АВТОРСКИ СТАТИИ
ORIGINAL ARTICLES

СЕКТОРЪТ НА ДОБРОВОЛНОТО ЧАСТНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ 2010 Г. – АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВИ

Т. Веков
Факултет по обществено здраве, МУ – Плевен

Резюме. Финансовите резултати на дружествата за доброволното здравно осигуряване (ДДЗО) през 2010 г. за пореден път доказват липсата на перспективи в развитието на сектора. Необходими са нормативни промени, отнасящи се до създаване на здравноосигурителен пакет, който да се реимбурсира от доброволни здравни вноски на солидарен принцип. Подобен подход би развил сектора на доброволното здравно осигуряване, реализирайки реални допълнителни приходи в здравеопазването. В статията са анализирани финансовите резултати на десетте водещи ДДЗО за 2010 г. Въз основа на тях са направени изводите, че липсата на регулация на цените и предлагането лишава ДДЗО от възможност да се конкурират в сферата на качеството, достъпността и здравните резултати за пациента. Забелязват се и зараждащи се признаци на основния здравноосигурителен конфликт – стремежът към увеличаване на печалбите се конфронтира с интересите и удовлетворението на пациентите, включително с дейността и качеството на здравните грижи. С цел насърчаване на политиката на управление към постигане на баланс между печалба и удовлетворение е необходимо бъдещите здравнополитически решения да осигурят публичен контрол върху финансовите резултати, качеството, достъпността и селекцията на здравния риск.

Ключови думи: *доброволно здравно осигуряване, финансови резултати, нормативни промени*

T. Vekov. VOLUNTARY HEALTH INSURANE SECTOR IN BULGARIA IN 2010 – ANALYSIS AND PROSPECTS

Summary. Financial results of the Companies for Voluntary Health Insurance (CVHI) for 2010 have once again demonstrated the lack of prospects in sector development. Regulatory changes are needed, related with the establishment of health insurance packages, which should be reimbursed on a joint principle by voluntary health payments. Such an

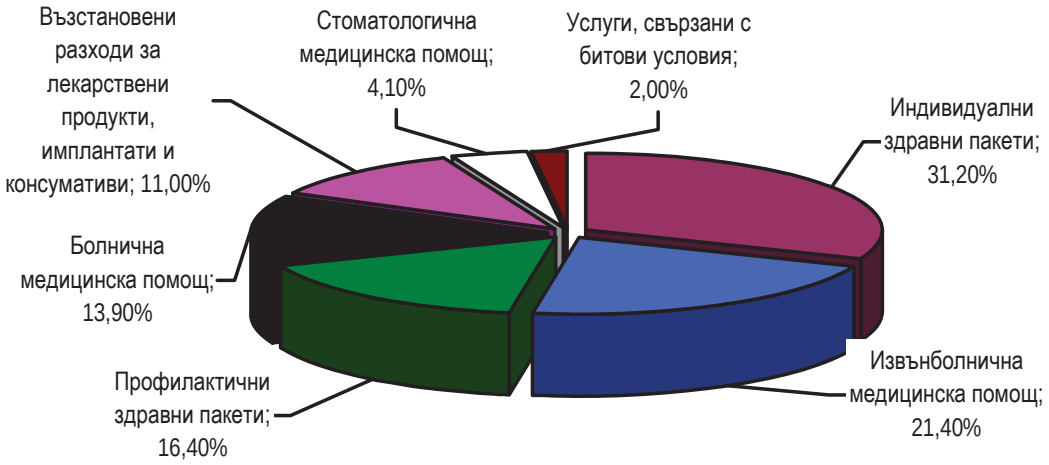
approach may contribute to the development of the voluntary health insurance sector, realizing real additional revenues in health care. The article presents the financial results of ten leading CVHI for 2010. Based on the findings, it has been concluded that the lack of price and demand regulation deprives the CVHI of the opportunity to compete within the spheres of quality, accessibility and patient health outcomes. Emerging signs of the basic conflict in health insurance, namely, the pursuit of increasing profits versus patient interests and satisfaction, have been noted, including health care activities and quality. To promote a policy of managing the balance between profits and patient satisfaction, further health-political decisions for public control on financial results, health care quality and accessibility and health risk selection should be taken.

Key words: *voluntary health insurance, financial results, regulatory changes*

Финансовите резултати на дружествата за доброволното здравно осигуряване (ДДЗО) през 2010 г. за пореден път доказаха липсата на перспективи в развитието на сектора. Увеличените негативни технически и финансови резултати потвърждават необходимостта от нормативни промени, отнасящи се до създаване на здравноосигурителен пакет, който да се реимбурсира от доброволни здравни вноски на солидарен принцип. Подобен подход би развил сектора на доброволното здравно осигуряване, реализирайки реални допълнителни приходи в здравеопазването.

Създаването на право на избор на пациентите поне в сектора на допълнителен реално съществуващ здравен пакет ще създаде конкурентна обстановка между финансиращите институции, което очаквано би довело до подобряване на качеството на медицинските услуги, подобряване на контрола на здравните разходи, намаляване на индуцираното търсене от доставчиците на здравни услуги и не на последно място – практическо преустановяване на нерегламентираните плащания от пациентите, което представлява сериозна бариера пред достъпността и основна причина за неудовлетворението на пациентите.

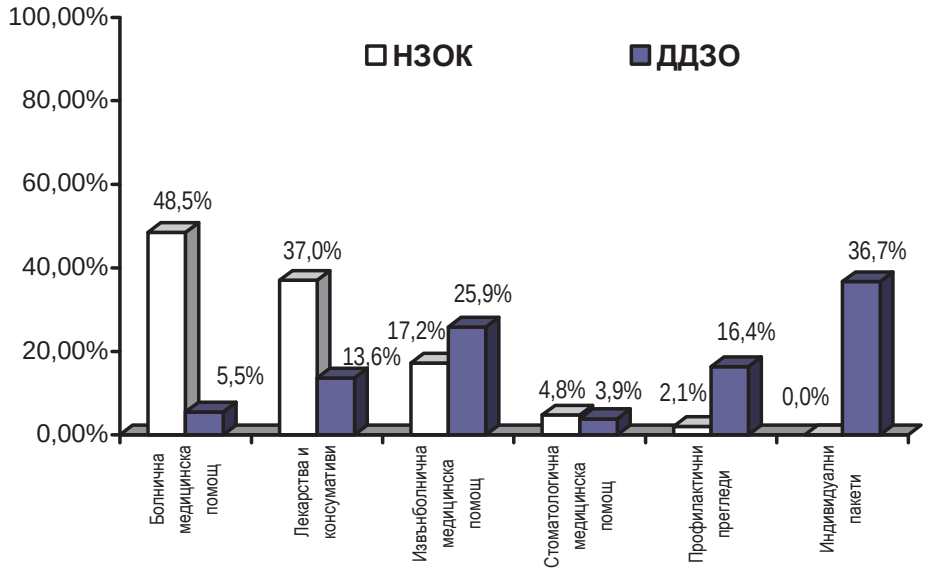
По данни на КФН брутният премиен приход към края на 2010 г., реализиран от ДДЗО, възлиза на 42 млн. лв., с което се отчита годишен ръст от 9,8%. Най-голям относителен дял на премийния приход заемат здравните пакети – „Индивидуални здравни пакети" – 31,2%, и „Извънболнична медицинска помощ" – 21,4% (фиг. 1).



Фиг. 1. Структура на прихода на ДДЗО по видове здравни пакети за 2010 г.

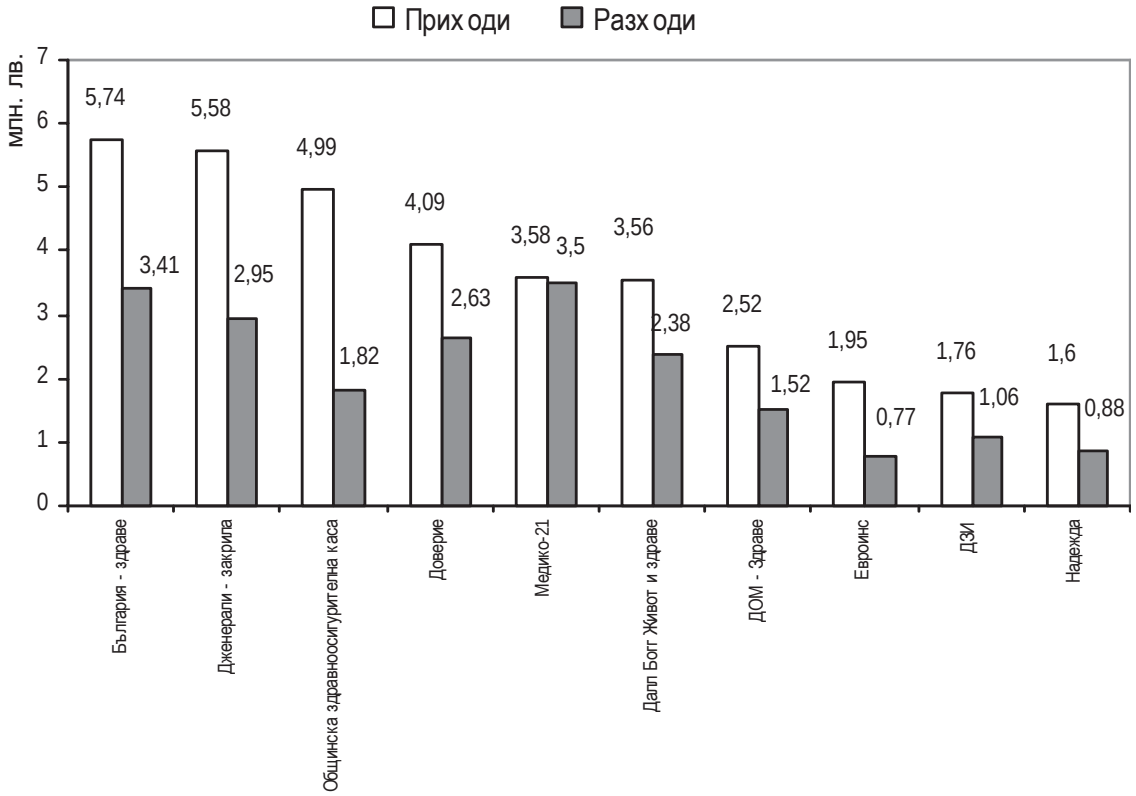
Анализът на структурата на здравноосигурителния приход на ДДЗО показва съответствие със съвременните световни тенденции за рефокусиране на здравноосигурителните системи върху индивидуализираната грижа и терапия на пациента (Индивидуални здравни пакети – 31,2%), стимулиране на лекарите да следват най-добрите терапевтични препоръки и заплащане на изпълнителите на доболнична медицинска помощ за постигнати цели в качеството (Извънболнична медицинска помощ – 21,4%), както и преориентация на финансирането от програми за лечение към програми за профилактика и грижа за здравето (Профилактични здравни пакети – 16,4%).

Сравнението между финансираните приоритети от НЗОК и ДДЗО е илюстрирано на фиг. 2. Финансирането на дейностите в системата на задължителното здравно осигуряване не е съобразено нито със съвременните европейски тенденции, нито с декларираните приоритети от редица правителства. Разходите за първична и специализирана доболнична помощ, както и за профилактика, са няколко пъти по-ниски от бюджетираните финансови средства за болнична помощ и лекарствени продукти. Можем да заключим, че това е една от основните причини за неефективността на задължителната здравноосигурителна система и за основните проблеми, свързани със свръххоспитализациите и свръхпотреблението на лекарствени продукти.

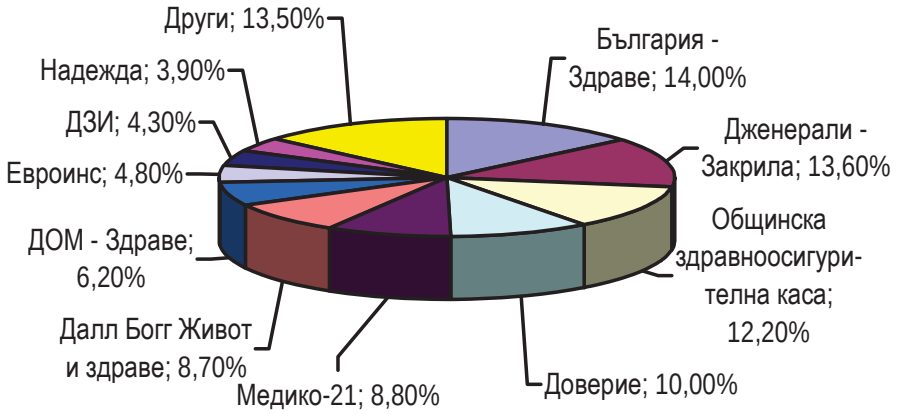


Фиг. 2. Сравнителен анализ на реимбурсираните приоритетни здравни дейности от обществения монополен фонд (НЗОК) и конкуриращите се частни допълнителни фондове (ДДЗО) – относителен дял на общите разходи

Изплатените разходи за възникнали претенции от ДДЗО за 2010 г. възлизат на над 24 млн. лв., което представлява ръст от 14,29% спрямо предходната година. Регистрираният ръст на разходите е по-висок от ръста на приходите с 4,49. Това е пряко доказателство за увеличения натиск от пациентите върху ДДЗО за възстановяване на разходите, което е директно зависим резултат от кризата в сферата на общественото здравно осигуряване. Съотношението между получени приходи и разходи за здравноосигурителни плащания за първите десет ДДЗО е показано на фиг. 3. Сумата от активите на здравноосигурителните дружества към края на 2010 г. нараства с 16% на годишна база и възлиза на 78,69 млн. лв. На практика активите на дружествата надхвърлят приблизително два пъти годишните премийни приходи, което предопределя изключително високите коефициенти на ликвидност в сектора. Размерът на здравноосигурителните резерви също бележи голям ръст от 16,5% и достига 14,39 млн. лв. Дружествата в сектора на доброволното здравно осигуряване отчитат технически резултат от –3,04 млн. лв. при –0,99 млн. лв. за предходната година и съответно финансов резултат от –1,19 млн. лв. при 0,22 млн. лв. година по-рано.



Фиг. 3. Приходи и разходи за здравноосигурителна дейност на десет ДДЗО с най-голям пазарен дял за 2010 г.



Фиг. 4. Пазарни дялове на първите десет ДДЗО по приходи за 2010 г.

От друга страна, броят на здравноосигурените лица нараства с 11,86% и възлиза на 198 765 души.

Основните причини за негативните финансови резултати на сектора са обществената непопулярност на доброволното здравно осигуряване, ниските ценови нива на индивидуалните здравни пакети и широкият обем услуги, които са включени в тях. Основните фактори са нецелесъобразната конкуренция между осигурителните дружества и финансовата криза в сектора на задължителното здравно осигуряване.

Изводи

Общата рентабилност на сектора за доброволно здравно осигуряване през 2010 г. е негативна, което е резултат от финансовите загуби на ДДЗО. Финансовата криза в сектора на общественото осигуряване влияе пряко на увеличените изисквания на доброволно осигурените пациенти, които имат свръхочаквания, непропорционални на размера на осигурителните премии. Негативните перспективи пред сектора за допълнително доброволно осигуряване се засилват и от продължаващата липса на нормативна регулация, отнасяща се до конкретен по вид и размер здравноосигурителен пакет и премия. Липсата на регулация на цените и предлагането лишава ДДЗО от възможност да се конкурират в сферата на качеството, достъпността и здравните резултати за пациента. Забелязват се и зараждащи се признаци на основния здравноосигурителен конфликт – стремежът към увеличаване на печалбите се конфронтира с интересите и удовлетворението на пациентите, включително с дейността и качеството на здравните грижи. С цел насърчаване на политиката на управление към постигане на баланс между печалба и удовлетворение е необходимо бъдещите здравнополитически решения да осигурят публичен контрол върху финансовите резултати, качеството, достъпността и селекцията на здравния риск.

Библиография

1. К о м и с и я по финансов надзор – www.fsc.bg.
2. В е к о в , Т. Здравното осигуряване в България през периода 1999-2009. С., Сиела, 2009, 200 с.

3. В о д е н и ч а р о в , Ц. и В. Борисов. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора. С., АРСО, 1999,148.
4. П а н е в р о п е й с к о проучване за политиката на доброволно здравно осигуряване на работодателите. Доклад. Mercer, 2008.
5. П е т р о в а , З., Х. Танушев. Доброволен здравноосигурителен фонд. Финасова стабилност и устойчивост, София, 2009.
6. С а л ч е в , П., Л. Георгиева. Принципи и практики в здравното и пенсионното осигуряване, София, Оптима-НМН, 2008.
7. Z e l m a n , W. et al. Financial Management of Health Care Organizations: An Introduction to Fundamental Tools, Concepts and Applications. Oxford, Blackwell Publishing, Ltd., 2007.

Адрес за кореспонденция:
Тони Веков
Председател на съвета на директорите
Български кардиологичен институт
бул. „Г. М. Димитров” № 1
1172 София
02/962 54 54, 02/962 50 59
e-mail: t.vekov.hq@comleague.com