

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“**

Юлия Пламенова Шеретска

**Оценка на здравноосигурителната и здравнозастрахователната система
в България като технологии за финансиране на здравеопазването**

**АВТОРЕФЕРАТ
на дисертационен труд**

**за присъждане на образователна и научна степен
“ДОКТОР”**

*Област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“
Професионално направление 7.4. „Обществено здраве“
По докторска програма – „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията“*

Научен ръководител:
проф. д-р Георги Христов Христов, дм

Рецензенти:
Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн
Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм

София, 2021 г.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от катедрен съвет на катедра „Превантивна медицина“ при факултет по Обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ на Медицински университет – София. Дисертационният труд е написан на 149 страници и е онагледен с 43 фигури, 7 таблици и 6 приложения. Библиографската справка включва 192 заглавия, от които 57 на кирилица и 135 на латиница.

Научно жури:

1. Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дмн – вътрешен член за МУ – София, Катедра „Превантивна Медицина“ на Факултет по обществено здраве при МУ – София

2. Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн – вътрешен член за МУ – София, Катедра „Здравна политика и мениджмънт“ на Факултет по обществено здраве при МУ – София

3. Проф. Донка Димитрова Димитрова, дм – външен член за МУ – София, Медицински университет – Пловдив

4. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм – външен член за МУ – София, пенсиониран преподавател повече от 5 години от академичния състав на Факултет по обществено здраве при МУ – София

5. Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм – външен член за МУ – София, пенсиониран преподавател повече от 5 години от академичния състав на Факултет по обществено здраве при МУ – София

Резервни членове:

1. Проф. д-р Тихомира Златанова Златанова, дм – вътрешен резервен член за МУ – София, Катедра „Икономика на здравеопазването“ на Факултет по обществено здраве при МУ – София

2. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм – външен резервен член за МУ – София, пенсиониран преподавател повече от 5 години от академичния състав на Факултет по обществено здраве при МУ – София

Публичната защита ще се състои на 21.02.2022 г. от 13:00 ч. във Факултет по Обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ- София.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	4
ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИЧНИ ПОДХОДИ.....	6
1.ЦЕЛ.....	6
2.ЗАДАЧИ.....	6
3.МЕТОДИЧНИ ПОДХОДИ.....	6
АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ.....	7
1. Сравнителен анализ на обема на предлаганите покрития от задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020.....	7
1.1.Обем на покритието на задължителното здравно осигуряване.....	7
1.2.Обем на покритието на доброволното здравно застраховане.....	11
1.3.Сравнителен анализ на обема на покритията на НЗОК и застрахователните компании.....	18
2.Анализ на финансовите характеристики на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г.....	19
2.1. Анализ на тарифните планове на застрахователните компании.....	19
2.2. Средноаритметични лимити и вноска в задължителното здравно осигуряване (начин на изчисление).....	22
2.3. Анализ на размера на годишните бюджети на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане.....	24
3. Анализ на обхвата на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020.....	26
3.1.Задължителното здравно осигуряване – брой лица с непрекъснати права.....	26
3.2. Доброволното здравно застраховане – брой лица.....	26
4. SWOT анализ на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане като здравно-политически технологии.....	27
1.1.Задължително здравно осигуряване.....	27
1.2.Доброволно здравно застраховане.....	29
5. Проучване на потребителските предпочитания.....	30
ИЗВОДИ.....	44
ПРИНОСИ.....	45
НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	46

ВЪВЕДЕНИЕ

Сложността и забързаността на времето и темповете на развитие на технологиите и науката дават отражение във всички сфери. Една от най-значимите и силно повлияни от скоростните промени е тази на здравеопазването.

Здравеопазването е схема от многобройни схващания, цели и инициативи за опазване на здравето. Тази схема има за задача да повиши сигурността на населението, предоставяйки му здравни грижи и услуги. Вземаните от нея медицински и здравно-политически решения се основават на процеси на използване на най-добрите утвърдени и доказани съвременни подходи и методи в медицината и здравеопазването. Здравната политика е основно средство за подпомагане на здравните политици и мениджъри при вземането на решения, като им предоставя в систематизиран вид научни доказателства за клиничните, социалните, икономическите, етичните и общо-системните последствия от инвестирането и използването на различни технологии и форми на организация в здравеопазването.

Здравните технологии са основата, на която се базира здравната политика. Те включват в себе си всички дейности и продукти, които водят до здраве, включително здравна информация, информационни технологии и системи на управление, които подпомагат профилактичния, скринингов, диагностичен, лечебен и рехабилитационен процес. За да се реализира всичко това няма как да не се даде гласност на най-важния аспект, а именно финансирането на здравните системи. Получаването на средствата и каналите по които те достигат до здравните системи са обект на бурно обществено и политическо обсъждане. Все още не е намерена правилната формула и баланс между отделните финансиращи системи на здравеопазването. Различните държави и правителства правят различни миксове от финансови технологии, за да могат да подобрят състоянието на здравеопазването и да могат да предоставят на населението обективен начин за достъп до най-добрите здравни грижи.

В исторически план здравната сигурност на отделния индивид е обезпечена посредством набирането на средства от работещите и влагането им в здравни грижи за нуждаещите се. С течение на времето, като израз на различните политически убеждения, логично възникват и различни по своя характер здравни системи.

В България здравното осигуряване се въвежда със закон за задължителното здравно осигуряване през 1924 г., който претърпява радикални промени в периода между 1948 г. и 1949 г., когато се осъществяват и радикални промени в здравеопазването. Здравното осигуряване се

замества от държавна здравна система, която се финансира от общи данъчни постъпления. Здравното осигуряване се възстановява с влизането в сила на Закон за здравното осигуряване от 1998 г. Днес системата в страната ни е основана на два стълба единият е задължително здравно осигуряване, основаващо се на принципа на солидарността, а другият е доброволно здравно застраховане, осъществявано от застрахователни компании, които са получили лиценз по надлежен законов ред.

Настоящата работа цели да се направи сравнение на двата финансиращи канала на здравеопазването в България, както и да се представи ролята на доброволното здравно застраховане като съфинансираща система. За постигане на тази цел са направени подробни анализи на обхвата и обема на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане, както във финансов аспект, така и на предлаганите от тях здравни грижи и услуги.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИЧНИ ПОДХОДИ

1. ЦЕЛ

Целта на докторската работа е да се извърши сравнителен анализ и оценка на обхвата, обема и финансовото покритие на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България чрез изследване на ролята на доброволното здравно застраховане, като финансираща система на здравеопазването и проучване на осведомеността на потребителите за възможностите на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане.

2. ЗАДАЧИ

За изпълнението на поставената цел е необходимо да се решат следните задачи:

1. Анализ на обхвата на задължителното здравно осигуряване и допълнителното здравно застраховане и механизмите им за финансиране;
2. Анализ на обема на задължителното здравно осигуряване и допълнителното здравно застраховане;
3. Анализ на финансовите планове на доброволното здравно застраховане;
4. Проучване на потребителските предпочитания.

3. МЕТОДИЧНИ ПОДХОДИ

По време на проучването са използвани следните методи:

1. *Документален метод*: разглеждане и интерпретиране на нормативни актове, литературни източници и общи условия на застрахователни компании.
2. *SWOT – анализ*: отразяване на силните и слабите страни на здравното осигуряване в България.
3. *Дескриптивно-статистически метод* – за обработка на наличните по темата бази данни и резултатите от собствените проучвания.
4. *Графичен метод* – съставяне на таблици и графики.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

1. Сравнителен анализ на обема на предлаганите покрития от задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г.

Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии. То отговаря за управлението на набраните средства и тяхното разпределение за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки.

Под понятието покритие се разбира здравните услуги, за които здравноосигуреното лице заплаща и ще получи при нужда. Съответно при задължителното здравно осигуряване това е основния пакет от медицински услуги, гарантирани от бюджета на НЗОК, а при доброволното това са различните пакети със здравни услуги, които предлагат застрахователните компании.

1.1. Обем на покритието на задължителното здравно осигуряване

В България в задължителното здравно осигуряване участват всички граждани на страната. Размерът на здравноосигурителните вноски се определя със закон, а отговорна за събирането им е Националната агенция по приходите. Управлението и разпределението на събраните средства се осъществява от Националната здравноосигурителна каса и от нейните териториални поделения - районните здравноосигурителни каси. Тази дейност на НЗОК става посредством сключването на Национален рамков договор с Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз.

Националният рамков договор създава условия за гарантиране и упражняване на правата на здравноосигурените лица. Според записаното в него, всички те имат равни права и достъп при получаване на извънболнична и болнична медицинска помощ независимо от тяхната раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние. Заедно с правата всички здравноосигурени лица имат и задължения съгласно действащото законодателство в страната.

От същите права и задължения могат да се възползват и лицата, осигурени в друга държава – членка на Европейския съюз, държава от Европейското икономическо пространство и Конфедерация Швейцария, както и лицата, спрямо които се прилагат международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна.

Националната здравноосигурителна каса е натоварена със задачата да следи дали се спазват правата на здравноосигурените лица от страна на изпълнителите на медицинска помощ. Това става посредством специална документация, приемане разглеждане и изготвяне на мотивиран отговор на жалби, подадени от граждани. НЗОК е натоварена да съблюдава за изпълнението на договорите и да осъществява контрол над изпълнителите на медицинска помощ.

Задължителното здравно осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности на осигурените лица, гарантиран от бюджета на НЗОК. Този пакет има за цел да удовлетвори основните нужди, както от медицинска, така и от дентална помощ. В него се включват първичната извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична помощ, болнична помощ, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (фиг. 4). Всичко това е подробно разписано в Националния рамков договор, в Наредба на министърна на здравеопазването и Закона за здравното осигуряване.



Фиг. 1 Основни покрития предлагано от НЗОК

1.1.1. Основен пакет извънболнична помощ

Основният пакет извънболнична медицинска помощ се разделя на два клона – първичната и специализирана извънболнична медицинска помощ.

Първична извънболнична помощ

Към покритията на първичната извънболнична помощ спадат здравно-информационни дейности, имащи за цел на разяснят и запознаят пациентите с лечебното заведение, неговя промотивен, превантивен, профилактичен, диагностично-лечебен и рехабилитационен пакет, както и със самите права и задължения на пациента. Тук попадат и промоцията на здравето и профилактиката на значими заболявания, които при застрахователните компании предлагащи доброволно здравно застраховане са изключени от основния пакет и попадат в допълнителните им покрития, както ще стане ясно малко по-късно. Диспансеризацията на лица и контролът на инфекциозните заболявания също попадат в този клон. Необходимо е да се отбележи, че към диагностично-лечебната дейност спадат:

- Първичен и вторичен преглед, в рамките на един и същи медицински проблем;
- Оказване на медицинска помощ при спешни състояния на територията на лечебното заведение до пристигане на екип на център за спешна медицинска помощ или хоспитализация на пациента;
- Оказване на медицинска помощ в дома на пациента, но само по преценка на общопрактикуващия лекар и то в определените за това часове от графика му;
- Назначаване и проследяване провеждането на хигиенно-диетичен режим;
- Клинико-лабораторни изследвания;
- Определяне на индикациите и обема на изследването;
- Насочване към съответна лаборатория;
- Интерпретация на резултатите;
- Апаратни диагностични изследвания;
- Специфични изследвания и процедури (по медицински показания).

НЗОК заплаща и за други дейности, свързани с диагностика и лечение като консултирането на пациентите, дори и от разстояние, но в рамките на комуникационните технологии, насочване

на пациенти за планова хоспитализация и такива след дехоспитализация. В този клон се включва и подготовката на медицинска експертиза.

Специализирана извънболнична помощ

Вторият клон на извънболничното лечение е специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), включваща общомедицински дейности, специализирани медицински дейности и високоспециализирани медицински дейности по специалности, специализирани медико-диагностични изследвания и високоспециализирани медико-диагностични изследвания по специалности.

1.1.2. Основен пакет болнична помощ,

Болнична помощ, като част от основния пакет, включва в себе си диагностика и лечение по клинични пътеки, както и необходимите за това медицински изделия описани подробно в приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. Необходимо е да се посочи, че НЗОК заплаща само за процедурите, манипулациите, медицинските изделия и консумативи, които са разписани в алгоритъма на съответната клинична пътека. Точните алгоритми и указания за работа на медицинските лица за всяка една клинична пътека са разписани в Приложение № 17 „Клинични пътеки” към НРД.

1.1.3. Основен пакет високоспециализирани медицински дейности

Високоспециализираните медицински дейности, за които заплаща НЗОК могат да извършвани в лечебни заведения за болнична помощ, такива за специализирана извънболнична помощ с легла за краткосрочно наблюдение и лечение, комплексни онкологични центрове и диализни центрове. Тяхното изпълнение изисква специализиран персонал отговарящ на изискванията на НЗОК.

1.1.4. Основен пакет клинични процедури

Клинични процедури включени в основния пакет на НЗОК са от изключително значение. Те имат за задача да очертаят основни животоподдържащи дейности. Тук са включени различни процедури свързани с диализа, лечение и диспансерно наблюдение при злокачествени

заболявания, пренатална инвазивна диагностика на бременност, наблюдение на пациенти с невромускулни заболявания, интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане, интензивно лечение извън случаите на новородено. В голяма част от посочените процедури НЗОК заплаща необходимите медицински дейности, медицински изследвания, в това число клинично-химични и хематологични, лекарствени продукти и медицински изделия, транспорт на пациентите нуждаещи се от хемодиализно лечение. За провеждането на клинични процедури по интензивно лечение е необходимо болничните заведения да отговарят на определени изисквания и степен на подготовка на персонала. Те са с продължителност от 24 часа, като след изтичането им при необходимост се преминава към друга процедура.

1.1.5. Комплексно диспансерно наблюдение

Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение също влиза в основния пакет покрит от НЗОК. То се осъществява при деца и възрастни с кожно-венерически и психиатрични заболявания. В него се включват специализирани и високоспециализирани медицински дейности и изследвания, които се осъществяват в съвкупност. Сроктът за който се извършва е дванадесет месеца от диагностициране на заболяването.

1.1.6. Реимбурсиране на лекарства

Националната здравноосигурителна каса покрива изцяло или частично лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, всички лекарствени продукти, приложими при лечението на злокачествените заболявания. Това става чрез договаряне на отстъпки, като заплаща намалената с договорените отстъпки стойност. Условиата и редът за договаряне се уреждат в методика, утвърдена от Надзорния съвет по предложение на управителя на НЗОК и са разписани подробно в Закона за здравното осигуряване и Наредба № 10 от 2009 г.

1.2. Обем на покритието на доброволното здравно застраховане

В нашата страна доброволното здравно застраховане все още не е достатъчно разпространено. Въпреки големия брой застрахователни компании притежаващи лиценз за

упражняване на здравно застраховане, много малко от тях предприемат кампании за разясняване на нуждата и предимствата му. Наблюдава се сключването на т.нар. групови договори или по друг начин казано застраховане направено от работодателите. Застраховането на големи групи играе важна роля за разпределението на риска при застрахователя. Разпределянето му спрямо повече участници намалява риска за застрахователя, а от тук се намалява и цената на самата застраховка (застрахователната премия). Ето защо при застраховането на големи групи при по-малка премия се получава и по-голямо покритие.

Сравнение на покритията на три от водещите застрахователни компании

За целите на настоящото изследване са използвани предлаганите покрития на три от водещите застрахователни компании на пазара за здравно застраховане, а именно ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП, ЗК УНИКА ЖИВОТ АД и ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД. При анализирането на данните прави впечатление, че освен разделението на покритието на основен и допълнителен пакет ЗК УНИКА ЖИВОТ АД и ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП предлагат по три пакета, а ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД два пакета с различно ниво на защитеност на клиентите си, за групови застраховки за малки и средни предприятия. Докато при индивидуалните покрития на ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД са разделени в три нива и едно четвърто, което е предназначено за семейства. Започва се от т.нар. пакет „Стандарт”, който предлага минимално основно покритие. Преминава се през среден вариант, който надгражда основното покритие и се стигне до разширен пакет, който покрива дори високоспециализирани медицински услуги.

Лимитиране на предлаганите пакети

Необходимо е да се направи едно важно уточнение, че при доброволното здравно застраховане покритието по полицата и лимитите до които заплаща застрахователя са строго персонални и те се отнася само и единствено до застрахованото лице, без то да има право да ги преотстъпва на друго лице или да може да прехвърли неизползваните пакети за следваща застрахователна година (при подновяване на застраховката без да има прекъсване).

Под понятието лимит на отговорност на застрахователя или лимит на дейностите, или годишен лимит се има предвид сумата или броя манипулации и прегледи, до които

застрахованите могат да използват съответна медицинска услуга, манипулация, преглед, дейност и тн.

Минимален пакет предлаган от застрахователните компании

Минималният пакет здравни услуги предлагани от застрахователните компании включва в себе си извънболнична и болнична помощ като основен пакет. Към него срещу допълнително заплащане клиентите могат да добавят и т.нар. допълнителни покрития, включващи лекарствени средства за домашно лечение, помощни средства, санитарен транспорт, рехабилитация, сестринско наблюдение на болен, като застрахователят заплаща единствено до уговорения в полицата лимит.



Фиг. 2 Минимално покритие предлагано от застрахователите

По желание може да се добавят и пакет с профилактични дейности и такъв за дентална помощ. Минималният пакет с профилактични дейности включва промоция на индивида и интервю с въпроси за ранно откриване на значими заболявания, преглед при един от посочените специалисти – интернист, вътрешни болести, кардиолог или педиатър за лицата под 18 години, също така преглед при офталмолог и само ЗК УНИКА ЖИВОТ АД в минималния си пакет покрива преглед при акушер гинеколог за жените и уролог за мъжете. Към пакета с профилактични дейности влизат и изследване на кръвна захар, пълна кръвна картина, измерване на кръвно налягане, ЕКГ и общо химическо изследване на урината.

Пакетът дентални услуги включва преглед, лечение и профилактика на кариес, лечение на пулпит, изваждане на един зъб, извършване на интерорални инцизии, локална рентгенова снимка (без панорамна) и поставяне на анестезия. Само в минималния пакет на ЗК УНИКА Живот се включват процедурите спешно дентално лечение, стоматологични съвети за поддържане на здравето и лечение на тъканите и лигавицата в устната кухина след преглед при специалист пародонтолог и възстановяване на счупени протези и циментиране на паднали коронки и мостове.

Средно ниво на покритие, предлагано от застрахователните компании

Към средното ниво на покритие спада всичко изброено по-горе както се надгражда със следните манипулации описани по-долу (Фиг.6):

Към извънболничното лечение се добавя разширение на клиничните изследвания:

- хормонални и цитологични изследвания;
- ЕЕГ;
- холтер мониторинг на ЕКГ и кръвно налягане;
- велоергометрия;
- ултразвукови (ехографски) и ендоскопски изследвания (с и без биопсия).

При амбулаторните манипулации се добавя:

- поставяне и сваляне на гипсови имобилизации;
- подготовка за планова хоспитализация (лабораторни, ултразвукови и рентгенови изследвания според опцията);
- диспансерно наблюдение на хронично болен от лекар специалист по профила на заболяването;
- криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори до веднъж в годината.

Надграждането на пакета включва и медицинско освидетелстване за работа, за шофьори на МПС категория В и за сключване на брак. (54-56)



Фиг. 3 Средно покритие предлагано от застрахователите

Застрахованите избрали този пакет могат да получат привилегии при настаняването в болнични стаи с 2 и 3 легла, както и преглед освен от дежурен лекар и от лекар по избор. Болничното наблюдение се извършва и от завеждащ отделение до два пъти в седмицата, като пациентът има право и на консултация с хабилитирано лице от с има право и на консултация с хабилитирано лице от същото болнично заведение. Също така към болничното лечение са добавени лечение в отделение по токсикология и лечение в отделение по лапароскопска хирургия. Освен медикаментозното лечение тук е добавена и физиотерапия и рехабилитация.

При доброволното здравно застраховане застрахователите поставят проследяването на бременността като отделен пакет. Проследяването и грижата за бременни в този пакет не включват ехографско изследване с 3D и 4D ехограф, както и биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода. Подлимитите (Подлимит е лимит на пакет, който е включен допълнително към по-голям пакет. Напр. бременността се включва допълнително към лимитите на болничната и извън болничната помощ) на извънболничната помощ тук са средно 300 лв., а за болнична помощ 500 лв. Необходимо е да се спомене, че част от застрахователните компании включват отлагателен период от 9 месеца към този пакет. Отлагателен период означава по-късното влизане в сила на действието на покритието, като при подновяване на застраховката без прекъсване две и повече години това ограничение отпада. Това се налага с цел по-доброто разпределение на риска и избягване на така нареченото източване на средства от застрахователната компания.

Тук се покрива и стойността на лекарствата изписани за домашно лечение. Като към лекарствата се включват и хомеопатичните лекарства. А ЗК УНИКА Живот покрива и поставянето на ваксини.

В средното ниво на покритие допълнителния пакет и денталната помощ са със завишени лимити на отговорност на застрахователите. Като при денталната помощ се включват и апикална остеостомия и репониране на луксация на челюстната става веднъж в годината, подготовка на зъб и поставяне на единична металокерамична коронка и на металокерамичен двуопорен мост (без да се поема зъботехническата услуга), панорамни снимки, почистване на зъбен камък, плака, полиране, лечение на афти.

Най-висок пакет, предлаган от застрахователните компании

Най-високото ниво на застрахователно покритие осигурява максимална защита на застрахованите лица с лимити на отговорност съобразени с лечението в частни клиники и болнични заведения. Освен всичко изброено до тук по-долу са описани и допълненията към различните пакети (Фиг. 4).



Фиг. 4 Максимално покритие предлагано от застрахователите

Основният пакет извънболнична помощ получава разширение като консултация може да се извършва не само със специалист, но и с хабилитирани лица. Застрахованите могат да използват неотложна спешна помощ нощем и в почивните дни, както и от различни високоспециализирани медицински изследвания и лазерна корекция на зрението предписани от съответните специалисти. Предлагат се покрития по психотерапия и ерготерапия.

Застрахованите лица могат да се възползват от единична стая за болнично лечение, както и да изберат желан от тях екип, който да ги лекува. Те имат право на лечение в неврохирургично и кардиохирургично отделение, в хематология и онкология, както и на процедури по миниинвазивна хирургия. Към начина на лечение се добавя и диетолечението, а медицинските консумативи и импланти са с подлимит до 2 000 лв. Покриват се и разходи за придружаващо лице, ако това се налага.

Към пакета за проследяване на бременност се добавят изследванията с 3D и 4D ехографи, както и биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода. Освен цезерово сечение по медицински показатели тук се покрива и такова по желание. Тук лимитите са средно 1 000 лв. за извънболнична и 2 500 лв. за болнична помощ.

Допълнителният пакет се разширява с покриването на корекционни средства, както и повишаване на лимитите за помощни средства, рехабилитация и физиотерапия и тези за възстановяване на средствата за лекарствени продукти за домашно лечение по лекарско предписание.

При денталните услуги освен повишените лимити се покриват и почистване на зъбен камък и плака на цяло съзъбие включително полиране с Air Flow, терапевтичен кюртаж при възпалителни заболявания на венците, зъботехничната дейност при изработването на металокерамични коронка и двуопорен мост, физиотерапия и лекарствени средства за лечение на устната кухина и зъбите.

При профилактиката се въвеждат консултации по семейно планиране, консултация с до двама специалисти, пълни кръвни изследвания и изследвания на урината, ехография на млечните жлези, PSA – тест за рак на простата жлеза, остеодензитометрия (за жени над 40г.) и имунизации срещу вирусни заболявания, като грип и хепатит В веднъж годишно.

1.3. Сравнителен анализ на обема на покритията на НЗОК и застрахователните компании

От направения табличен анализ могат да бъдат направени следните изводи за предлаганите покрития предлагани от задължителното здравно осигуряване и от доброволното здравно застраховане.

Предлаганите покрития в пакет **болнично лечение** предоставяни от НЗОК са достъпни за всички лица с непрекъснати здравноосигурени права, докато тези предлагани от застрахователите са достъпни само за притежателите на доброволни здравни застраховки. Болничното лечение предлагано от НЗОК няма ограничение в обема, стига то да се вмести в алгоритъма на клиничната пътека, при застрахователните планове болничното лечение е ограничено до лимитът на закупената застраховка, всички останали разходи се поемат от пациента. Същото се отнася и до клиничните изследвания и раждането, с една особеност, че НЗОК поема изцяло заплащането на раждането независимо от вида му .Относно битовите условия при болнично лечение притежателите на здравни застраховки са привилегирани и могат да се възползват от по-добро настаняване в единична или двойна стая.

За извънболничното лечение НЗОК предлага достъп до всички специалисти, но не повече от едно първично посещение за месец, стига те да имат сключени договори с НЗОК. При застрахователното покритие получаването на извънболнична помощ зависи единствено и само от застрахователния план, който е избран от застрахования, като няма ограничение в броя посещения, реабилитацията на лекарите и договорните отношения им със застрахователите.

Допълнителни услуги предоставяни от застрахователните са разнообразни и широкообхватни, но отново за съобразени с договореностите на здравната застраховка. При тях са включени корекционни и помощни средства, които не се покриват от НЗОК.

В предлаганите профилактични пакети, дейностите предлагани от НЗОК се доближават максимално до минималните покрития на застрахователните компании.

От споменатото по-горе може да се обобщи, че предимствата на предлаганите от НЗОК покрития са повече. Те са достъпни за по-голям брой хора, имат широк набор от предлагани услуги и манипулации и не са лимитирани. Покритията предлагани от застрахователните компании са достъпни само за притежателите на допълнителни здравни застраховки. Те са лимитирани и ограничени спрямо договорените условия, за които застрахованите са заплатили

предварително. Предимство на доброволните застрахователни планове са свързани с по-добрите битови условия за болнично лечение, по-бързият и лесен достъп до специалисти с по-ранг и повече допълнителни покрития изразяващи се в осигуряване на помощни средства, медицински услуги в домашни условия и др.

2. Анализ на финансовите характеристики на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г.

По данни Националния статистически институт периода от 2013 г. до 2020 г. българинът харчи средно по 293,25 лв. за здравеопазване за година време. В тези разходи се включват както разходите за задължително здравно осигуряване, така и частните плащания, за доброволни здравни застраховки и др. Прави впечатление, че разходите нарастват почти двойно като в началото на периода те са 233 лв. на човек за една година, а през 2020 г. са вече 388 лв.

За да бъде анализирани финансовият обхват на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане са разгледани и сравнени тарифните планове на три от водещите застрахователни компании; средноаритметичната цена на задължителното здравно осигуряване и разпространението на двете системи върху населението.

2.1. Анализ на тарифните планове на застрахователните компании

След извършен обстоен анализ на тарифните планове на разглежданите застрахователни компании и механизма за изчисление на задължителните здравноосигурително вноски може да се направят следните изводи описани по-долу.

Всички изчисления са направени по следния механизъм:

- Средноаритметични лимити – За получаване на осреднена стройност на предлаганото лимитно покритие са взети всички лимити предлагани от застрахователя и сумата им е разделена на общият им брой.
- Средноаритметична премия – Направен е сбор от всички премии по различните предлагани пакетни покрития и сумата от този сбор е разделена на броя им за една година.

2.1.1. Средноаритметични лимити и премия в доброволното здравно застраховане

След направено обобщение на актуалните тарифни планове на разглежданите застрахователни компании се стигна до заключението, че средноаритметичният лимит на покритие на доброволното здравно застраховане предлагано от тях е в размер на 3987 лв. годишно, а средната премия, която отговаря на това покритие е 255 лв. на човек годишно. До тези суми се достигна, след като се определиха средните лимити на отделните компании за всички предлагани от тях пакети с покрития. Трябва да се направи и едно уточнение, че това са стойности за хора с непрекъснати здравноосигурителни права по линия на задължителното здравно осигуряване.

От анализиранияте данни на актуалните тарифи и тарифните ставки за 2015 г. ясно личи намаление на средноаритметичната премия. Размерът ѝ през 2015 г. е 298 лв., а към началото на 2021 г. е 255 лв. Интересно е да се отбележи, че средноаритметичният лимит запазва своята стойност.

ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД

Както е показано в приложенията по-долу, ДЗИ-ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД предлага две нива вида пакети – Стандартен и Луксозен за груповите здравни застраховки. При обобщение на сумите за двете нива се стигна до среден лимит на покритие за всички предлагани за това ниво рискове от 3 500 лв. За да получи това покритие застрахованото лице е необходимо да заплати средна премия в размер на 168 лв. Трябва да се отбележи, че премията за индивидуалните застраховки в осреднена стойност е 391 лв. Посочените цифри важат са актуалната тарифа на компанията за началото на 2021 г.

Интересен е фактът, че за същия средноаритметичен лимит през 2015 г. клиентите е трябвало да заплатят средноаритметична премия в размер на 364 лв. Тук се вижда сериозен спад на цента за доброволните здравни застраховки. Новото, което предлага застрахователната компания е индивидуалният застрахователен план.

ЗК УНИКА ЖИВОТ АД

При ЗК УНИКА ЖИВОТ АД предлаганите пакети са три – Стандарт, Комфорт и Престиж. Там средният лимит за покриване на рискове е 5301 лв. със 146,45 лв. средногодишна премия,

отговаряща на посочения лимит по тарифи от началото на 2021 г. При ЗК УНИКА ЖИВОТ премиите за индивидуалните застраховки са със среден размер 112,11 лв.

Тук също прави впечатление разликата в размера на средноаритметичната премия, която трябва да се заплати – от 182 лв. през 2015 г., на 146,45 през 2021 г. ЗК УНИКА ЖИВОТ АД също е включила в пакетите си индивидуални застрахователни планове.

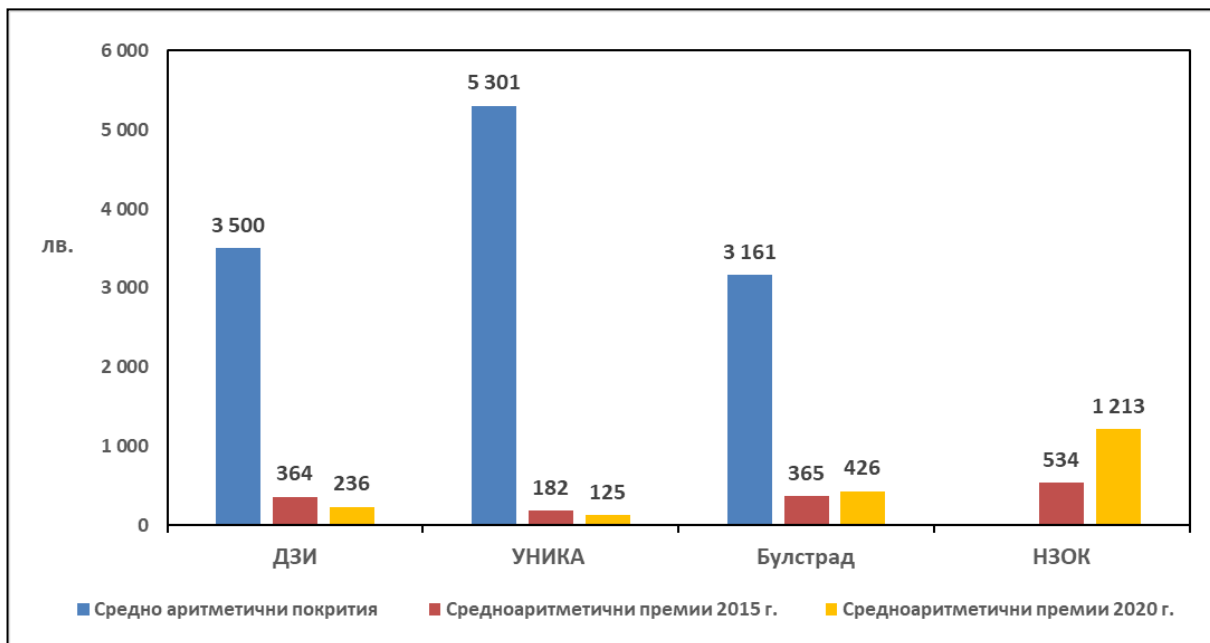
ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП

Резултатът, който се получи при обобщаване на данните на ЗАД БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП е следният. При предлагани три пакета – Стандарт, Оптимум и Лукс средният лимит на покритие е 3161 лв., а за да получи подобно покритие човек трябва да заплати премия в размер на 391,07 лв. Тук премиите за индивидуалните застраховки се тарифират отделно за всеки индивид и трудно би могло да се даде средна стойност.

При тази компания има особеност при тарифирането на допълнителните здравни застраховки. Премиите се изчисляват индивидуално за всеки един клиент, било то за групова застраховка или индивидуална. При оферирането на премията за всеки един случай се взема комбинация от различни критерии – възраст, професия, пол, здравен статус и др. Ето защо ако се направи сравнение между средноаритметичната премия за началото на 2021 г., която е в размер на 391,07 лв. и тази за 2015 г., която е в размер на 365 лв., се наблюдава увеличение на цената на предлагана доброволна здравна застраховка.

Обявените по-горе стойности са изчислени по стандартните тарифи на застрахователните компании. При сключването на групови застраховки, премията намалява, тъй като всеки застраховател прилага различни отстъпки. Тези отстъпки варират спрямо броя на лицата в групата и понякога могат да достигнат 50% и повече. Понякога при борба за важен клиент, конкуренцията на пазара между застрахователните компании е толкова силна, че цената на здравните застраховки пада до възможния минимум. Тук трябва да отбележим и фактът, че груповите застрахователни договори са изключително разпространени и заемат 98% от пазара на здравните застраховки.

В графиката (Фиг. 8) може да се види съотношението на покритията и средните годишни премии. Тук са представени обобщени данни за индивидуалните и групови средноаритметични застрахователни премии и средноаритметичната вноска за задължителното здравно осигуряване.



Фиг. 8 Средноаритметични премии и покрития за 2015 г. и 2021 г.

2.2. Средноаритметични лимити и вноска в задължителното здравно осигуряване (начин на изчисление)

Чрез прилагане на метода за изчисляването на вноската при задължителното здравно осигуряване се установява, че средната годишна вноска за хора работещи на трудов договор и самоосигуряващите се лица за периода от 2013 г. до 2020 г. е както следва:

Данните в Таблица 1 са получени по следния начин:

Изчислена е средната минимална работна заплата на работещите на трудов договор за разглежданите години, като е отбелязана промяната ѝ от 01.07.2015 г. от 360 лв. (месечно) на 380 лв (месечно). Вноската която трябва да се направи от работещия е 3,2%. Необходимо е да се отбележи, че останалите 4,8% се дължат на държавата от работодателите.

Друго важно обстоятелство е определеният максимален облагаем доход за разглеждания период. Следващата стъпка е определянето на средния осигурителен доход на самоосигуряващите се лица и средногодишните вноски за задължително здравно осигуряване.

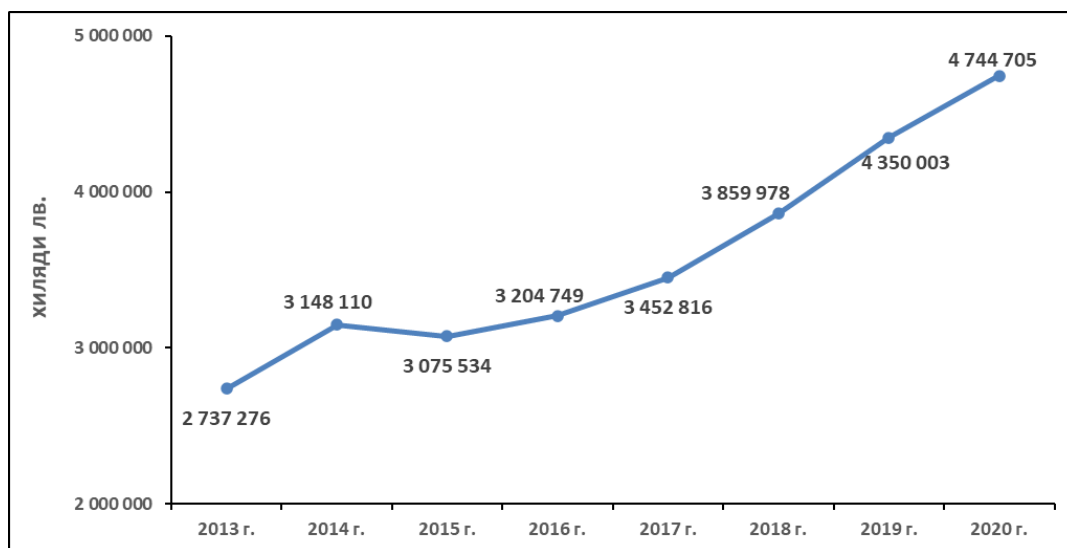
<i>Средна годишна вноска за задължително здравно осигуряване за едно лице за периода 2013-2020 година</i>								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Годишна минимална работна заплата за работещи на трудов договор	3720.0	4080.0	4440.0	5040.0	5520.0	6120.0	6720.0	7320.0
Вноска за ЗЗО	119.04	130.56	142.08	161.28	176.64	195.84	215.04	234.24
Годишен максимален осигурителен доход за работещи на трудов договор	26400	28800	31200	31200	31200	31200	36000	36000
Вноска за ЗЗО	844.8	921.6	998.4	998.4	998.4	998.4	1152	1152
Средна годишна вноска за ЗЗО за работещи на трудов договор	481.92	526.08	570.24	579.84	587.52	597.12	683.52	693.12
Среден годишен осигурителен доход за самоосигуряващи лица	5820	5820	5820	5820	6360	18660	21360	21660
Средно годишна вноска за ЗЗО за самоосигуряващи лица	465.6	465.6	465.6	465.6	508.8	1492.8	1708.8	1732.8
Средно годишна вноска за ЗЗО за самоосигуряващи лица и работещи на трудов договор	473.76	495.84	517.92	522.72	548.16	1044.96	1196.16	1212.96

Таблица 1 Средна годишна вноска за задължително здравно осигуряване за едно лице за периода 2013-2020 година

За целта на това изследване са взети групите на работещите на трудов договор и самоосигуряващите се лица, защото те са групите, които най-често се възползват от възможностите на доброволното здравно застраховане.

2.3. Анализ на размера на годишните бюджети на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане

Задължителната здравноосигурителна система постоянно се нуждае от вливане на нови и нови финансови средства. Това е видимо и от растежа на приетите бюджети на НЗОК за периода от 2013 г. до 2020 г. Средствата предвидени за здравноосигурените лица през 2013 г. са 2 737 276 хил. лв.



Фиг. 9. Годишен бюджет на ЗЗО за периода 2013 г.-2020 г. в лв.

От тези средства могат да се възползват всички лица с непрекъснати здравни права, без да има индивидуални лимитни ограничения. Ето защо се наблюдава постоянно увеличение на нуждата да бъдат вливани нови и нови средства за здравеопазване и все повече се засилва усещането за недостига им, което само по себе си е индикатор за неефективността на тази система.

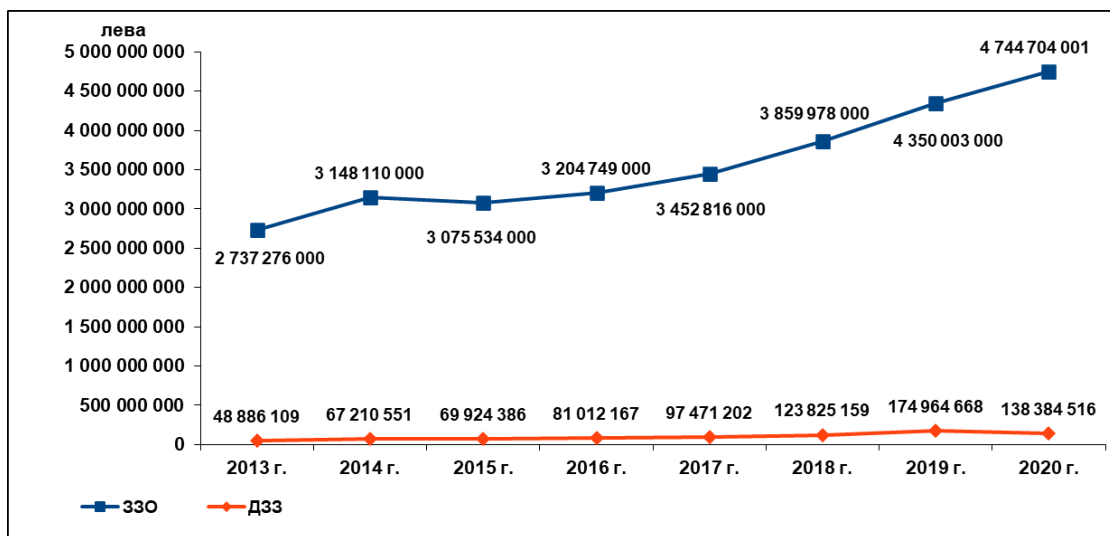
По данни на Комисията за финансов надзор годишния бюджет (или размера на събраните застрахователни премии) при доброволното здравно застраховане постоянно нараства. В

таблица 2 е описан подробно премииният приход, който са получили застрахователните компании, които предлагат доброволно здравно застраховане.

ГОДИНА	РЕАЛИЗИРАН ПРЕМИЕН ПРИХОД ОТ ЗДРАВНИ ЗАСТРАХОВКИ ПО ГОДИНИ В ЛЕВА							
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Премиен приход записан в Общо застраховане	36 751 149	43 813 617	41 603 174	44 521 979	51 751 005	53 036 642	65 731 968	70 160 779
Премиен приход записан в животозастраховане	12 134 960	23 396 934	28 321 212	36 490 188	45 720 197	70 788 518	109 232 699	68 223 737
Общ премиен приход	48 886 109	67 210 551	69 924 386	81 012 167	97 471 202	123 825 159	174 964 668	138 384 516

Таблица 2 Реализиран премиен приход от здравни застраховки за периода 2013-2020 г.

От посочените по-горе цифри и от таблица 2 се вижда ясно бързото развитие на доброволното здравно застраховане през разглеждания период. Ако то запази тези бързи темпове на развитие и увеличи дела си спрямо задължителното осигуряване, финансовата картина в здравеопазването ще се промени. С разширяването на обхвата си върху повече доброволно здравно застраховани, средствата в здравеопазването ще идват от още една линия за финансиране. Така доброволното здравно застраховане ще облекчи финансирането на здравеопазването, а това от своя страна ще доведе до по-добро заплащане на медицинските работници и подобряване на качеството на обслужването. На фиг. 7 ясно се вижда разликата между финансовите обороти в двата канала.



Фиг. 7 Реализиран премиен приход от здравни застраховки в ДЗЗ и ЗЗО по години

3. Анализ на обхвата на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане в България за периода 2013 г. – 2020 г.

3.1. Задължителното здравно осигуряване – брой лица с непрекъснати права

По смисъла на нормативната уредба здравно осигуряване е задължително за всички граждани на Р България. В това число влизат осигурените от държавата (пенсионери, ученици, учащи до 26 годишна възраст и тн.), работещите на трудов договор и самоосигуряващите се лица. Изхождайки от задължителността, този вид здравно осигуряване е с по-широк обхват от доброволното здравно застраховане, като брой осигурени лица. Няма общодостъпни статистически данни, които да проследяват информация за броя на лицата с непрекъснати здравноосигурителни права или такива с прекъснати. Това и солидарният принцип на задължителната здравно осигурителна система правят планирането и разпределението на риска по-трудни, а оттам се появява и неефективността във финансовата част. Няма и общодостъпна информация за броя на застрахованите лица, но при този тип застраховане всяка една компания знае какъв е точния брой клиенти възползващи се от здравните застраховки. Тази информация им помага за по-доброто разпределение на риска, а от там и по-доброто съотношение между цена и покритие, както и по-добро разпределение на финансовите активи.

3.2. Доброволното здравно застраховане – брой лица

Българинът няма добра традиция в доброволното здравно застраховане. За сметка на това през последните години се наблюдава прогресивен ръст в дела на сключените здравни застраховки. В подкрепа на това становище стоят данните на Комисията по финансов надзор, която е основен регулатор в сектор застраховане, който бяха разгледани по-горе.

От значение е да се отбележи и стимулирането на отделните лица или работодатели да изберат да сключат застраховка за допълнително здравно застраховане. До този момент държавата предлага данъчно облекчение в размер до 10% от сумата от годишните данъчни основи за внесените през годината лични вноски за доброволно здравно застраховане и премии.

4. SWOT анализ на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане като здравно-политически технологии

Както всяка една политическа технология, така и задължителното и доброволното здравно застраховане си имат своите добри и лоши страни. След всички направени проучвания може да се обобщят следните предимства, недостатъци, възможности и опасности.

1.1. Задължително здравно осигуряване

Положителни страни

Задължителното здравно осигуряване е под постоянен прицел на упреците на хората, но въпреки това то има и своите **положителни страни**. Като здравно-политическа технология, то има за задача да е **широко и лесно достъпно**, да е **ефективно и рационално**.

Задължителното здравно осигуряване обхваща една много голяма маса от хора. На теория то трябва да обхваща цялото население. Това дава възможност дори на **най-бедните да се възползват от медицински услуги**, въпреки че нямат средства да заплатят за тях. Това е една от положителните черти, която е пряка последица от принципа на **солидарността**. Широкият обхват дава **равни права на здравни грижи** на различните слоеве на обществото.

Отрицателни страни

По-големият обхват води след себе си няколко **отрицателни страни** на задължителното здравно осигуряване, а именно постоянно **нарастващите нужди от повече средства и недоброто разпределение на риска**.

Постоянно нарастващите нужди от ново финансиране в здравеопазването се дължат на няколко причини. Първата е свързана с **липсата на индивидуална лимитираност** на използваните медицински услуги от пациентите. По този начин се провокира така нареченото в публичното пространство „източване” на НЗОК. То се провокира и от **заплащането на болниците**, което се прави не на извършена манипулация, а на клинична пътека. Третата причина може да се свърже с **ниския контрол и невъзможността да се проследи индивидуалното потребление** на определен пациент. Сама по себе си тази невъзможност води до многократно използване на една и съща клинична пътека за излекуването на един пациент, въпреки че това не се налага и може да бъде използвана само веднъж.

Големият брой хора, които обхваща задължителното здравно осигуряване и постоянноменящата се численост на **лицата с непрекъснати и прекъснати здравни права**, правят разпределението на риска доста по-трудно. Това пък води след себе си не доброто планиране както от финансова гледна точка, така и от гледна точка на предлаганите покрития от НЗОК.

Възможности

От направените по-горе анализи на покритията (и представените по-долу приложения), предлагани от двата типа осигуряване се разкриват следните възможности пред задължителното здравно застраховане. Първо **НЗОК** определено предоставя **широк набор от покрития и медицински услуги**, до които имат **достъп всеки здравноосигурен** гражданин с непрекъснати здравноосигурителни права. Втората възможност, която предоставя задължителното здравно осигуряване е **грижата на правителството за населението и линията за промоция на здравето** прокарвана от политиките. Посредством тази насоченост на здравната политика се обхваща по-голям кръг от хора, върху които може да се въздейства. Така чрез различни програми като профилактичните прегледи, програмата за здравословно хранене на децата в детските градини и училищата, Национален план за действие „Храни и хранене” и други, държавата оказва превенция на население и се грижи за неговото здраве.

Така може да се обобщи, че чрез възможностите на задължителното здравно осигуряване като здравно-политическа технология (общодостъпността или по-големия брой хора, които обхваща; предлагането на голям набор от медицински услуги заплащани от НЗОК; провеждане на кампании за профилактика на заболяванията; програми за промоция на здравето), може да се подобри значително здравния статус на обществото, а с подобряването му може да се намали постоянно нарастващата нужда от вливане на нови финансови средства.

Опасности

Големите опасности, които стоят пред задължителното здравно осигуряване са **тромавата система, трудната достъпност до високоспециализирана помощ и такава от хабилитирани лица**. Това може да доведе загуба на ценно време за пациент, на когото е необходима здравна грижа. Въпреки свободния избор, който пациентът може да направи на лекар или болнично заведение тук остава ограничението, че това лечебно заведение или този лекар трябва да имат сключен договор с НЗОК.

Необходимо е да се разработят нови стратегии, за да бъде преодолена опасността от загубата на ценно време, нарастващата нужда от нови финансови средства, породени от „източването“ и затрудненията, които стоят пред упражняването на контрол. Тези стратегии могат да бъдат насочени към разработването на електронни пациентски досиета, въвеждането на индивидуална лимитираност и промяна в заплащането на лекари и болнични заведения.

1.2. Доброволно здравно застраховане

Положителни страни

При този вид застраховане **положителните страни** са повече. Те са свързани главно с **улеснените процедури по използването на здравните услуги**. Първо, застрахованото лице не е необходимо да изминава цялата тромава процедура, за да достигне до специализирана помощ. Не е нужно да чака за преглед при личния лекар, който да му издаде направление, за да отиде и отново да чака при лекар специалист, което губи много от времето на хората, които работят активно. При доброволното застраховане е необходимо застрахованото лице само да се обади на координаторите на застрахователната компания и те ще го насочат към най-удобното за него лечебно заведение, като ще запазят и час вместо него. Ако предпочитаният от него лекар или лечебно заведение нямат сключен договор със застрахователя, то клиентът може да вземе фактура за използваните медицински услуги и средствата му ще бъдат възстановени.

Второ съществено предимство на доброволното здравно застраховане е **свободния достъп до хабилитирана медицинска помощ**. При някои от застрахователите дори самите условия изискват консултацията с хабилитирано лице.

Трето **социалното отношение** към нуждаещият се от здравни грижи и услуги е на много високо ниво. Целта е всичко в заобикалящата го среда да е в помощ на бързото му оздравяване. Ето защо част от предлаганите услуги са настаняване в единична стая, определено меню съобразено с желанията и диетичния режим на пациента, както и последващи грижи в домашни условия ако това е наложително.

Отрицателни страни

Доброволното здравно застраховане също има своите недостатъци и те са свързани със следното. От една страна като негов **недостатък** може да бъде изтъкнато **малкото му разпространение**. От друга страна като недостатък може да се изтъкне и **малкия обем на**

покрития, предлагани от застрахователите и тяхната обвързаност с цената на застраховката.

Възможности

Възможността за индивидуални лимити при доброволното здравно застраховане създават чувство за сигурност. За разлика от задължителното здравно осигуряване тук по-трудно може да се стигне до т.нар, „източване”. Тази възможност се елиминира от стриктното следене на застрахователя на досиетата на своите клиенти и той не би се съгласил да заплати два пъти за една и съща процедура, ако това не е наложително по медицински причини. При най-малкото съмнение за измама, застрахователите имат право да изпратят своите клиенти при техен доверен лекар, които да установи действителното им състояние.

Основна възможност, която предоставя здравното застраховане е повишаването на личното самосъзнание на хората и стремежът им към по-добър и здравословен начин на живот. Това е породено, както от сигурността, която получават, така и от стремежът и самите застрахователи да насочват клиентите си в тази посока.

Опасности

Основна опасност пред, която се изправя доброволното здравно застраховане е ниското му разпространение сред населението. За това има две основни причини едната е свързана с липсата на традиция и опит със сключването на здравни застраховки, а другата е от чисто финансов характер и тя касае **допълнителните средства, които трябва да бъдат заплатени за него.**

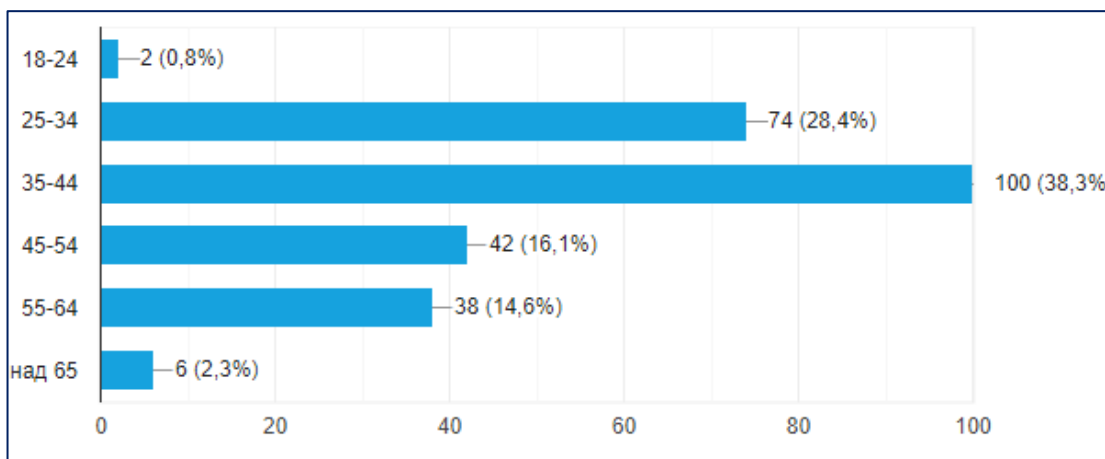
5. Проучване на потребителските предпочитания

Проучването на потребителските предпочитания, нагласите към доброволното здравно застраховане и задължителното здравно осигуряване е извършено чрез анкета включваща 28 въпроса, представена в Приложение 6.

Участие в проучването бе предлагано на случаен принцип на хора от различни професионални групи, заети на трудов договор или самоосигуряващи се. От приелите да участват, 85% върнаха отговори.

В анкетата взеха участие 261 човека, от които 77 мъже и 184 жени. Разделени в шест възрастови групи – от 18 до 24 годишна възраст, от 25 до 34 годишна възраст, от 35 до 44

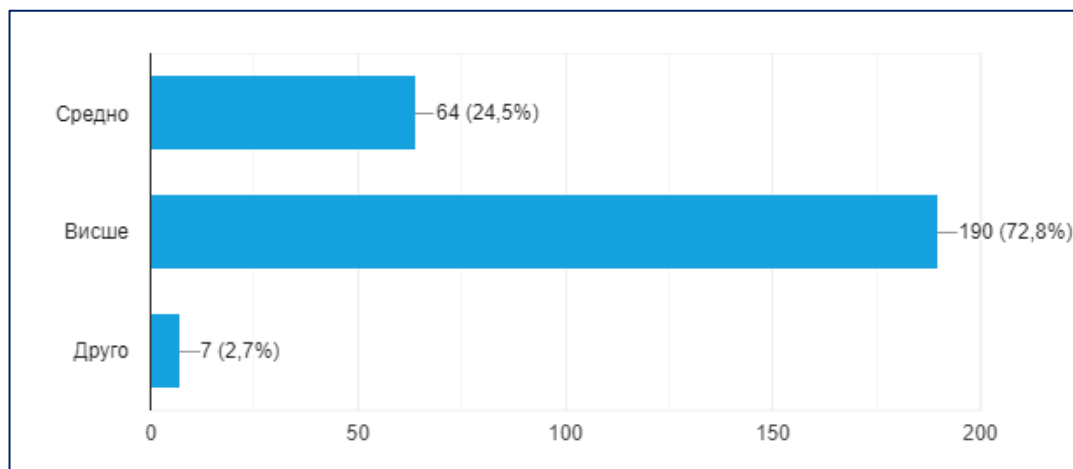
годишна възраст, от 45 до 54 годишна възраст, от 55 до 64 годишна възраст и над 65 години. Най-голям процент попадат във възрастовите групи 25-34 и 35-44 години, общо 66,7 % от участниците в анкетата.



Фиг. 8 Диаграма за отговорите на въпроса: *Възраст*

Участниците в проучването са разделени и по други критерии:

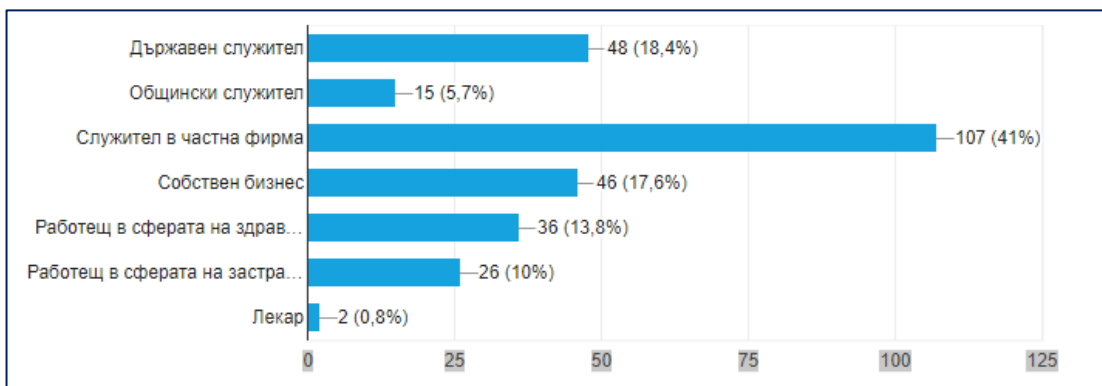
Образователната степен на анкетираните е разпределена по следния начин - 72 % от участниците са с висше образование, 24,5% са със средно образование, а 2,7 % са посочили друго.



Фиг.9 Диаграма за отговорите на въпроса: *Образование*

Професионалната принадлежност на участниците е разделена в следните групи: държавен служител, общински служител, служител в частна фирма, собствен бизнес, работещ в

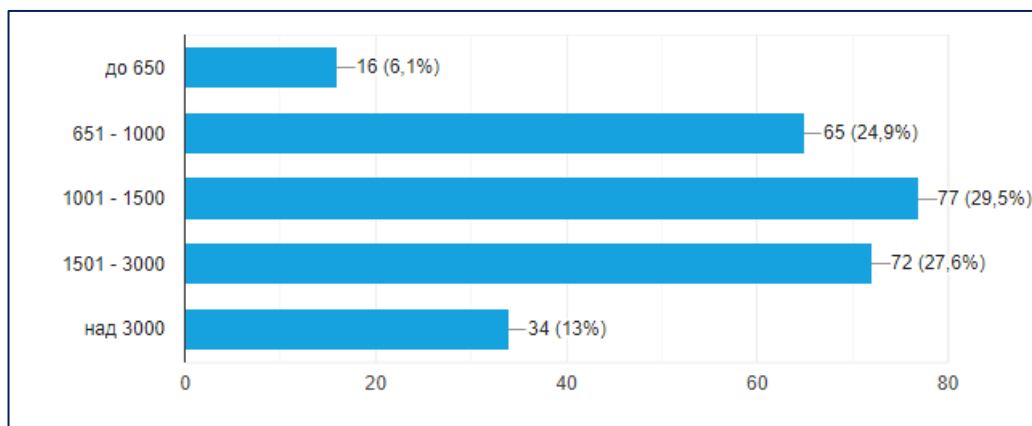
сферата на здравеопазването, работещ в сферата на застраховането, лекар. Най-голям е процентът на служителите в частни фирми – 41 %, следван от държавните служители – 18,4% и хора със собствен бизнес – 17,6 %. Работещите в сферата на здравеопазването са 13,8%, а тези в сферата на застраховането са 10% от анкетираните. Общинските служители са 5,7 %, а само двама от анкетираните са посочили, че са лекари – 0,8%.



Фиг. 10 Диаграма за отговорите на въпроса: *Професионална група*

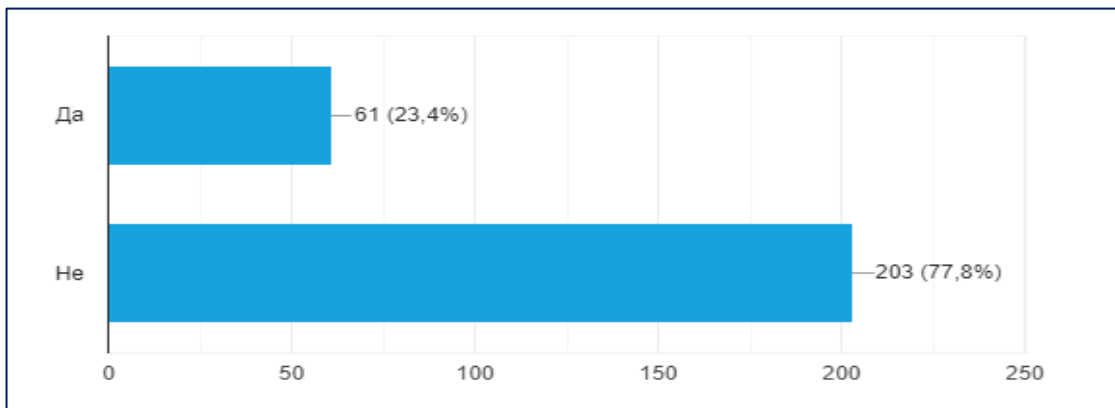
При **финансовият профил** на участниците освен като доходи е използван и критерият **самоосигуряващо** се лице и ако е такова, дали има здравна осигуровка.

Размерът на месечните доходи е разделен в следните категории – до 650 лв, от 651 лв. до 1 000 лв., от 1 001 лв. до 1 500 лв., от 1 501 лв до 3 000 лв. и над 3 000 лв. Може да се обобщи, че 82 % от взелите участие в анкетата имат месечни доходи между 651 лв. и 3 000 лв. Това са съответно 24,9 % за диапазона 651-1 000 лв, 29,5% от участниците са с доходи между 1 001 лв. и 1 500 лв. и 27,6 % от 1 501 до 3 000 лв.



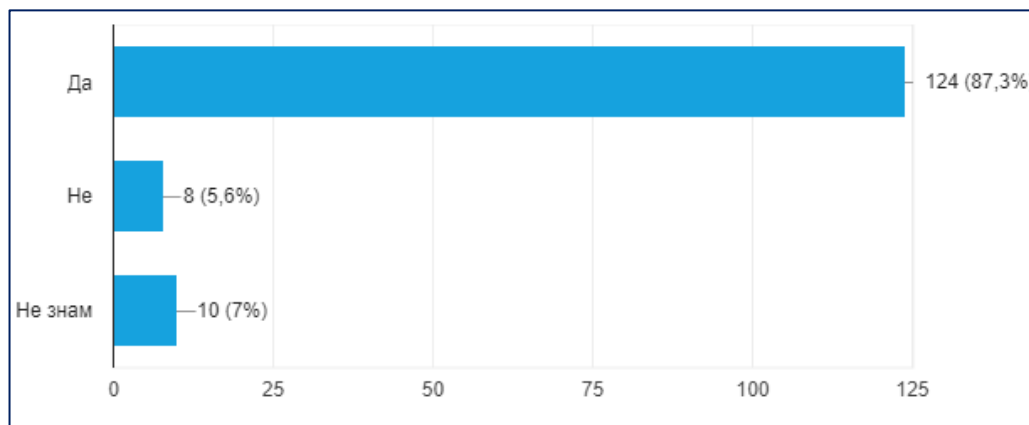
Фиг. 11 Диаграма за отговорите на въпроса: *Размер на месечния доход в лв.*

От всички взели участие в анкетата, 23,4% посочват, че са **самоосигуряващи** се лица.



Фиг. 12 Диаграма за отговорите на въпроса: *Самоосигуряващо се лице ли сте?*

Отговорите на анкетираният показват, че 87,3% от отговорилите са с непрекъснати **здравноосигурителни права**, 5,6 % са изгубили правата си, а 7 % не знаят дали имат здравноосигурителни права.

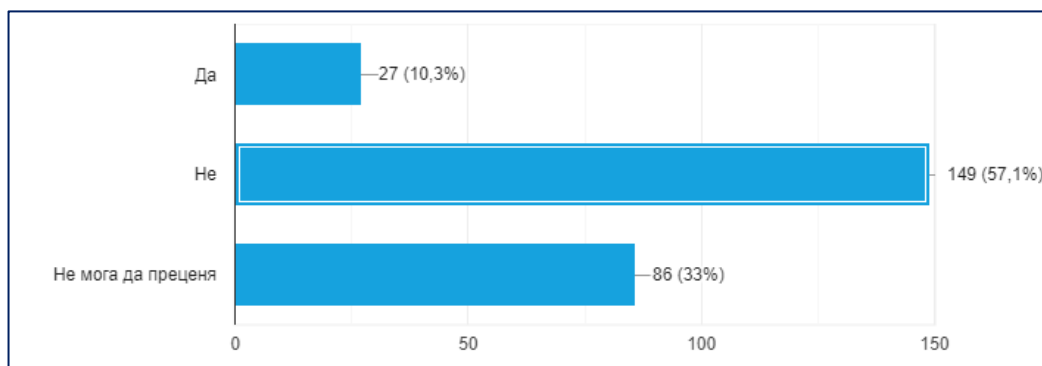


Фиг. 13 Диаграма за отговорите на въпроса: *Запазени ли са към момента здравноосигурителните ви права?*

На въпроса „Познавате ли покритието на здравни услуги, които ви предоставя Общественото здравно осигуряване (НЗОК)?“ 52,5% са отговорили положително.

На въпроса „Знаете ли къде може да се запознаете със здравните услуги, които ви предоставя Общественото здравно осигуряване (НЗОК)?“ 41,4 % отговарят отрицателно, а 58,6 % положително.

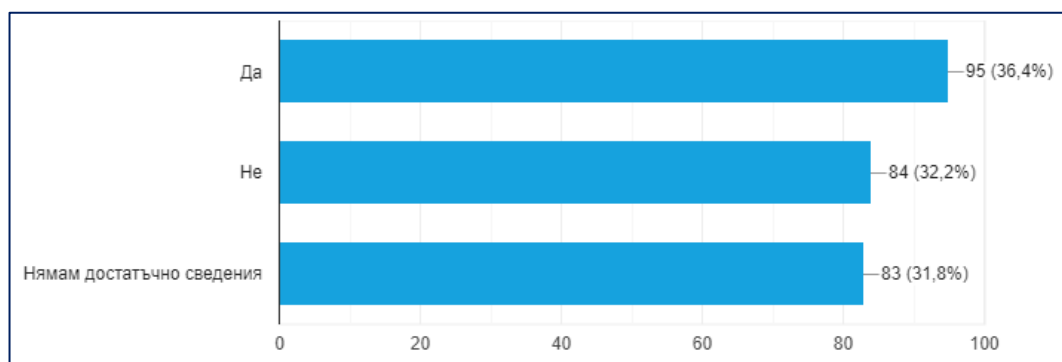
Отговорите на последните два въпроса показват, че половината от анкетираният нямат информация за това какво могат да получат срещу задължителните здравни осигуровки, които внасят и също така нямат представа за това от къде могат да я получат.



Фиг. 14 Диаграма за отговорите на въпроса: *Доволни ли сте от качеството на здравното осигуряване, предлагано от НЗОК?*

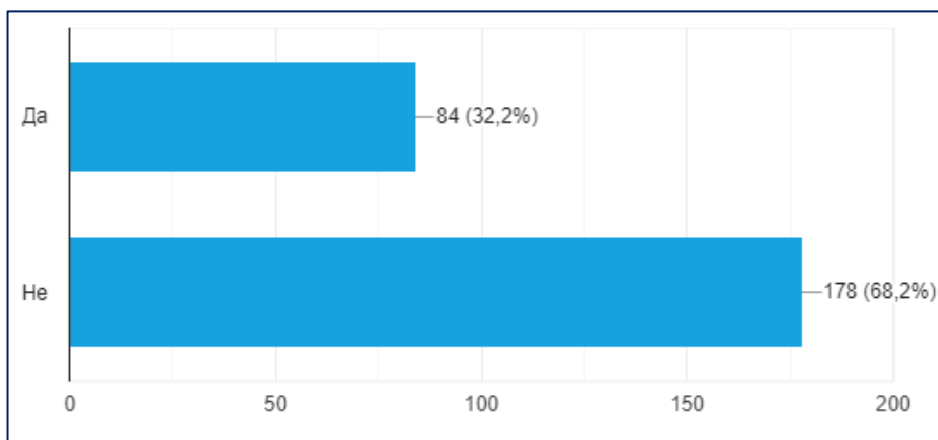
На въпроса: „Доволни ли сте от качеството на здравното осигуряване, предлагано от НЗОК?“, 57,1 % от анкетиранияте отговарят, че не са доволни, 33 % не могат да преценят и само 10,3 % са доволни от задължителното здравно осигуряване.

Интересно е разпределението в отговорите на въпроса „Запознати ли сте с предлаганите покрития за допълнително здравно застраховане, предлагани от застрахователните компании в България?“. Тук анкетиранияте са разделени на три почти равни части. 36,4 % отговарят положително, 32,2% отрицателно и 31,8 % нямат достатъчно информация.



Фиг. 15 Диаграма за отговорите на въпроса: *Запознати ли сте с предлаганите покрития за допълнително здравно застраховане, предлагани от застрахователните компании в България?*

Само 32,2 % от анкетиранияте притежават доброволни здравни застраховки.

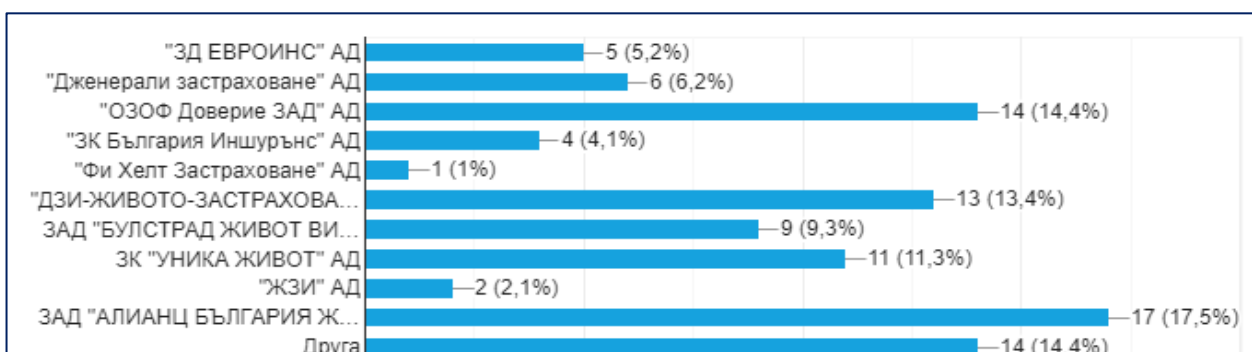


Фиг. 16 Диаграма за отговорите на въпроса: *Имате ли допълнителна здравна застраховка?*

От тези застраховки 59 % са заплатени от работодателите, а 41 % се поемат от самите застраховани.

От хората, които в момента нямат допълнителна здравна застраховка 30 % заявяват, че са имали някога в миналото.

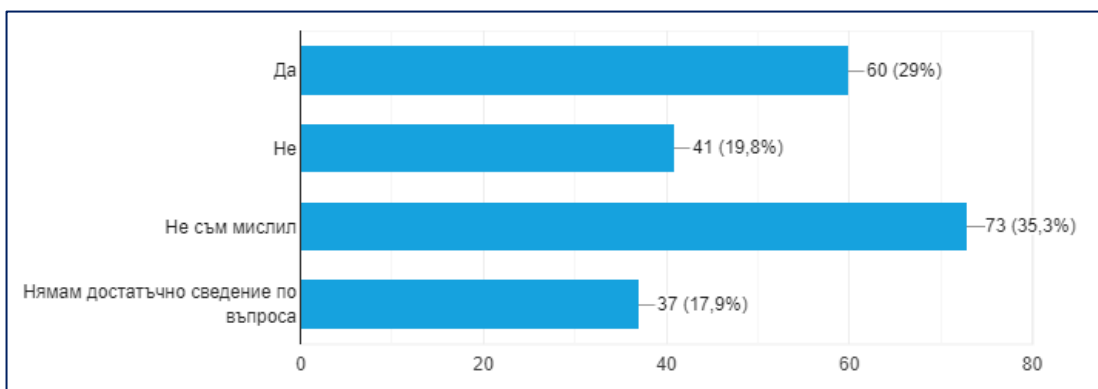
Притежателите на здравни застраховки заявяват, че застраховките им са в следните компании – 17,5 % в ЗАД АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ Живот, 14,4 % в ОЗОФ Доверие АД, 13,4% в ДЗИ ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ АД, 11,3% в ЗК УНИКА ЖИВОТ АД, 9,3% в ЗАД БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП, а 14,4 % притежават застраховка с друга компания различна от посочените в анкетата.



Фиг. 17 Диаграма за отговорите на въпроса: *Ако "Да", услугите на коя застрахователна компания ползвате?*

Интересен е фактът, че при отговор „Друга“, голяма част от цитираните компании не са застрахователни, а Пенсионно осигурителни дружества, което отново води до извода, че анкетираните нямат ясна информация за това какво е доброволно здравно застраховане.

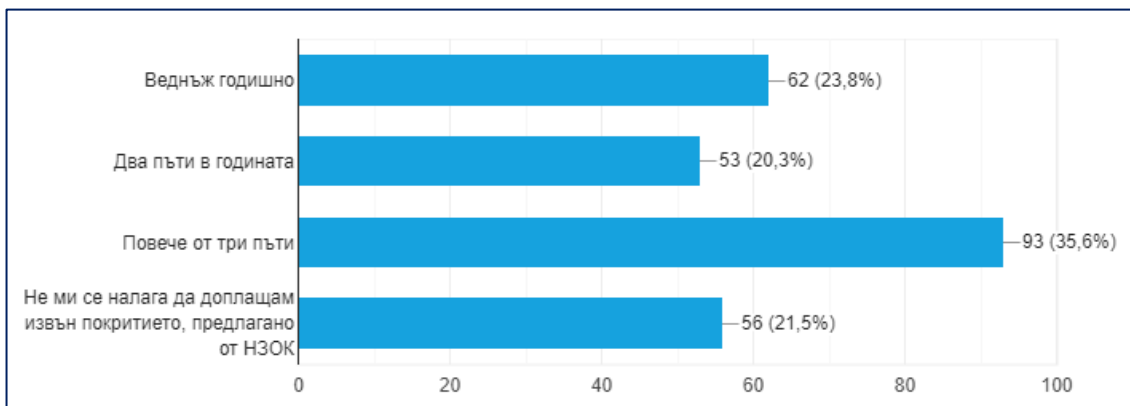
На въпроса „Бихте ли желали да сключите здравна застраховка?“ 29% отговарят положително, а 35,3 % не са мислили за сключването на такъв тип застраховка, 19,8 % не желаят, а 17,9% нямат достатъчно сведения.



Фиг. 17 Диаграма за отговорите на въпроса: *Ако нямате, бихте ли желали да сключите здравна застраховка?*

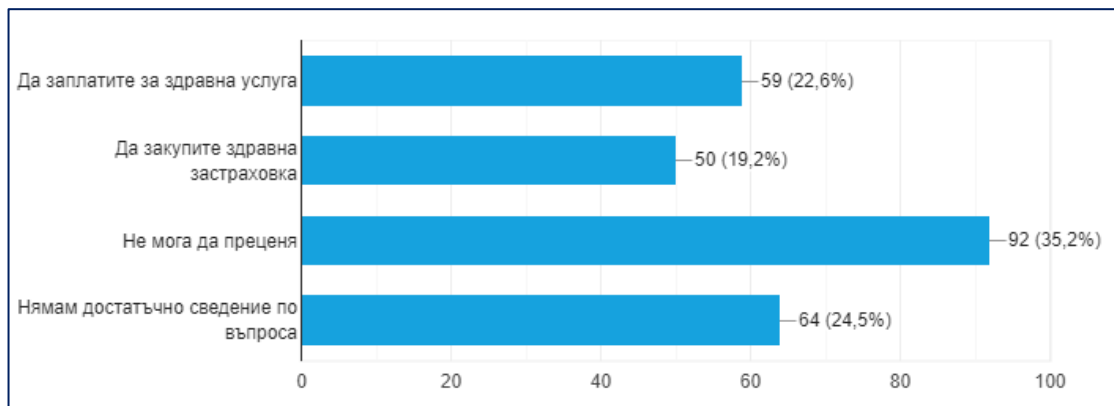
От анкетираните 57% биха отделили до 25 лв. месечно за закупуването на допълнителна здравна застраховка, а 81 % биха включили и семейството си.

На въпросът „Колко често ви се налага да доплащате или заплащате за получените здравни услуги?“ 35.6% отговарят „повече от три пъти“, 23.8% заявяват, че плащат веднъж годишно, 20,3% два пъти за годината, а 21,5 % се възползват само от услугите предлагани от НЗОК.



Фиг. 18 Диаграма за отговорите на въпроса: *Колко често ви се налага да доплащате или заплащате за получените здравни услуги?*

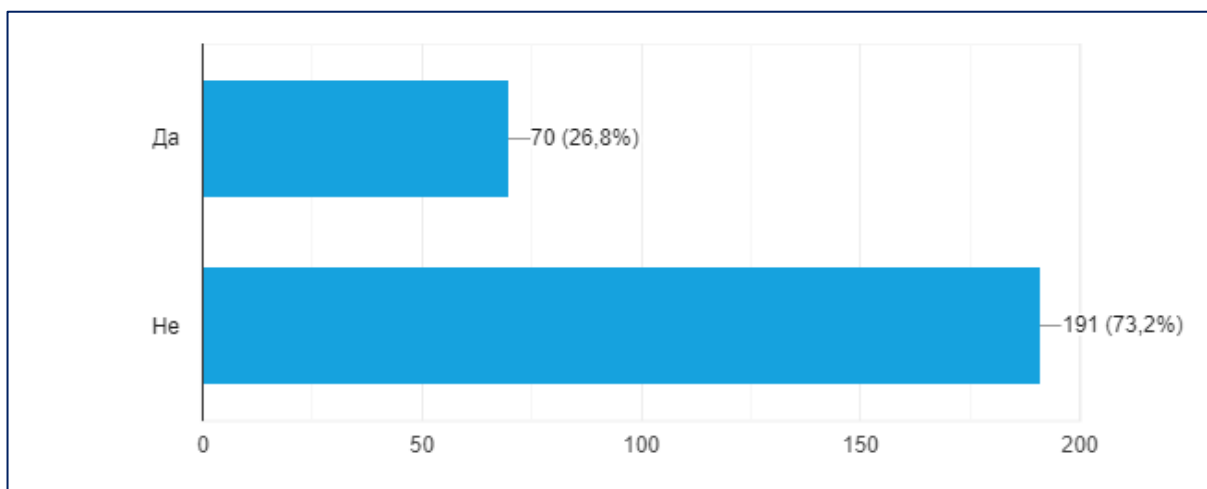
На въпроса „Кое е икономически по-изгодно за вас при нужда от здравни услуги извън общественото здравно осигуряване?“, 35,2 % от хората не могат да вземат точно решение, 24,5% нямат достатъчно информация, 22,6 % предпочитат да заплатят от джоба си, а само 19,2% предпочитат закупуването на доброволна здравна застраховка.



Фиг. 19 Диаграма за отговорите на въпроса: *Кое е икономически по-изгодно за вас при нужда от здравни услуги извън общественото здравно осигуряване?*

Над 57 % от анкетираните нямат представа кой предлага допълнителни здравни застраховки в България, а тези, които са отговорили с „Да“ посочват освен имената на застрахователни компании и такива на пенсионни фондове и застрахователни брокери.

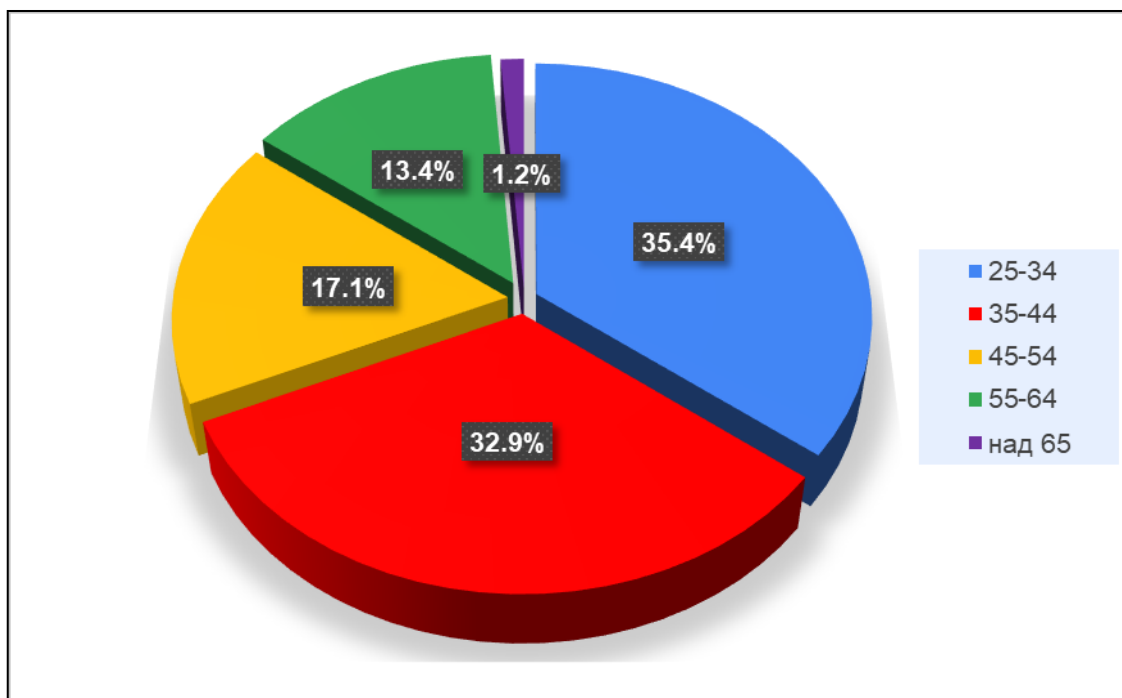
Много малко от участвалите в проучването посочват, че са информирани относно данъчните облекчения, от които могат да се възползват като притежатели на доброволни здравни застраховки. Това са само 26,8% от анкетираните.



Фиг. 20 Диаграма за отговорите на въпроса: *Запознати ли сте, че ако притежавате допълнителна здравна застраховка може да имате до 10% данъчни облекчения на годишна база?*

Анализирани са следните връзки:

Проучено е разпределение на притежателите на доброволни здравни застраховки по възраст, пол, заетост, образование, и критерии за самоосигуряване.



Фиг. 21 Разпределение на притежателите на допълнителни здравни застраховки по възраст

Най-голям е дялът на потребителите на доброволни здравни застраховки 35,4% във възрастовия диапазон 25 – 34 години, следван от 32,9% във възрастовия диапазон 35-44 години.

При разпределението по пол 29,3 % от притежателите са мъже и 70,7% са жени. (Фиг. 21)

Данните сочат, че 53,7 % от служителите в частни фирми притежават доброволни застраховки, следвани от работещите в сферата на застраховането 18,3 %. Интересен е фактът, че притежателите на собствен бизнес са само 8.5%, докато процентът на държавните служители е 13,4%. (Фиг. 22)

Преобладават притежателите на здравни застраховки с висше образование – 82,9% от анкетираните. Само 15,9% от анкетираните са самоосигуряващи се лица, които притежават допълнителни здравни застраховки.



Фиг. 22 *Разпределение на притежателите на допълнителни здравни застраховки по заетост*

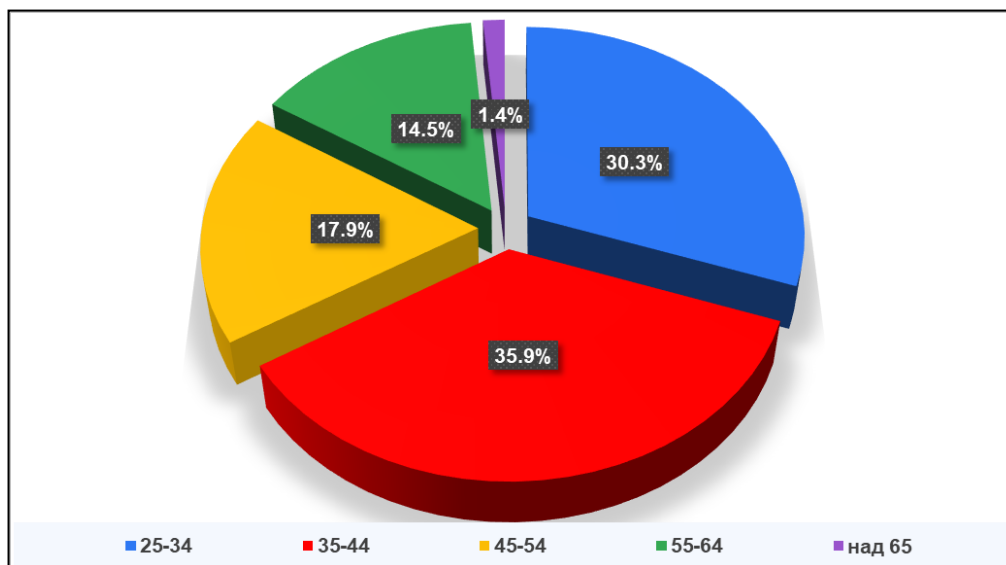
Може да се обобщи, че профилът на хората участвали в анкетата, които притежават доброволна здравна застраховка е следният – лица от женски пол, на възраст между 25 и 34 години, които имат висше образование и работят на трудов договор в частния сектор.

Разпределението на притежателите на здравни застраховки според отношението към предлаганите от НЗОК здравни грижи и услуги показва най-голям процент на недоволните – 59,8%, следвано от тези, които не могат да преценят дали получават достатъчно добри грижи и услуги – 32,9 %. Може да се обобщи, че притежателите на доброволни здравни застраховки се отнасят негативно към предлаганото от задължителното здравно осигуряване. (Фиг. 23)



Фиг. 23 *Разпределение на притежателите на ДЗЗ според удовлетвореността от качеството на здравното осигуряване, предлагано от НЗОК*

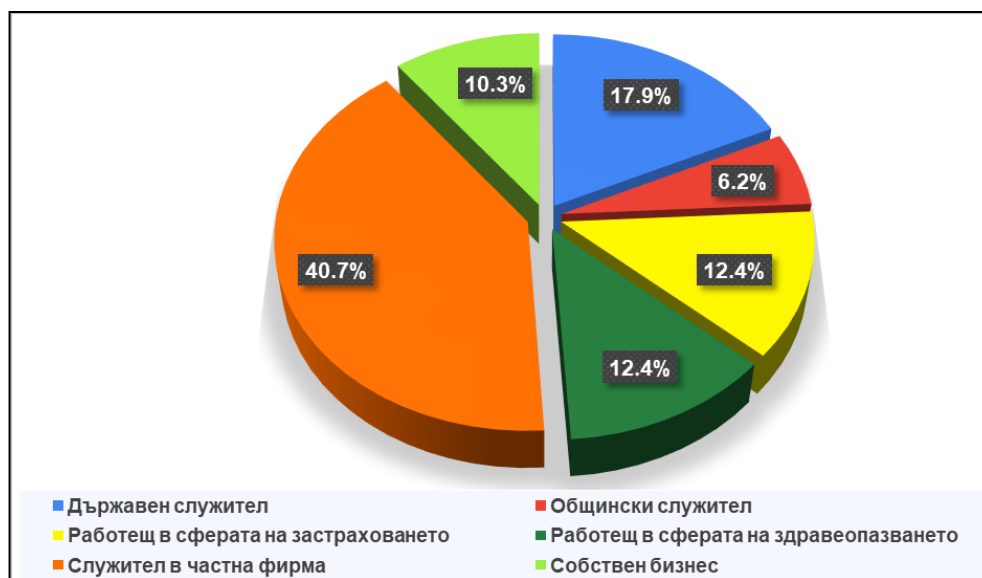
Анкетираните, които не са доволни от покритията предлагани от НЗОК са разпределени по възраст, пол, заетост, образование, и критерии за самоосигуряване.



Фиг. 24 *Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по възраст*

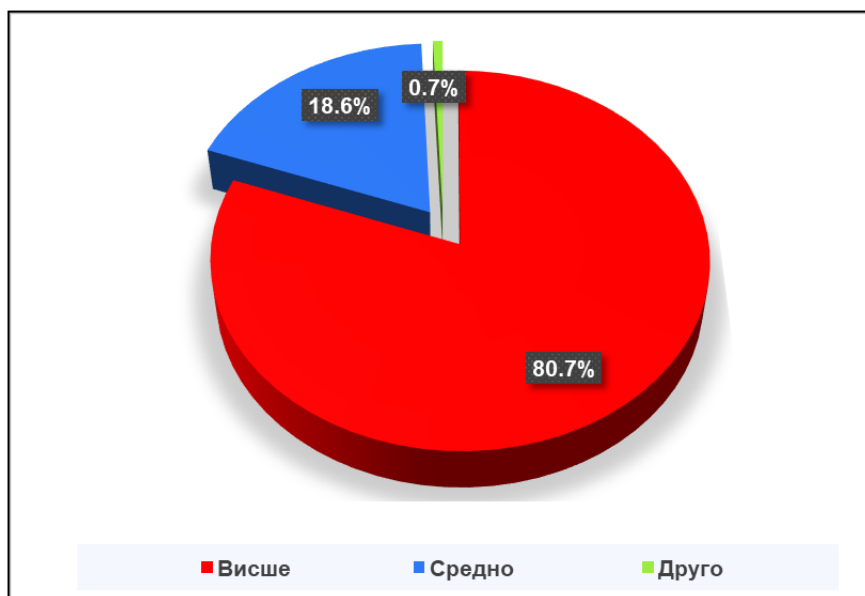
Най-голям е процентът на недоволните сред възрастовата група от 35 до 44 годишна възраст – 35,9%, следвани от по-младите между 25 и 34 години – 30,3%. (Фиг.24)

В разделението по пол превес имат жените с 68,3% и 31,7% за мъжете. При професионалното разпределение 40,7 % от заетите в частния сектор са с негативна нагласа към предлаганото от НЗОК, следвани от държавните служители със 17,9 %. (Фиг.25)



Фиг. 25 Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по заетост

При образователния критерий 80,7 % от недоволните са с висше образование, 18,6% са със средно и 0,7 % - с друг тип образование. (Фиг. 26)



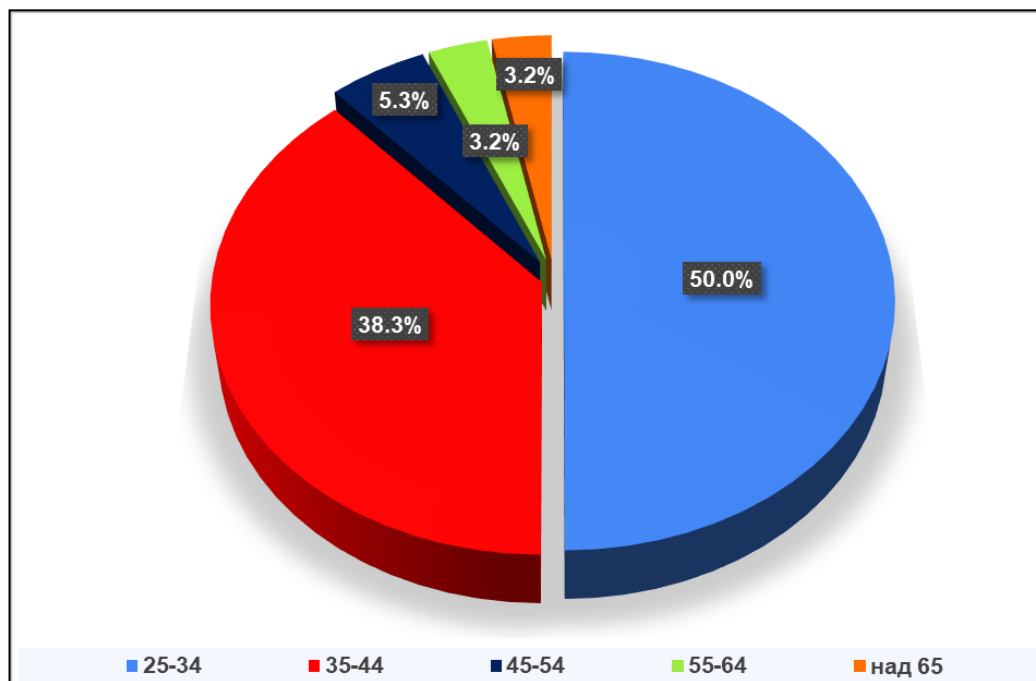
Фиг. 26 Разпределение на недоволните от покритието на НЗОК по образование

Само 16,6% от недоволните са самоосигуряващи се лица, останалите 83,4% имат трудово-правни взаимоотношения.

Може да се обобщи, че профилът на недоволните от предлаганите покрития от НЗОК е следният – лица от женски пол на възраст между 35 и 44 години, с висше образование, работещи на трудов договор в частна фирма.

Извършено е разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по възраст, пол, заетост, образование, и критерии за самоосигуряване.

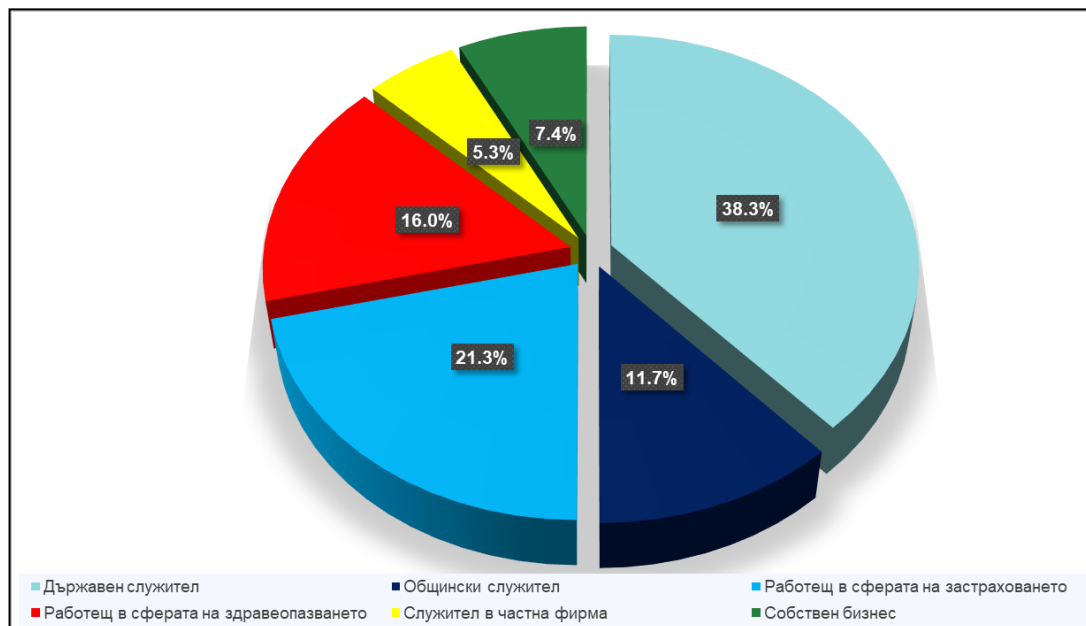
Най-голям дял се наблюдава при хората в активна възраст: между 25 и 34 години (50%) и между 35 и 44 години (38,3%), следвани от тези на възраст между 45 и 54 години (5,3%).(Фиг. 27)



Фиг. 27 Разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по възраст

При разпределението по пол се наблюдават следното разпределение – 11,7 % за мъжете и 88,3% за жените.

При разпределението по критерия заетост 38,3% са за заетите в държавния сектор, следвани от работещите в сферата на застраховането 21,3% и работещите в сферата на здравеопазването 16,0 %. (Фиг. 28)



Фиг. 28 *Разпределение на запознатите с покритията на доброволното здравно застраховане по заетост*

Образователният критерий сочи, че 90,4% от анкетираните, които познават покритията на доброволното здравно застраховане са с висше образование. Почти в равни съотношения са другите две изследвани групи – средно образование 5,3% и друго образование 4,3%.

Предлаганите покрития на доброволното здравно застраховане се познават от 35,1% от анкетираните.

Профилът на лицата, които познават предлаганите от доброволното здравно застраховане покрития е следния – лица от женски пол, на възраст между 35 и 44 години, с висше образование, работещи на трудов договор в частния сектор.

Много от притежателите на здравни застраховки не са доволни от покритията предлагани от задължителното здравно осигуряване. Липсва достатъчно информация за това какво представлява доброволното здравно застраховане и кои са доставчиците на доброволни здравни застраховки.

ИЗВОДИ

В резултат на проведените изследвания могат да бъдат направени следните изводи:

1. Доброволното здравно застраховане и задължителното здравно осигуряване предлагат, донякъде припокриващи се, но отговарящи на нуждите на пациентите, пакети от медицински услуги.
2. Доброволното здравно застраховане предлага по-пълна гама от социално-битови услуги и пакети за дентална помощ, но като цяло предоставяните здравни дейности не се различават коренно от тези, предлагани от НЗОК.
3. Средните премии за закупуване на доброволна здравна застраховка са по-ниски. По-високите годишни премии при задължителното здравно осигуряване отразяват растящите обществени разходи за здравеопазване.
4. Нивата на разпространение на доброволното здравно застраховане са много по-ниски в сравнение със здравното осигуряване.
5. Анализът на двете изследвани системи показва тремаво обслужване на клиентите в задължителното осигуряване. Доброволното здравно застраховане взема превес с лесно и бързо обслужване на застрахованите лица.
6. Голяма част от хората не са доволни от задължителното здравно осигуряване, но не са запознати с предимствата на доброволното здравно застраховане.
7. Здравните застраховки са корпоративни, застраховани са основно млади хора с висше образование.

ПРИНОСИ

1. Сравнени са общите условия по здравните застраховки и покритията на три водещи застрахователни компании.
2. Съпоставени са средноаритметичните покрития и средноаритметичните премии при задължителното осигуряване и доброволното застраховане.
3. Извършен е SWOT анализ на задължителното осигуряване и здравното застраховане като здравни политики.
4. Проучени са нагласите и информираността на потребителите за възможностите на задължителното здравно осигуряване и доброволното здравно застраховане.
5. Анализирани са данните за здравните системи на САЩ, част от страните от ЕС и България.
6. Направен е подробен анализ на здравната система на България в исторически, икономически и социален аспект.

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Шеретска, Ю., Христов, Г. Възникване на здравноосигурителните системи като здравни политики. *Medical Magazine*, 2021, 92:68-70.
2. Шеретска, Ю., Христов, Г. Развитие на здравното осигуряване в България. *Medical Magazine*, 2021, 94:82-84.
3. Шеретска, Ю., Христов, Г. Европейските здравни системи като финансиращи технологии. Предизвикателства пред утвърждаване на ролята на допълнителното здравно застраховане. *Medical Magazine*, 2021, 94:78-81.
4. Шеретска, Ю., Христов, Г. Европейските здравни системи като финансиращи технологии. Допълнително здравно застраховане. *Medical Magazine*, 2021, 94:74-77.