільне медичне страхування має потенційні можливості для розвитку й доповнення охорони здоров'я. Воно діє в певному правовому полі, однак, базується не на нормативних, а на договірних умовах.

Страхові продукти в області добровільного медичного страхування повинні розроблятися з урахуванням

специфіки діючих гарантій у державі по безоплатному медичному забезпеченні й мати на меті:

- забезпечити задоволення потреб населення в сервісних послугах при одержанні медичної допомоги;
- упорядкувати надання медичних послуг, що не входять в обсяг безоплатного медичного забезпечення;
- стимулювати підприємства й громадян до укладання договорів добровільного медичного страхування;
- сприяти припливу додаткових коштів безпосередньо в лікувально-профілактичні установи.

Умовою для широкого розвитку добровільного медичного страхування при наявності в державі практики безоплатного медичного обслуговування є чітке визначення границі між державними зобов'язаннями й додатковими наборами медичних послуг і лікарських засобів, які не надаються у рамках безоплатних гарантій.

Саме на таких принципах будується добровільне страхування в більшості країн з розвинутою ринковою економікою. Наприклад, у Франції населення платить установлену частину вартості медичної допомоги й купує страхове покриття на випадок необхідності дорогого лікування. Добровільне страхування може використовуватися для одержання права на планову стаціонарну допомогу позачергово або прямого звертання до вузького фахівця (як це робиться, наприклад, у Великобританії).

Розробка страхового продукту в області медичного страхування перебуває в прямій залежності від лікувальної інфраструктури, оскільки постачальники медичних послуг є безпосередніми учасниками процесу супроводу й урегулювання збитків по договорах страхування.

Система управління медичним страхуванням, заснована на принципі системно-функціонального підходу, складається із взаємозалежних складових, які вимагають методологічних підходів для організації, ключовою з яких є поняття страхового продукту.

Система управління медичним страхуванням вимагає розгляду наступних складових:

- моделювання процесів контракування між суб'єктами страхування для організації медичного страхування;
- моделювання процесів управління страховими продуктами в області медичного страхування;
- моделювання управління ризиком у медичному страхуванні.

Метою моделювання контракування є забезпечення відповідальності всіх суб'єктів у процесі обслуговування клієнтів при одержанні ними медичної допомоги в рамках страхового покриття.

Моделювання процесів управління страховими продуктами призначене для забезпечення відповідності між гарантіями по медичному обслуговуванню в рамках страхового покриття й їх фінансового забезпечення.

Моделювання управління ризиком має на меті контроль і фінансування ризикових ситуацій, що виникають у

процесі супроводу страхових продуктів, для забезпечення ефективності медичного страхування. Застосування страхової моделі для організації й фінансування охорони здоров'я дозволить створити ефективний механізм функціонування, що передбачає: оптимізацію фінансової взаємодії суб'єктів системи; розширення прав суб'єктів держави, регіонів і населення; посилення економічної зацікавленості громадян і підприємств у здоровішій життєдіяльності; розвиток охорони здоров'я за якісними показниками; захист прав споживача в області охорони здоров'я.

Умовами, які можуть забезпечити досягнення поставлених завдань, є макроекономічна й політична стабільність; чіткий і відкритий обмін інформацією; правильні стимули при надійній контрактній системі з постачальниками медичних послуг.

Під продуктом медичного страхування розуміють набір медичних і сервісних послуг, а також визначення стану застрахованої особи, при якому він одержує право на такі послуги. Обсяг медичних і сервісних послуг у рамках страхового продукту визначається можливостями населення, страхових компаній, лікувальних установ і держави.

Системно-функціональний підхід до страхування полягає в розгляді процесу й продукту діяльності страхової компанії у вигляді окремих самостійних модулів, об'єднаних у послідовність. Така постановка питання, на думку [1, с.6], дозволяє логічно погодити прогнозування й моделювання, які є взаємодоповнюючими елементами страхового менеджменту: складової процесу прогнозування є розробка прогностичних моделей для вибору найбільш ймовірного варіанта їх зміни; однією із цілей створення моделей діяльності страхових організацій є вивчення можливих змін їх структурних елементів.

Медичне страхування використовує загальну методологію й практику страхової справи, її організаційні принципи, органічно переплітається із системами соціального забезпечення й охорони здоров'я. Практика медичного страхування неможлива без технологічного взаємозв'язку страхових компаній і лікувально-профілактичних установ.

На цій основі практика поділу праці звільняє медичних працівників і працівників страхових компаній від заняття невластивими їм видами діяльності.

Кожна зі сторін, залучених у процес страхування – страховики (вони можуть бути представлені не тільки комерційними структурами, але й, наприклад, лікарняними касами або фондами соціального страхування); страхувальники, які купують страховий захист особисто для себе або третіх осіб; лікувально-профілактичні установи; – має специфічні інтереси, які вимагають взаємного ув'язування. Якість і характеристика страхового медичного покриття повинні давати зрозуміти клієнтам, що воно відповідає й щонайкраще задовольняє їхні потреби. Лікувально-профілактичні установи повинні одержувати адекватну компенсацію за надання медичних послуг застрахованим особам.

Однією із класифікацій медичного страхування є форма його здійснення (добровільна або обов'язкова). Форма страхування накладає вимоги й визначає особливості завдань, які вирішуються на етапах планування й реалізації страхового продукту. Наприклад, у добровільному страхуванні розмір страхового внеску визначає обсяг страхового покриття, а на розмір страхового внеску можуть впливати різні характеристики потенційного клієнта (вік, стать, стан здоров'я). Обов'язкове страхування реалізує принцип соціальної солідарності: від страхових внесків не залежить обсяг гарантованої медичної допомоги, від стану здоров'я не залежить вартість страхування.

Складна проблема прийняття рішень в області страхових продуктів може бути вирішена шляхом розбивки процесу на кілька незалежних, легких для розуміння й розв'язання завдань. Процес прийняття рішень в області страхових продуктів, модель якого представлена на рис. 1 [2, с. 58], побудований на основі структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів декомпозиційного планування й абстрагування, що полягає у виділенні істотних аспектів системи та абстрагування від несуттєвих.

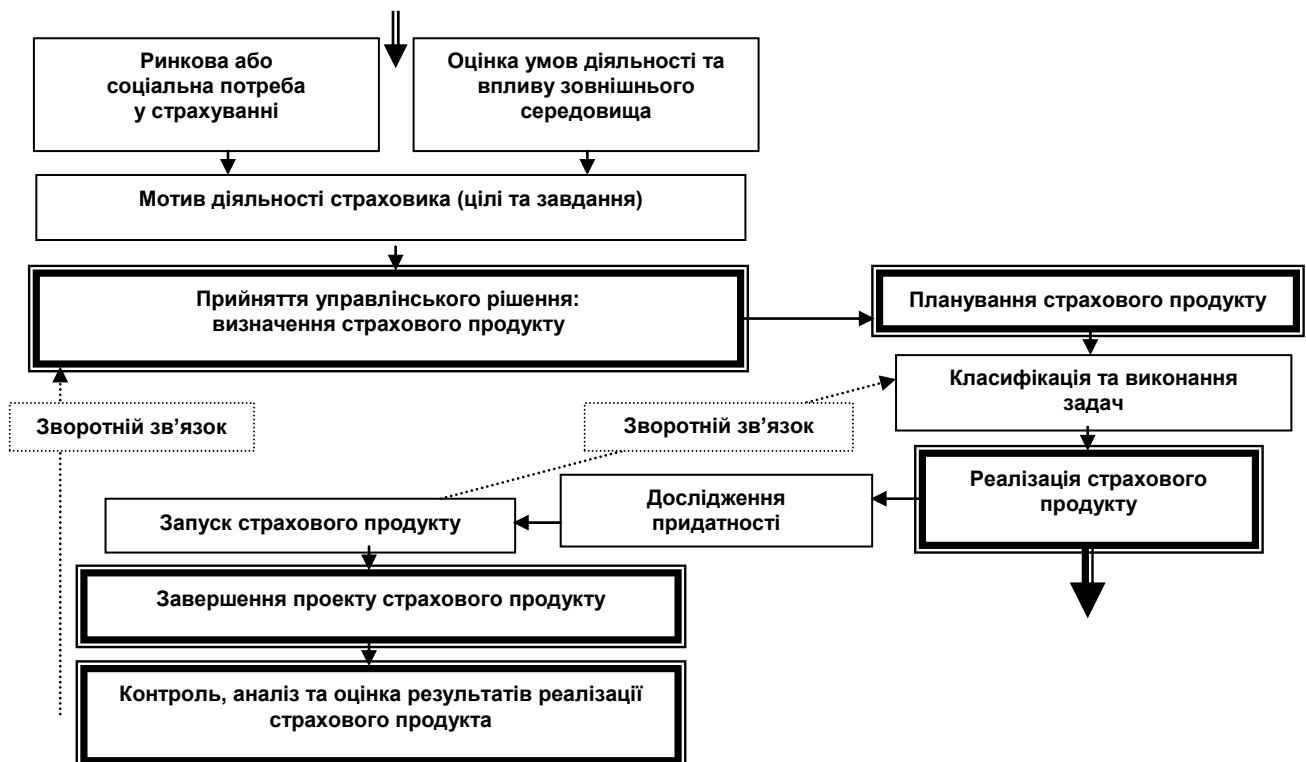


Рис. 1. Інформаційна модель прийняття рішень з розробки та реалізації продуктів медичного страхування

На вхідний пристрій моделі, що перебуває в певному середовищі, надходить початковий сигнал у вигляді соціального завдання або потреби. На виході знаходиться управлінське рішення по реалізації отриманого завдання або задоволення потреби. Найвні канали зворотнього зв'язку дозволяють коректувати роботу моделі в певних межах. Взаємодія моделі з навколишнім середовищем у рамках розглянутого соціального поля може розглядатися як обмін сигналами входу-виходу.

Ухвалення управлінського рішення про ідентифікацію страхового продукту для подальшого планування й реалізації базується на основі виділення ринкової (або соціальної) потреби в страхуванні в комбінації з аналізом умов, можливостей і знаходить висвітлення в комплексному представленні мотивів діяльності страхової компанії. Після ухвалення рішення про страховий продукт здійснюється його планування шляхом сортування й виконання специфічних завдань.

Реалізація розробленого страхового продукту починається з дослідження придатності та здійснюваності з точок зору потенційних клієнтів і необхідного ресурсно-забезпечення, у результаті чого може знадобитися повернення до етапу планування страхового продукту для його модифікації або, у крайньому випадку, відмови від проекту.

Запуск страхового продукту включає продаж і супровід договорів страхування в рамках страхового продукту; погодженість, відповідність і гнучкість дій представників страхової компанії на даному етапі будуть визначати успішність страхового продукту.

Контроль, аналіз і оцінка результатів страхових операцій на відповідність поставленим завданням є заключним етапом в єдиному ланцюжку управлінського зв'язку певного страхового продукту.

Для ефективного управління страховим продуктом важливо підтримувати зворотній зв'язок, а для виправлення виявлених недоліків переглядати висновки, зроблені на попередніх етапах прийняття рішень: стежити за задоволеністю застрахованих осіб якістю організації допомоги; управляти ціною продукту. Використовуючи статистичні дані, страхова компанія повинна відстежити тенденції й визначити, чи підходить страховий продукт маркетинговим і внутрішнім потребам ринку (або держави).

Для розвитку страхового продукту рекомендується здійснення моніторингу (розгляд коментарів і пропозицій із приводу медичного страхового продукту; створення бази даних по конкурентних страхових продуктах; підвищення рівня знань про стандарти страхового продукту й державне регулювання діяльності).

Розробка медичного страхового продукту вимагає ретельного аналізу й повинна бути органічним, ретельним і безперервним процесом, у ході якого повинні використовуватися еволюційні умови для зміни самого продукту. Для пов'язування цілей суб'єктів страхування і їх ресурсів використовується програмно – цільовий підхід, що знаходить висвітлення в технології планування й реалізації страхового продукту. Вона містить комплекс заходів, погоджених по виконавцях, ресурсах, строках і спрямованих на розв'язок завдань найбільш ефективними шляхами. У більшості країн миру зі страховою системою охорони здоров'я програмно-цільовий метод є основним у вирішенні проблем охорони здоров'я на всіх рівнях.

Спрощена схема функціонального підходу до планування страхового продукту полягає у виділенні й класифікації потребуючих виконання завдань, які представлені на рис. 2.

Завдання, які потребують виконання
при плануванні страхового продукту:

- розробка механізму супроводу договорів страхування;
- розробка механізму укладання договорів страхування;
- забезпечення збалансованості між ціною та відповідальністю по договору страхування;
- врахування життєвого циклу страхового продукту;
- управління ризиком в медичному страхуванні.

Рис. 2. Класифікація завдань, які потребують виконання при плануванні медичного страхового продукту

Механізм супроводу страхового продукту може бути представлений у вигляді наступних компонентів:

1. Ресурсне забезпечення страхового продукту.
2. Порядок дій суб'єктів страхування при страховому випадку.
3. Експертиза наданих послуг застрахованій особі.

Під ресурсним забезпеченням страхового продукту розуміється комплекс засобів, з використанням якого страховик планує виконувати свої зобов'язання перед клієнтами, що включає:

- перелік фармацевтичних установ, які будуть надавати медикаменти та матеріали для лікування застрахованих осіб;
- сервісні організації (диспетчер, асистант і т.п.), які будуть координувати дії суб'єктів страхування при настанні страхових випадків;
- перелік постачальників медичних послуг;
- типові договори про співробітництво й порядок взаєморозрахунків з лікувально-профілактичними, фармацевтичними, сервісними установами.

Однією із проблем забезпечення виконання зобов'язань перед застрахованими особами можуть бути труднощі при територіальній реалізації, особливо для добровільного страхування. Найпростіші варіанти медичного страхування припускають надання медичної допомоги в медичних установах, які, як правило, розташовуються в місці постійного проживання застрахованої особи. Територіально обмежений режим страхового продукту створює серйозні незручності клієнтам, особливо коли доводиться залишати місце постійного проживання на досить тривалий строк, наприклад, при службових відрядженнях, поїздках на відпочинок і санаторно-курортне лікування. Відсутність екстериторіальності договорів страхування, або неможливість одержання медичної допомоги належної якості поза місцем постійного проживання (роботи), завдає шкоди якості страхового продукту.

Економічні відносини між страховими компаніями та лікувально-профілактичними установами повинні ґрунтуватися на критеріях, що відбивають ступінь досягнення кінцевого результату, таких як закінчені випадки лікування або реабілітації. На жаль, це не завжди можливо, особливо у відношенні поліклінічної медичної допомоги. Якщо досягається угода про оплату медичної допомоги по фактичних витратах, необхідне встановлення обмежень, які не дозволили б перевищити погоджені обсяги страхового покриття.

Лікувально-профілактична допомога застрахованим повинна надаватися відповідно до медико-економічних стандартів, які діють у державі.

Отримана інформація про надану медичну допомогу застрахованим особам підлягає експертизі страховиком, включаючи:

- економічний аналіз (підтвердження факту страхування, валідності договору страхування, настання

страхового випадку, відсутності заборгованості по сплаті страхових платежів, перевірка залишку страхової суми з урахуванням попередніх виплат, аналіз обставин настання страхового випадку);

- медичний аналіз (відповідність наданої медичної допомоги захворюванню застрахованої особи).

У випадку необґрунтованої відмови лікувально-профілактичної установи в наданні застрахованій особі послуг, передбачених договором страхування й договором про співробітництво, неповного або неякісного надання послуг, виникнення ускладнень у результаті їх надання, страхова компанія вживає заходів, спрямованих на те, щоб клієнту була надана необхідна допомога; можливою є виплата постраждалому клієнту штрафу у певному відсотку від вартості неповністю або неякісно наданої допомоги. Після здійснення експертизи може знадобитися коректування взаєморозрахунків з лікувально-профілактичними установами, що включає оплату додаткових рахунків або застосування регресних позовів.

Вирівнювання інтересів різних клієнтів (в процесі збалансування ціни страхової послуги та відповідальності страховика) може досягатися диференціацією страхових тарифів або страхового покриття, для чого формується універсальний набір факторів, що відбиває ризик клієнта.

Умови договору страхування й порядок його укладання повинні бути такими, щоб була виключена селекція ризику (як позитивна, так і негативна). Так, страховик зацікавлений в укладанні договорів страхування з тими клієнтами, ризик захворюваності яких нижче значень, що закладаються при розрахунках вартості страхового продукту. Такий цілеспрямований відбір називається селекцією.

У свою чергу, особи, які відрізняються підвищеним ризиком захворюваності, частіше користуються відповідними послугами страховиків, і відбір страхувальником страховика – антиселекція – буде породжувати асиметричну інформацію про величину страхового ризику. У результаті, прийняті ризики будуть вище стандартних, закладених у ціні страхової послуги, і приводити до незапланованих страхових виплат.

Для розв'язання проблеми антиселекції необхідно не тільки виважено підійти до формулювання страхово-

го покриття, але й розробити рекомендації андеррайтерам для оцінки страхового ризику.

Забезпечення збалансованості між ціною та відповідальністю по страховому продукту є тим завданням, яке вимагає розгляду при будь-якій формі страхування. В обов'язковому страхуванні ставиться завдання відповідності гарантій безоплатної медичної допомоги та фінансового забезпечення за рахунок бюджету або загального оподаткування, яка може вирішуватися нормативно-балансовим методом виходячи з нормативів надання медичної допомоги в конкретному регіоні на одного мешканця. У добровільному страхуванні ця задача має інший зміст.

Потенційні клієнти страхової компанії не є гомогенною групою не тільки з погляду рівня захворюваності, але й з погляду фінансових можливостей і запитів. Тому при розробці страхового продукту необхідно чітко розуміти, для якого контингенту страхувальників він призначений, тому що від цього залежить і обсяг відповідальності за ним, і його ціна.

При плануванні страхового портфеля страхова компанія ухвалює рішення щодо страхових продуктів з урахуванням відповідності його потенційному страховому полю.

Планування страхового продукту є ключовою діяльністю у функціонуванні страхової компанії. Процес ухвалення рішення по страховому продукту – складний і багатогранний акт, що вимагає використання широкого набору аналітичних методів. Основні фактори страхового продукту, такі як прибутковість, конкурентоспроможність, обтяжливості страхових гарантій і чутливість прибутку, вимагають ув'язування й прийняття компромісних розв'язків. А ключами до успішної розробки продукту є комбінація інтересів суб'єктів страхування й структурований процес планування.

Застосування запропонованої в статті інформаційної моделі щодо прийняття рішень із страхового продукту дозволить зробити ефективним процес реалізації страхових медичних послуг, що особливо актуально в умовах тенденції розвитку медичного страхування в Україні.

1. Сухоруков М. Системно-функциональный подход к принятию управленческого решения на основе прогнозирования // Страховое дело. – 2000. – № 2. – С. 6-14. 2. Современные технологии в управлении медицинским страхованием и лечебным процессом / Евтушенко Т.П., Кизим В.В., Лысенко Ю.Г., Маншилин К.Н., – Донецк: ООО "Алекс", 2005. – 224 с.

Надійшла до редколегії: 11.12.2008

В.Ю. Железняк, канд. екон. наук, доц

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ ФІНАНСОВОГО РИНКУ

Пропонується створення інвестиційно-проектного бюро як нового суб'єкта інфраструктури фінансового ринку, діяльність якого буде спрямована на розширення схеми проектного фінансування в Україні. Особливу увагу приділено взаємодії страхових компаній, банків та інформаційно-проектного бюро шляхом створення тимчасового фінансово-інвестиційного кластеру.

The creation of such new financial market unit as the investment project office is proposed. The office's activity must be promotional for project finance expansion in the Ukraine. The special attention was paid to insurance companies, banks and investment project office interaction through the temporary financial investment cluster.

Необхідною умовою розвитку економічної системи будь-якої держави є розширене відтворення, яке неможливе без певної фінансової бази. Головним "постачальником" додаткових фінансових ресурсів суб'єктам господарювання в світовій економіці вважається фінансовий ринок. Але структура та характеристики фінансового ринку окремих країн можуть суттєво різнитися з огляду на історичні особливості розвитку їх фінансової системи. Як показав аналіз розвитку вітчизняної фінансової системи, зокрема, типів фінансових посередників,

проведений Лук'яшко П.О. в [1, с.227]: "Історично склалися так, що фінансова система України розвивалася нерівномірно. Домінуюче становище належить банківським структурам, динамічний розвиток інших фінансових посередників спостерігається протягом останніх років". Тому з причини гіпертрофованого розвитку банківського сектору сучасний етап розвитку фінансової системи України характеризується високим рівнем конкуренції між фінансовими посередниками, які в основному представлені банківськими установами на вітчизняному

© В.Ю. Железняк, 2009