Крестьянинова Ольга Геннадьевна
аспирантка факультета финансов,
Санкт-Петербургский государственный университет сервиса и экономики
olgagk@mail.ru

управление рисками в системе обязательного медицинского страхования

Аннотация

В статье анализируются вопросы реформирования системы обязательного медицинского страхования как эффективного инструмента социальной защиты населения. Рассматривается роль фондов обязательного медицинского страхования и медицинских организаций по управлению рисками в современных условиях.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, социальный риск, индивидуальный риск, управление рисками, страховая медицинская организация, федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальный фонд обязательного медицинского страхования

До начала XXI века страхование во многих случаях рассматривалось как метод управления индивидуальным социальным риском, обеспечивающий компенсацию ущерба (возмещение вреда) и никаких не влияющий ни на его размер, ни на вероятность наступления (3).

Ситуация стала меняться под влиянием объективных факторов, связанных с развитием государства и общества. Социальные проблемы становятся все более масштабными. Крупные техногенные аварии, террористические акты и другие «риски катастроф», когда за пределами страхового поля оказывается все население территории, длительная безработица, затрагивающая интересы многих людей, проблема «зависимости» растущего числа лиц пожилого возраста, инвалидов, постоянно нуждающихся в помощи (4), проблема бедности, охватывающая, по данным Института социологии РАН до 60% населения страны, требуют непосредственных защитных мер государства (5).

Под влиянием изложенных социальных проблем возрастают индивидуальные риски, связанные с необходимостью получения медицинской помощи. По отношению к данным рискам избран особый метод управления – передача их на страхование специально созданным организациям, системообразующую роль среди которых играют государственные внебюджетные фонды. В обяза-

тельном медицинском страховании государственные внебюджетные фонды выступают «в связке» со страховыми медицинскими организациями (агрегированный страховщик). В настоящее время в России действует два вида обязательного социального страхования, объектами которых являются схожие имущественные интересы, связанные с необходимостью получения медицинской помощи – обязательное медицинское страхование и обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (5).

Существуют «промежуточные» между социальным и несоциальным виды обязательного страхования, имеющие схожие объекты например, ОСАГО.

Однако компенсация ущерба (возмещение вреда) по разным видам страхования в виде оплаты медицинской помощи в нарушение базовых принципов страхования осуществляется преимущественно из средств обязательного медицинского страхования, являясь серьезным фактором недостаточности средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

платные медицинские услуги, предоставляемые в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, создают условия для роста совокупного риска в системе обязательного медицинского страхования

Риски обязательного медицинского страхования

В связи с формированием значительных социально-экономических различий между субъектами федерации возникли проблемы с эффективностью объединения страховых рисков в ОМС в пулы на уровне только лишь территориальных фондов обязательного медицинского страхования, в части территориальных программ государственных гарантий обязательного медицинского страхования и реализации принципа социальной справедливости.

В определенной части общества, включающей средние слои населения и богатых, поощряется развитие экстремальных видов деятельности и хобби, имеющих необоснованно высокие вероятности рисков, связанных с угрозами здоровью и жизни. Таким образом, в системе ОМС формируется категория чрезмерных рисков. Раскладка ущербов (вреда) от последствий данных рисков на всех застрахованных по ОМС может привести к еще большей недостаточности средств обязательного медицинского страхования и, соответственно еще большему расслоению общества.

Проблемы, связанные с платными медицинскими услугами, навязываемыми застрахованным по ОМС в государственных и муниципальных медицинских учреждениях – зачастую не сверх, в вместо гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, затрагивают имущественные интересы большинства пациентов (6).

Платные медицинские услуги, предоставляемые в государственных и муниципальных медицинских учреждениях,

создают условия для роста совокупного риска в системе обязательного медицинского страхования и наносят ущерб (причиняют вред) не только самим застрахованным, но и системе ОМС.

За годы существования системы ОМС изменилась социальная политика государства в сторону повышения качества социального страхования, а также конституционных гарантий на медицинские услуги в рамках ОМС. Одним из направлений на решение проблем системы ОМС является развитие новой деятельности страховых медицинских организаций, в части определения страхового риска в системе ОМС и порядок принятия страховой медицинской компанией страхового риска в ОМС.

Социальный страховой риск по обязательному медицинскому страхованию (далее риск ОМС) – предполагаемое событие, влекущее необходимость защиты имущественных интересов путем оказания бесплатной медицинской помощи вследствие причины вреда жизни и (или) здоровью гражданина (либо вследствие угрозы причинения такого вреда) и реализуемое в страховом случае, предусмотренном программами ОМС.

Управление рисками: принципы и основные направления

Управление рисками в системе ОМС основывается на следующих принципах:

– целевой направленности – подчинение всех задач управления рисками в системе ОМС и способов их решения целям обеспечения прав и законных интересов граждан, а также соблюдения законодательства в сфере медицинского страхования;

– единства функционирования – нормативного, методического, информационного;

– социальной справедливости – обеспечение прав застрахованных на равный доступ к бесплатной медицинской помощи за счет эффективного управления рисками;

– распределение рисков по категориям для управления на федеральном и территориальных уровнях с целью последующего распределения финансовых средств;

– установления обязанности (в том числе обязанных субъектов) возмещения части затрат, понесенных системой ОМС, на обеспечение страховых случаев по чрезмерным рискам (чрезмерным субъективным рискам), полный перечень которых устанавливается Правительством РФ.

Виды рисков в системе ОМС:

а) риски, непосредственно связанные со страховым характером механизм защиты:

– внешние риски – риски в ОМС и связанные с ними убытки (вред), переданные на страхование фондам ОМС и страховым медицинским организациям на основании Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»[1];

– внутренние риски – технические риски страховщика (риски страховой деятельности) и управленческие риски (риски решений) страховщика;

б) риски, непосредственно не связанные со страховым характером механизма защиты. Это риски медицинских организаций, которые являются рисками не системы ОМС, а системы здравоохранения, находящейся в компетенции органов управления здравоохранением.

---

[1] Указанный автором закон утратил силу с 1 января 2011 г. в связи с принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – *Прим. ред.*

создание инфраструктуры управления рисками в системе обязательного медицинского страхования целесообразно осуществлять поэтапно, с учетом задач, решаемых на том или ином уровне страховщика

Основными направлениями деятельности страховщика по управлению рисками в системе ОМС являются:
1) формирование правовой независимости (автономности) фондов ОМС по управлению рисками;
2) отграничение страховых случаев по ОМС от страховых случаев по другим видам страхования;
3) создание инфраструктуры управления рисками в системе ОМС;
4) осуществление оценки страхового риска.

Создание инфраструктуры управления рисками в системе обязательного медицинского страхования

Создание инфраструктуры управления рисками в ОМС целесообразно осуществлять поэтапно, с учетом задач, решаемых на том или ином уровне страховщика. По отношению к управлению рисками в системе ОМС выделяются три уровня страховщика (6):
Первый уровень – Федеральный фонд ОМС. Разрабатывает и осуществляет комплекс мер по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС и созданию условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи (страхового обеспечения по ОМС).
Второй уровень – территориальные фонды ОМС. Обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС субъекта федерации. Решение данной задачи предполагает непосредственное управление рисками в ОМС в рамках категорий риска, передаваемых на страхование в территориальный фонд ОМС.
Третий уровень – страховые медицинские организации. Организуют и осуществляют оплату медицинской помощи (услуг), предоставляемой застрахованным по ОМС. Решение данных задач СМО предполагает их деятельность по закупкам медицинской помощи (медицинских услуг), являющейся страховым обеспечением по ОМС.
Анализ или оценка рисков являются главной задачей управления рисками в ОМС и осуществляется в целях измерения последствий наступления рисков (ущерба). Ущерб измеряется в пределах рисков, переданных на страхование в соответствии с программами ОМС.
Заключительным этапом управления рисками является контроль рисков. Под контролем рисков понимаются наблюдения за ущербом в разрезе каждой группы рисков, проверки реализации мероприятий программ управления рисками, принятых решений по управлению внутренними рисками страховщика во всех структурных подразделениях территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации. Важным этапом контро-

ля является сопоставление стоимости действий по управлению рисками с их результатом.

Заключение

Таким образом, создание инфраструктуры и программного обеспечения управления рисками в системе обязательного медицинского страхования позволит более рационально использовать средства территориальных фондов ОМС по целевому назначению – на защиту имущественных интересов застрахованных граждан, возникающих исключительно в результате рисков обязательного медицинского страхования.

Литература

1. Рейхарт Д.В. Система ОМС: актуальные вопросы и перспективы развития // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 10.
2. Янова С.Ю. Социальное страхование: организация и финансовый механизм. – СПб: Изд-во СПбГУЭФ, 2000.
3. Хохлов М.В. Управление риском: учебное пособие для ВУЗов. – М.: Юнити-Дана,1999.
4. Смирнов С.Н., Смирнова Т.Ю. Социальная политика: учебники высшей школы экономики. – М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2004.
5. По материалам научно-практической Конференции «Социальная доктрина России: методология, политический контекст, экономическое обоснование». – М., 25.10.2007.
6. Крестьянинова О.Г., Петухова В.В., Ботян А.Ю. Управление рискам и в системе обязательного медицинского страхования (методические материалы) / Под ред. Рейхарта Д.В. – Федеральный фонд ОМС, 2008.
7. Последний крик моды: система управления рисками страховой компании / Reactions. 2005. № 9. Перевод В.Дементьева // Страховое дело. – № 7.
8. Кондрашин С.В. Системы страхования и управления рисками: российский и международный опыт // Страховое дело. – 2007. – № 1.
9. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. // Весь мир. – 2002.

РП

Olga G. Krestyaninova
Postgraduate Student, Faculty of Finance,
St. Petersburg State University of Service and Economics

Risk Management in the System of Compulsory Health Insurance

Abstract

The paper focuses on the issue of reforming the compulsory health insurance system as an effective tool of social security of the nation. The role of mandatory health insurance funds and medical organizations is discussed in terms of their risk management capacities under the present conditions.

Keywords: compulsory health insurance, social risk, individual risk, risk management, health insurance company, Federal Mandatory Health Insurance Fund, Territorial Mandatory Health Insurance Fund