

АНАЛИЗ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКИ В БОЛГАРИИ ЗА ПЕРИОД 2003 - 2011 ГГ.

Златанова Тихомира, доц. д-р, *Попов Николай*, доц. д-р
Янева Румяна, гл.ас. д-р, *Петрова-Готова Цветелина*, гл.ас. д-р
Кафедра экономики здравоохранения, Факультет общественного
здоровья, Медицинский университет - София, Болгария

Резюме. В соответствии с правилами, в нашей стране одновременно с системой обязательного медицинского страхования создана сеть компаний для добровольного медицинского страхования. Деятельность этих фондов направлена к медико-санитарные потребности, неудовлетворенные Национальным фондом медицинского страхования. Это исследование представляет развитие рынка добровольного медицинского страхования в период 2003 – 2011г., а также анализ программы «Укрепления здоровья и профилактики заболеваний» в части общей программы добровольного медицинского страхования и выплачиваемых страховых премий, а также и числа компаний, работающих по этой программе.

Ключевые слова: *добровольное медицинское страхование, профилактические программы*

Система здравоохранения в Болгарии является основным источником обязательного медицинского страхования, основанного на принципах плюрализма как в области финансирования, так и в области осуществления медико-санитарной помощи. Исследования, на сегодняшний день, показывают высокий уровень медико-санитарных потребностей населения, значительная доля которых неудовлетворяется [13,14]. Мнение экспертов в этой области гласит, что медицинское страхование покрывает только часть

основных потребностей в области здравоохранения, а более полное удовлетворение этих потребностей всего населения будет возможно только на основе эффективного партнерства между обязательным и добровольным медицинским страхованием, которое в свою очередь требует грамотного управления этих двух основных подсистем нашей национальной системы здравоохранения [1,2].

В Болгарии есть фонды обязательного и добровольного медицинского страхования (ФМС). С Законом о медицинском страховании от 1998 (ГВ, № 70/19.06.1998) создан уставный фонд медицинского страхования (НФМС - Национальный фонд медицинского страхования), а также внесены поправки в тот же закон от 2002 г. (ГВ № 107), благодаря которым санкционировано создание компаний по добровольному страхованию здоровья (ДСЗ) без ограничений их количества.

Таким образом, в соответствии с нашим регламентом [5,6], вместе с системой обязательного медицинского страхования (в рамках Национального фонда медицинского страхования - НФМС) создана сеть компаний по добровольному медицинскому страхованию (ДМС). Деятельность этих фондов направлена на медико-санитарные потребности, которые не удовлетворяются НФМС. Таким образом, ДМС берет на себя функции добровольного медицинского страхования, дополняя и расширяя общую национальную систему медицинского страхования. Адекватное развитие добровольного медицинского страхования по необходимости стало предметом национальной политики в области здравоохранения.

В условиях возрастающей роли добровольного медицинского страхования (ДМС) в системе здравоохранения Болгарии, актуальным вопросом стало управление финансовыми ресурсами в секторе, в целях эффективного удовлетворения медико-санитарных потребностей населения (пользователей) [3,4].

Учитывая надлежащее распределение и использование ресурсов в приоритетных областях, требуется оценка эффективности ресурсов здравоохранения. Эта эффективность зависит не столько от источника финансирования, сколько от умелого расходования (восстановления), т. е. от управления финансовыми ресурсами [9,10].

Основная социальная роль ДМС состоит в удовлетворении медико-санитарных потребностей населения, которые не удовлетворяются через обязательное медицинское страхование.

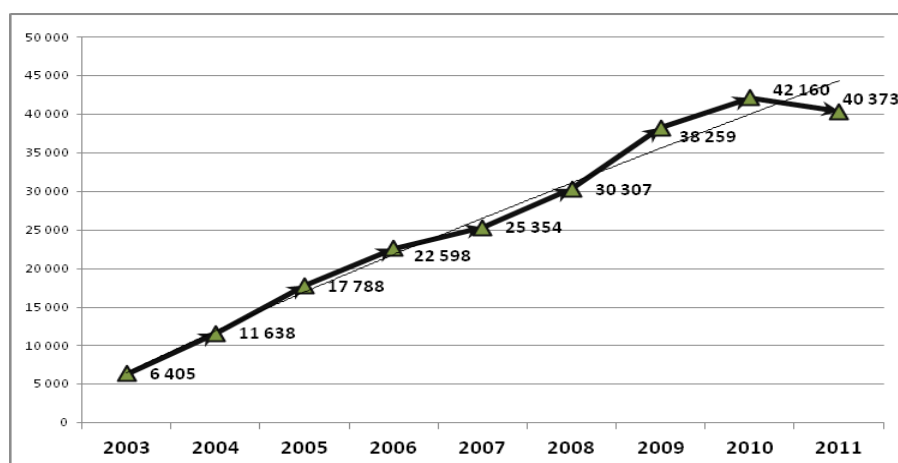
ДМС создано на принципе самофинансирования. Контингент застрахованных лиц (организаций) формируются за счет свободного выбора (добровольно) между существующими фондами ДМС в стране. С точки зрения конкуренции, удовлетворение медико-санитарных потребностей ДМС требует максимально возможного качества медицинских услуг и минимального расхода времени, доступных для застрахованных пациентов [11,12].

Целью данного исследования является представление добровольного медицинского страхования в Болгарии с момента его появления в 2002 г. и его развитие до конца 2011 г., а также и анализ профилактической программы, предоставляемой ДМС.

Исследование основано на официальных данных, опубликованных комиссией по финансовому надзору. Исследование охватывает период 2003 – 2011 г., детально рассмотрена каждая программа, составленная в 2004 – 2011 г., в связи с отсутствием официальных данных о каждой программе медицинского страхования за 2003 г. Число добровольных медицинских страховых компаний (на основе опубликованных отчетов, т.е. тех, которые занимаются реальной деятельностью, а не только имеющих лицензию). Количество застрахованных не публикуется на протяжении многих лет и основано на единственной публикации КФН и относятся к дате 30.06.2010 г.

В течение девяти лет рынок добровольного медицинского страхования показывает ясные положительные темпы роста. С 2003 г. по 2011 г. объем рынка добровольного медицинского страхования увеличился более чем в шесть раз (с 6,4 млн. Левов в 2003 г. до 40 млн. левов в конце 2011 г.). Как показано на рисунке 1, существует ясно выраженная тенденция и небольшой спад в конце 2011 г. отражается значительно.

Рисунок 1. Добровольное медицинское страхование на период с 2003 по 2011 г. в тысяч левов.



Количество лицензированных и управляемых компаний медицинского страхования также увеличивается пропорционально на протяжении многих лет, и к концу 2011 г. их число достигло 20.

Таблица 1. Число лицензированных ДМС по годам

Год	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Количество компаний	6	11	12	13	15	18	20	20	20

Количество активных к 30.06.2010 г. контрактов страхования здоровья составляет 6184 (в том числе 3372 заключенных новых в течение отчетного

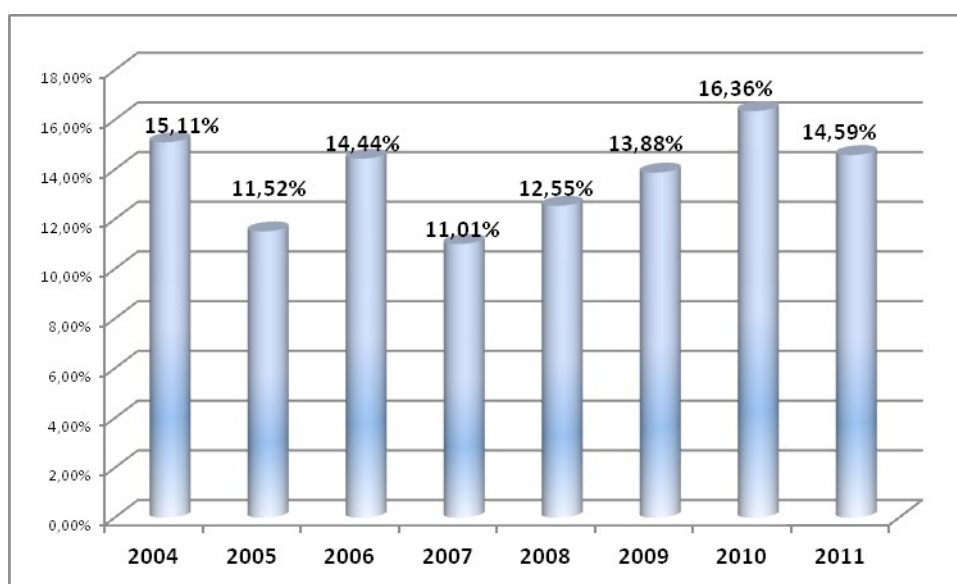
периода) при 11469 действующих контрактов к 30.06.2009 г. (в том числе 6122 заключенных новых в тот же период). Таким образом, число лиц, застрахованных в соответствии с существующими контрактами по состоянию на 30.06.2010 г. было 200 886 (в том числе 115946 лиц заключили новые договоры).

Профилактические программы - улучшение здоровья и профилактика заболеваний заключается на срок от одного (или более) года. В страховой год лица с медицинской страховкой (ЛМС) подлежат ряду профилактических осмотров. Они включают в себя консультирование у различных специалистов (в основном - терапевта и/или кардиолога, невропатолога, офтальмолога, акушера, ЛОР-специалиста, маммолога для женщин и уролога для мужчин), лабораторные обследования, ЭКГ, оценка риска социально значимых хронических заболеваний (сердечно-сосудистые, диабет, онкология, остеопороз - остеоденситометрия и т.д.); иммунизации (вакцина от гриппа) и другие, в зависимости от конкретных условий работы и жизни соответствующей группы. Профилактические услуги предоставляются медицинскими центрами ДМС или другими исполнителями предвиденных медицинских услуг. Результаты медицинских осмотров часто делаются в форме, пригодной для использования в службах гигиены труда, и в таких случаях профилактические осмотры соответствуют специфике и условиям труда соответствующей группы застрахованных лиц.

При обязательном медицинском страховании профилактические осмотры являются весьма ограниченными, учитывая ограничения, которые существуют здесь [7]. Для рабочих и молодежи (от 18 до 30 лет), как это предусмотрено в Постановлении № 39 для профилактического обследования и диспансеризации [8], предоставлен только осмотр в амбулаторных условиях у участкового врача (включает в себя расчет индекса массы тела, оценки психического статуса, проверки остроты зрения, измерения

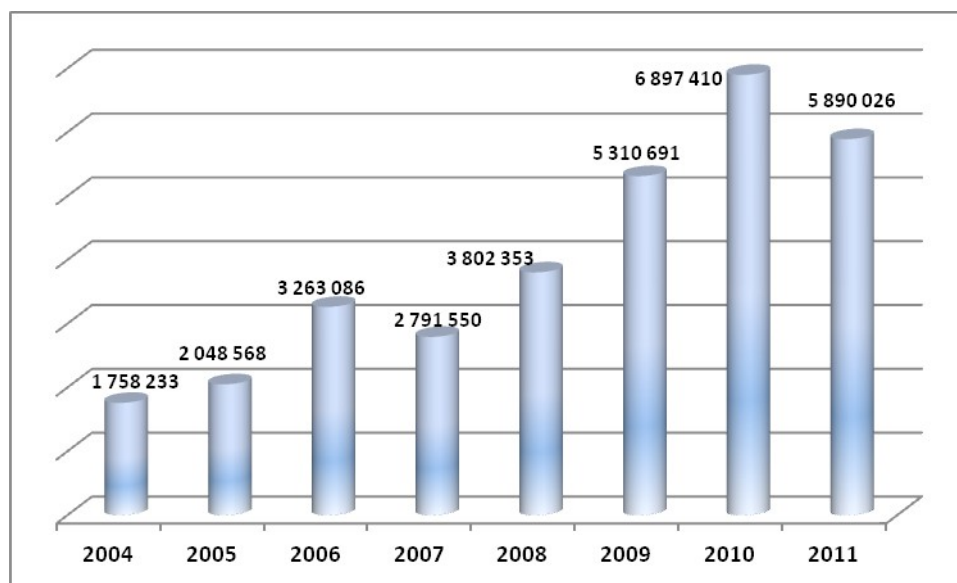
артериального давления, ЭКГ, анализ мочи на белок, глюкозу, уробилиноген / билирубин, кетоны и pH (с тест-лентами в кабинете); измерение уровня сахара в крови в лаборатории у пациентов с факторами риска (и никаких лабораторных исследований или консультаций со специалистами (приложение № 13 от 2012 г.)), что является недостаточным и не может сравниваться с программой, предлагаемой добровольным медицинским страхованием. В связи с этим, добровольное медицинское страхование заполняет нишу, что очень важно для будущего здоровья трудящихся и раннего выявления риска развития хронических заболеваний (например, дислипидемии, повышенного содержания сахара в крови и отклонений, выявленных в ходе проверок, проведенных специалистами).

Рисунок 2. Часть программы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний за период 2004 – 2011 г. в %



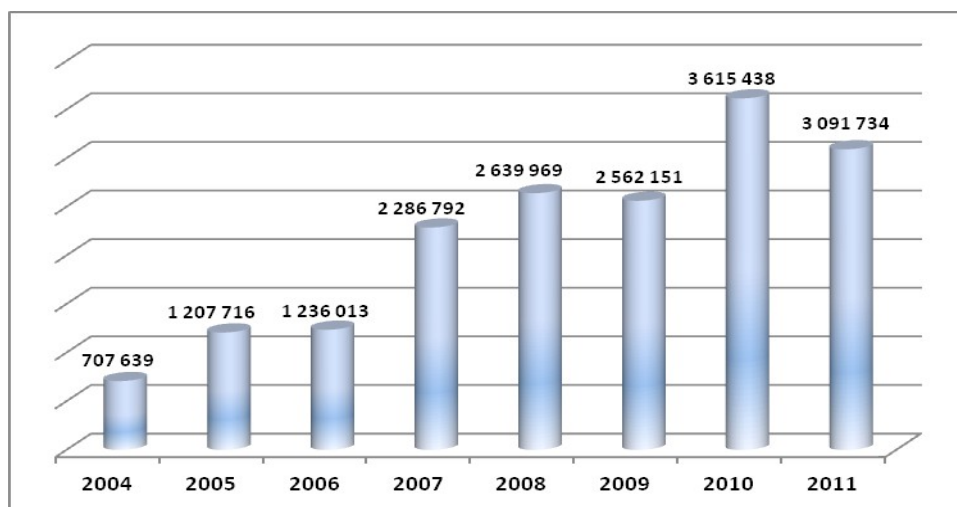
Часть программы по улучшению здоровья и профилактике заболеваний всей деятельности по ДМС в течение всего периода оставалась относительно стабильной, в среднем за период она составила 13,68 % от общей активности в ДМС (рис. 2). Это связано, прежде всего, с большой долей корпоративных (коллективных) договоров, заключенных по программе ДМС - выше 90%.

Рисунок 3. Премияльный пакет по улучшению здоровья и профилактики заболеваний за период 2004 - 2011 г.



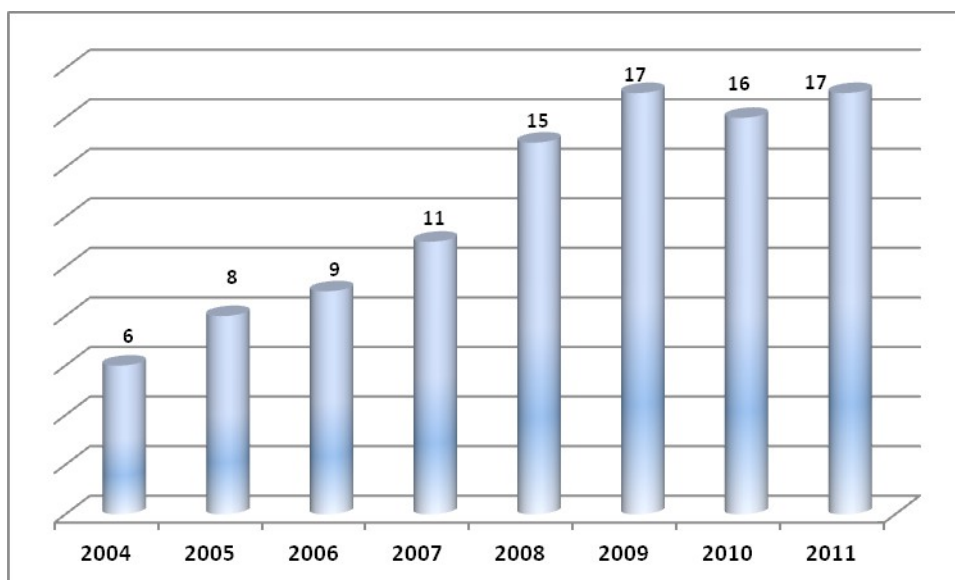
Полученная премиальная прибыль (рис. 3) в пакете улучшения здоровья и профилактики заболеваний за период после общей тенденции роста, что вполне логично с относительно равными долями от общей активности ДМС. Поразительными являются относительно допустимые прямые расходы – выплаченные пособия (рис. 4), которые ни в одном году не превысили премий по программе. Это связано с тем, что в основном этот пакет не является страховым, потому что практически нет риска для покрытия. По этой программе застрахованы определенные группы людей, которые впоследствии используют услуги по контракту, используя налоговые стимулы для добровольного медицинского страхования.

Рисунок 4. Платный пакет льгот по улучшению здоровья и профилактики заболеваний за период 2004 - 2011 г.



Число компаний, которые предлагают и работают по программе улучшения здоровья и профилактики заболеваний за период также увеличилось, но не все получившие лицензии и работающие компании сообщают о своей деятельности (рис. 5).

Рисунок 5. Количество компаний, сообщившие о деятельности по программе улучшения здоровья и профилактики заболеваний за период 2004 - 2011 г.



Выводы.

1. Вырисовывается четкая тенденция непрерывного роста премиального дохода компаний, который за исследуемые девять лет вырос более чем в шесть раз.

2. Доля программы по улучшению здоровья и профилактики заболеваний от всего ДМС в течение всего периода оставалась относительно стабильной, в среднем за период составила 13,68 % от общей активности ДМС.

3. В целом рынок добровольного медицинского страхования формируется как динамично развивающийся рынок медицинских услуг. Он растет ежегодно стабильно, о чем говорит ежегодный прирост общего дохода страны. Это явное свидетельство того, что есть ниша на рынке медицинских услуг, которая все успешней заполняется компаниями по добровольному медицинскому страхованию.

На фоне общих расходов на здравоохранение в Болгарии, рынок добровольного медицинского страхования является символическим. Применительно к бюджету Национальной кассы медицинского страхования его уровень составляет всего 1%. Это связано с низким уровнем дохода болгарских семей и с тем фактом, что застрахованные лица не знают, что они получают по обязательному страхованию и то, что они смогут получить дополнительно в дальнейшем, а также отсутствие налоговых стимулов для работодателей и застрахованных. Процент населения, который может позволить себе добровольное медицинское страхование, еще слишком мал.

Современная миссия ДМС заключается в том, чтобы сделать значительный вклад в улучшение показателей здоровья нации и уровня безопасности в области здравоохранения. Перед компаниями добровольного медицинского страхования всегда стоит и забота о положительном

воздействии, и повышении санитарной культуры застрахованных лиц. Добровольное медицинское страхование направлено и на то, чтобы деятельность здравоохранения касалась и здоровых людей. Укрепление здоровья как комплексная профилактическая стратегия связана не только с лечением, но и с предпочтениями позитивного здоровья и возможности его сохранения.

Литература

1. Воденичаров, Ц. Тенденции в съвременните здравно-осигурителни системи. - В: Ново обществово здравеопазване, С., Акваграфикс, 1998, 260-263.
2. Воденичаров, Ц., В. Борисов. Доброволното здравно осигуряване - стратегия на избора. С., 1999, 150 с.
3. Гладилов, С. Финансиране на здравеопазването в условията на присъединяване на България към Обединена Европа - Здравен мениджмънт 2006, № 6, 13-15
4. Гладилов С. Икономическият начин на мислене в българското здравеопазване. - Здравен мениджмънт 2005, № 3, 3-4
5. Закон за здравното осигуряване
6. Закон за лечебните заведения
7. Златанова-Великова Р., Т. Златанова, Парадоксите в българското здравеопазване – задължителните профилактични прегледи на лица над 18 години, Обща медицина, С. , бр.2, 2010, с. 27-32
8. Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, обн. ДВ. Последно изм. бр. 100 от 15.12.2012 г., в сила от 1.01.2013 г.
9. Петков, В. Перспективи на доброволното здравно осигуряване, 2007.

10. Петков, В. Политика на доброволното здравно осигуряване в Европейския съюз. - *Здравен мениджмънт*, 2001, 1, 26-28.
11. Попов Н., Златанова Т., Златанова-Великова Р., Петков В., История дополнительного медицинского страхования в республике Болгарии после перемен, Материалы III Съезда конфедерации историков медицины, Москва 20-22 мая 2009, том1, 623 с.
12. Petkov V., T. Zlatanova, N. Popov, M. Georgiev, Patient's opinion of outpatient care in voluntary health insurance, Public Health and health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration, Papazissis Publishers, Athens, 2010, p. 1299-1305
13. Thomson S., E. Mossialos (2007) 'EU law and regulation of private health insurance', Health Economics, Policy and Law 2(2)117-124.
14. Thomson S., E. Mossialos (2007) 'Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy', Journal of European Integration 29(1): 89-107.