

## АКТУАЛНИ ОСОБЕНОСТИ НА ДОПЪЛНИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ ИЛИ ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ

доктор Галина Райкова Стоянова  
Бургаски свободен университет

### ACTUAL FEATURES OF THE ADDITIONAL HEALTH INSURANCE OR HEALTH INSURANCE

Dr Galina Raikova Stoyanova  
Burgas Free University

**Анотация:** Днес допълнителното здравно осигуряване в България е бизнес, който посреща една болезнена и остра нужда на хората за адекватни медицински грижи. То не освобождава гражданите от плащане на задължителната вноска, която се начислява и удържа от месечните трудови доходи в полза на здравната каса у нас. Мотивацията на потребителите му е свързана с желанието да имат свободен достъп до най-предпочитаните лекари, да си спестят опашките в поликлиниките, да не зависят от лекарските направления, а и да си намалят разходите за лекарства в някои случаи. Тази достъпна възможност насърчава използването на медицинска помощ. Допълнителното здравно осигуряване у нас и втори стълб на здравноосигурителната ни система, е поверено на здравното застраховане. Здравните застраховки са сигурен, гъвкав и все по-предпочитан начин за подсигуряване на хората при бъдещи неприятни здравословни ситуации. Те осигуряват финансово обезпечение при извършването на здравни услуги, които не са обект на задължителното здравно осигуряване.

**Ключови думи:** здраве, здравно застраховане, здравни пакети, застрахователни здравни рискове.

**Abstract:** Today, supplementary health insurance in Bulgaria is a business that meets a painful and acute need for adequate medical care. It does not exempt citizens from payment of the compulsory contribution, which is charged and deducted from the monthly labor income in favor of the health fund in Bulgaria. Its users` motivation is related to the desire to have free access to the most preferred doctors, to save queues in outpatient clinics, not to depend on medical directions, and to reduce the cost of medicines in some cases. This affordable opportunity encourages the use of medical care. The supplementary health insurance in Bulgaria and second pillar of our health insurance system is entrusted to health insurance. Health insurance is a safe, flexible and increasingly preferred way of securing people in future unpleasant health situations. They provide financial security for the provision of health services that are not subject to compulsory health insurance.

**Key words:** health, health insurance, health packages, health insurance risks.



Новите дигитални възможности и промените в потребителското поведение, налагат бърз избор и гъвкави управленски решения за правилен подбор на начините на комуникация и взаимодействие. Специалното внимание върху този проблем, е от изключителна важност, защото освен за регистриране на актуализации в нуждите на клиентите по видове застраховане, той пряко засяга изграждането и поддържането на клиентското доверие към техния партньор – застрахователното дружество. Потребителското изживяване е крайната цел на всяка дигитална трансформация и проактивната иновация е един от най-добрите начини за повишаване на конкурентноспособността на застрахователната компания на застрахователния пазар.

**Предмет** на научният материал са особеностите на допълнителното доброволно здравно осигуряване у нас и изследване на възможностите им чрез актуалното им проявление. **Обект на разработката** е един от видовете застраховане за физически и юридически лица, а именно здравното застраховане. **Цел** на автора е да се обособят и изследват същностните характеристики на здравното застраховане в България и представят предизвикателствата пред него, свързани с ускорената дигитализация на застраховането.

**Задачата**, която си поставя автора е да разкрие актуалното значение на здравното застраховане за гражданите, като втори стълб на здравноосигурителната ни система и предизвикателствата пред превръщането му в достъпно и удобно за потребителите лично, семейно и фирмено „решение“, в резултат на ускорената трансформация в застраховането. Важността на резултатите от изследването е допълнително завишена в настоящия момент, отчитайки влиянието на разпространението на COVID – 19, наложил спешни промени в организацията на работата на застрахователните компании.

**Основното твърдение на автора** е, че *дигиталната трансформация е необходимост и една от важните актуални особености на здравното застраховане*. Тя цели да направи здравните застраховки достъпни и по-удобни за техните потребители. Обосновката на автора е двустранно насочена от една страна, определяне на трима основни участника в дигиталната трансформация в здравното застраховане, а именно: застрахователни дружества, предлагащи застрахователна защита, потребителите на застрахователна здравна защита и медицинските заведения и всички доставчици на здравни услуги и стоки и от друга страна, оптимизация на възможностите на триединната взаимовръзка между тях.

Необходимостта от намаляването на финансовия риск и несигурността на хората от настъпване на непредвидени ситуации, са основните причини за възникването на първите форми на здравно осигуряване в Европа. Тези събития с неблагоприятен характер, водят до загуба на доходи, трудоспособност на хората и живот. Първият закон за задължителното здравно осигуряване се приема през 1883 г. в Германия. Авторът на идеята за задължително социално здравно осигуряване е канцлерът Ото фон Бисмарк.

В България първият здравноосигурителен закон „Закон за работническите осигуровки относно рисковете болест и злополука“ е приет през 1918 г.. През 1924 г. Народното събрание гласува „Закон за обществените осигуровки“, който въвежда задължително осигуряване на всички работници и служители в държавни и частни предприятия и организации за рисковете – злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Осигуряването срещу безработица се въвежда със закон през 1925 г.. След 1950 г. у нас се въвежда държавна здравна система, финансирана от общи данъчни приходи. Съвременната ни система за задължително здравно осигуряване се регламентира от 01.01.1999 г., с влизането в сила на Закона за здравно осигуряване [2].

Здравната реформа у нас започнала през 2000г, се развива циклично и стихийно. Редица медико-социологически проучвания показват разочарование в обществото от функционирането на задължителното здравно осигуряване и неговите институции. Започналото по това време развитие доброволно здравно осигуряване, търпи различни форми на интервенция, намеса от страна на държавата или други институции върху процесите на търсене, предлагане и определяне на цените на отделните здравни продукти.

През последните години нормативната уредба на страните от ЕС се превръща във все по-важен аспект от обществената политика спрямо доброволното здравно осигуряване. Директивите на Европейската комисия са насочени към единния пазар за животозастраховане и общо застраховане в ЕС. На 07.08.2012 г. Народното събрание прие промени в Закона за здравното осигуряване, които задължават съществуващите здравноосигурителни дружества да приведат дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането. Тези промени засегнаха 19 здравноосигурителни дружества, които подадоха молба до Комисията за финансов надзор за издаване на лиценз за извършване на застрахователна дейност по здравно застраховане.

Историческото развитие на здравното осигуряване у нас – задължително и доброволно, е подчинено на активното търсене на най-доброто за защита на човешкото здраве и удовлетворяване на изискванията на българските граждани за получаване на пълноценна медицинска помощ при нужда.

Според Конституцията на Световната здравна организация „здравето е състояние на пълно физическо, психично и социално благополучие, а не само отсъствие на болести и физически недъзи“.[3] В този смисъл, здравното застраховане може да се разглежда, като възможност за решаване проблемите на гражданите, свързани със здравословното им състояние и трудоспособност. То дава възможност за подобряване на общото здравословно състояние на нацията.

Задължително плащаме за здраве по силата на българското законодателство. Посещението при семейният лекар и получаването на направление за преглед, както и престой в болница, се покриват от Националната здравно-осигурителна каса чрез задължителните здравни осигуровки. Част от тях се заплащат от работника, а друга част, по силата на трудов договор се заплащат от работодателя.

Доброволно плащаме за здраве, ако по свое желание сключим здравна застраховка. Преди последните законови промени този вариант на здравно осигуряване се наричаше „Доброволно здравно осигуряване“, а понастоящем услугата е наречена „Здравна застраховка“.

Днес, доброволното здравното осигуряване в България е поверено на застрахователните дружества и при спазване на принципите за доброволно здравно осигуряване представени на фигура № 1. Правилното му провеждане налага всички застрахователни дружества, които предлагат здравно застраховане, задължително да лицензират застрахователни здравни продукти, обособени в три основни вида – индивидуални, семейни или групови (корпоративни). Допълнителната здравна застраховка надгражда пакета от дейности, който се покрива и предоставя от НЗОК.

Застраховат се здрави лица. Хората с трайни увреждания също могат да кандидатстват за здравно застраховане и евентуално да бъдат одобрени при специални условия на застрахователното дружество, като в най-честия случай това се изразява в завишена застрахователна вноска (премия).



Фиг. 1 - Принципи на доброволното здравно осигуряване

Общите застрахователни условия са задължително условие за сключването на здравна застраховка. В тях са описани обектите на застраховане, възрастови ограничения, покрити застрахователни рискове, изключени застрахователни рискове, съдържание и лимити на отговорност на застрахователя на застрахователните пакети, права и задължения на застрахователя и на застраховащия, изисквания при настъпване на застрахователни събития, териториална валидност, давност, данъчно третиране на застрахователната премия по застраховката и други. *Основният информационен документ (ОИД) и преддоговорна информация за здравната застраховка*, са задължителни документи, които застрахователя трябва да предостави на кандидата за здравно застраховане преди сключване на застраховката.

Кандидатите за застраховане по свое желание могат да включат покритие за здравни пакети „Болнична помощ“, „Извънболнична помощ“, „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване“ (Профилактика), „Услуги, свързани с битови и други дълъпнителни условия“, „Възстановяване на разходи“, „Дентална помощ“, като всеки от посочените пакети може да бъде от вида „основен“, „пълнен“ и „люксовен“. Последното подразделяне на здравните пакети, е според съдържанието на застрахова-

телното покритие в пакета, определените лимити за услугите, които да се избират и съответно тяхната стойност.

Съществена особеност при сключване на здравна застраховка е *възрастта на застрахованите лица*, като вътпнителната възраст на застрахованите лица зависи от вида застраховка. Важна особеност е *сроът на застраховката*. Той може да бъде от една до пет години или безсрочен, като при изтичане на застраховката застрахования не трябва да бъде по-възрастен от пределната възраст посочена в общите условия на застраховката. Обвързването в здравната застраховка на възрастта на застрахованите и срока на застрахователно покритие, актуално извежда на преден план елементи от вътрешната рискова статистика на конкретното застрахователно дружество и дава една от посоките за анализ на застрахователните рискове, които може то да поеме.

Здравната застраховка се сключва въз основа на попълнена *здравна декларация* за здравословното състояние на кандидата за застраховане или въз основа на констатация направена от доверен лекар на застрахователното дружество. Тази важна особеност за наличие на вярно попълнена здравна декларация, диктува често и решението на застрахователя дали един потенциален клиент може да стане клиент на компанията или не може по обосновани причини да бъде такъв. Преглед от доверен лекар е задължителен, когато се сключват застраховки за големи застрахователни суми над предварително определен размер. При хронични и професионални заболявания също се изисква заключение на доверен лекар. Избягването на риска от получаване на подвеждаща предоговорна информация, свързана най-често с риска заболяване, определя смисъла на отлагането във времето на началото на застрахователна отговорност за тях. Между момента на сключване на застраховката и момента, в който влиза в сила отговорността на застрахователното дружество се оставя т.н. карантинен (отлагателен) срок. Големината на карантинния срок се уточнява в общите условия на конкретната застраховка. За последниците, свързани с риска злополука, отговорността на застрахователното дружество започва след сключването на застрахователния договор.

Застрахователните плащания от страна на застрахователното дружество се извършват съгласно общите застрахователни условия по конкретния вид застраховка и при наличие на задължителна документална обоснованост: платени медицински прегледи, изследвания и манипулации – при плащане на разходи за медицински прегледи и изследвания; фактури за закупени лекарства и касови бележки от аптеките, заедно със съпътстващите ги оригинални документи (болнични листове, рецепти) – при изплащане на разходи за медикаменти; болничен лист и епикриза – при изплащане на дневни пари за болничен престой.

Цената на здравната застраховка е различна в зависимост от избора на кандидата за застраховане на застрахователно дружество; вид застраховка: семейна, индивидуална, групова; каква застрахователна защита желае да има – основно покритие, пълно покритие с допълнителни здравни пакети, максимално покритие с всички здравни покрития и при максимално високи лимити на отговорност на застрахователя; има ли франшиза (самоучастие) в покритието на застрахователно събднато събитие; брой застраховани лица и други. В годишен план, застрахователните премии по доброволно здравно застраховане, осигуряват годишно данъчно облекчение, съгласно ЗОДФЛ за физическите лица и ЗКПО за юридическите лица.

Международните здравни застраховки, съпътстват застрахованите независимо къде пътуват или отиват да живеят. Годишният лимит на покритие при тях е с голям размер, като в най-обемното здравно покритие са включени, освен рисковете болничен престой и лечение на заболявания, още лечение на онкологични заболявания и



на ментални заболявания без годишен лимит. Здравните планове могат да бъдат надградени с международно извънболнично лечение (за възстановяване на разходи за предписани медикаменти и превързочни материали), международен медицински транспорт, международно здравно проактивно мониториране на благосъстоянието чрез скринингови прегледи и изследвания във връзка с често срещани и социално значими заболявания, международно офталмологично и дентално лечение.

В България здравно застраховане се предлага от общозастрахователни (ОЗ) и животозастрахователни (ЖЗ) дружества. Срещу сключена застрахователна полица и платена застрахователна премия, застрахователя се задължава да поеме застрахователни рискове, възстановява разходи или изплаща суми за: болнично и извънболнично лечение; профилактика, диагностика и лечение на заболявания; осигуряване на болничен престой в случай на необходимост, рехабилитация и физиотерапия; оперативни намеси; здравни услуги за бременни жени; медикаменти; дентално лечение и други.

Интересен разрез за застрахователен анализ според автора, е брутния премиен приход на застрахователния ни пазар по здравно застраховане или от застраховки срещу злополука и от застраховки при заболяване за един и същи месец за пет годишен период. В таблица № 1, по данни на КФН [4] и собствени изчисления, е представен изследван един и същи месец януари, избран, поради желанието на автора за включване на възможно най-актуална информация и готовност за изнасяне на официална такава от КФН за месец януари от настоящата година.

**Таблица 1**  
**Застрахователен премиен приход и обезщетения**  
**за злополуки и заболявания / в млн.лева./**

Показатели в млн.лв. /към 31.01. ...	31.01.20 16г.	31.01.20 17г.	31.01.20 18г.	31.01.20 19г.	31.01.20 20г.
<b>Премиен приход ОЗ от з-не срещу злополука</b>	2,3	5,2	5,9	5,8	6,5
<b>Премиен приход ОЗ от з-не срещу заболяване</b>	7,1	1,4	10,5	22,8	19,7
<b>Премиен приход ЖЗ от з-не срещу злополука</b>	2,9	1,9	2,01	2,04	1,95
<b>Премиен приход ЖЗ от З-не срещу заболяване</b>	3,6	5,9	4,6	12,5	0,9
<b>Обезщетения ОЗ за злополуки</b>	0,7	0,8	1,0	1,1	0,1
<b>Обезщетения ОЗ за заболявания</b>	2,3	4,1	4,6	5,7	6,7
<b>Обезщетения ЖЗ за злополуки</b>	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4
<b>Обезщетения ЖЗ за заболявания</b>	0,9	1,2	1,5	1,9	18,6

ОЗ – общо застраховане / премиен приход от общозастрахователни дружества /

ЖЗ – животозастраховане /премиен приход от дружества, които предлагат живото-застраховане/

Премийният приход от здравни застраховки срещу заболявания показва тенденция на нарастване в януари 2020г. спрямо януари 2016г., като превеса на общозастрахователните дружества в общата сума е видим от Таблица №1. Една от причините за този факт е по-големия брой на ОЗ дружества през януари 2020г. – 24 броя, отколкото е броя на ЖЗ дружества, съответно 10 броя. Така е било и през месец януари 2016 г., работили са 29 броя ОЗ дружества и 15 броя ЖЗ, съответно по данни на КФН.

[ 4 ] Застрахователните плащания при ЖЗ дружества за заболявания през януари 2020 г. е 18,6 млн.лв. или повече от 20 пъти по-висока сума от изплатената през същия месец на 2016 г.. При премиен приход от почти 1 млн.лв. за януари 2020г. и застрахователни обезщетения от 18,6 млн.лв., тази разлика е добър пример за утвърждаване на значението на заделените по закон задължителни и целево използвани застрахователно-технически резерви в застрахователните дружества.

По данни на КФН [4] към 31.12.2019г и собствени изчисления, brutният премиен приход на 24-те ОЗ дружества от застраховане срещу злополука е 39,8млн.лв. (за 2018г. е бил 36,2 млн.лв. , 2017г е 34,4 млн.лв. ) и от застраховане срещу заболяване е 65,7 млн.лв. (2018г. е 53, 0 млн.лв., 2017г. е 51,7 млн.лв.), действащите застрахователни договори за злополуки са 608 824 броя (2018г. са 435 596 броя) и за заболявания 30 924 броя договори (2018г. са 23 530 броя), като застрахованите обекти за злополуки са 54 14 739 ( 2018г. са 4 782 162 броя) и за заболявания 608 976 броя (2018г. са 604 530 броя). Нарастването в броя на застрахованите лица, показва нарасналият и удовлетворен застрахователен интерес към здравното застраховане. Най-голям принос за застрахованите лица при злополуки със 173 228 броя повече за една година и при заболявания с 63 577 броя повече за една година, имат „Дженерали застраховане“ АД акумулирало brutен премиен приход 8,0 млн.лв. при застраховането срещу злополука и „ОЗОФ Доверие“ ЗАД с премиен приход при застраховане срещу заболяване от 16,0 млн.лв. лева. Застрахователните обезщетения за застрахователни събития злополуки са 14,7 млн.лв. (2018 г. са 10,1 млн.лв., 2017г. са 10,2млн.лв. лева), а за настъпили заболявания 80,8 млн.лв. (2018г. са 35,4 млн.лв., 2017г са 30,2 млн.лв.). През 2019г. на застрахования ни пазар са работили 11 ЖЗ дружества, които са събрали brutни премиини вноски за застраховане при злополука 109,2 млн.лв. и срещу заболяване 18,3 млн.лв., а са изплатени обезщетения за сбъднати злополуки 2,6 млн.лв. и за заболявания 39,3 млн.лв.. На първо място по застрахователен премиен приход за застраховане срещу злополуки е „ДЗИ ЖЗ“ ЕАД приблизително 8 млн.лева и срещу заболяване ЗАД „Булстрад Живот Виена Иншуранс Груп“ приблизително 77 млн.лева. Застрахователните плащания на ЖЗ дружества за годината за заболявания са 39,3 млн.лв., а за злополуки 2,6 млн.лв.. По показателят изплатени застрахователни суми, първото място е на ЗАД „Булстрад Живот Виена Иншуранс Груп“ изплатило 22,9 млн.лв. за настъпили заболявания и на „ЗК Уника Живот“ АД за 1,1 млн.лв. за настъпили злополуки.

По данни на Националния център обществено здраве и анализи [9], значими тенденции могат да направят и обосновки на важни управленски решения. В условията на тенденция за намаляване на населението на страната (към 31.12.2018г. е 7000039 души, съответно към 31.12.2017 г. е 7050034 души) и увеличаващ се отрицателен естествен прираст: оперираните болни, напуснали стационарите на лечебни заведения през 2018г. общо 626527 човека, като разпределението по видове лечебни заведения за провеждането им е: в МБАЛ 299820, в СБАЛ 35323, в частни заведения за бол-



нична помощ 247847, в други лечебни заведения за болнична помощ 31895, в комплексно онкологични центрове 11647 души. Хоспитализираните случаи през 2018 г. общо в България са 2401759, което е 34188,6 на 100000 човека, трайно намалено работоспособни на възраст до 16 години са 3919 човека (3,7 човека на 1000 човека население) и над 16 години 53061 човека (8,9 човека на 1000 човека население). Леглата в лечебните заведения за болнична помощ към 31.12.2018г. са 50927 или 72,8 на 10000 население.

През 2017. хоспитализираните общо са 2 331 264 души (32 946,3 на 100000 души), постъпилите в лечебни заведения общо са 2140602 човека, от тях: 1 200 006 в МБАЛ, 259 801 в СБАЛ, 8 555 в психиатрични болници, 672 240 в частни болници, 57 782 в онкологични центрове, 2099 в центрове за кожно-венерически болести, 15441 в центрове за психично здраве и 2157314 души са преминали. Оперирани са през 2017г общо 610696 човека, съответно: 295 848 в МБАЛ, 33 511 в СБАЛ, 238 936 в частни здравни заведения за болнична помощ, 30 900 в други лечебни заведения за болнична помощ, 11 501 в Комплексни онкологични центрове. В България един на всеки седем българина е здравно неосигурен, последните оценки на Министерството на финансите сочат, че към 2017г 719 000 души /10,2% от населението/ са здравно неосигурени.

Високата задлъжнялост на публичните болници и последиците от това, дисбаланс във финансирането на различните клинични пътеки, неравномерно разпределение на лечебните заведения, медицински специалисти и услуги в цялата страна, са част от влияещи фактори за решението на хората да си сключат здравна застраховка. Недостатък на здравната ни система е, че нарастват публичните средства за здравеопазване, без да се постигат желаните медицински резултати и удовлетвореност на пациентите от ефекта на лечението. Според проучване на „Алфа Рисърч“, България е лидер по хоспитализации в ЕС, същевременно 75% от българите не са доволни от качеството на здравеопазването и от достъпа до него. [8] Бюджетът на НЗОК за 2019г. е с 24% по-голям от 2017г., като дял от БВП през 2017г. На болничната помощ се падат 34% от разходите за здравеопазване. В абсолютно изражение е 34 евро на човек за здравна профилактика в сравнение със средните стойности за ЕС от 89 евро, което се равнява на 2,6 % от разходите за здравеопазване. Достъпните дългосрочни грижи на приемлива цена ще се превърнат в ключово предизвикателство, защото българското население много бързо застарява. Осигуреността с болнични легла в България 7,5 на 1000 души население през 2017г. е по-висока от средната за ЕС и е на второ място след Германия. Средна продължителност на престоя е намаляла наполовина през 2000-2017г. и достига 5,3 дни, т.е. под средната за ЕС от 7,9дни. Броят посещения в извънболнична помощ през 2017г. е относително малък – средно 6,1 посещения на човек за година спрямо 7,2 в ЕС. Директните плащания от пациенти са 46,6%, което е най-високия дял в ЕС. Основните фактори да плащат от джоба си услуги, консумативи и лекарства, са недостатъчния обхват от дейности от НЗОК (вкл.повече дентални услуги и дългосрочни грижи), както и доплащане редица услуги и лекарствени продукти, които се отпускат с лекарско предписание. На доброволното здравно осигуряване се падат едва 0,5 % от текущите разходи за здравеопазване през 2017г. посочват от ЕК. [8]

Териториалните различия в достъпа до здравни грижи в периода 2010г. -2017г. разнопосочно мотивира кандидатите за здравно застраховане. С най-високо равнище на достъп до здравни грижи са хората в Югозападния район 95,5 % за 2017г. при среден процент за България 91,1 %. Най-сериозен спад е регистриран в Южен централен

район през 2017г. 86,4 % при 94,2 % през 2010г. и 94,3 % през 2013г., следван от Северен централен район 74,7% през 2017г. [ 1 ]

В национален мащаб, днес застрахователните дружества са фокусирани върху дигитализиране на процеса за продажби на здравни застраховки и възможностите за самообслужване на застрахованите. Човешкият фактор е в центъра на вниманието и неговото ново усещане за оптимизираните огромен брой процеси, данни, решения, хора, технологии и други. Проактивното представяне на предимствата на здравната застраховка и чрез дигиталната трансформация, определя информирания избор на застраховащите, а именно:

- Избор на застрахователно здравно покритие и обслужване в стотици на брой лечебни заведения на територията на цялата страна и с възможност за избор на абонаментен принцип;
- Медицински координатори във всички лечебни заведения, както и собствени лекари-координатори във всеки един регион на страната;
- 24-часова връзка с медицинските координатори чрез Call Center на застрахователното дружество, включително в почивни и празнични дни;
- Възможност за възстановяване на разходите, направени в медицинско заведение извън мрежата на застрахователното дружество;
- Мобилно приложение, показващо локацията на лечебни заведения в определен кръг от километри от местоположението на застрахованото лице;
- „Дигитална здравна карта“ в мобилния телефон, чрез която всички застраховани имат възможност да ползват здравната услуга без да се нуждаят от своята пластика;
- Удобство за застрахованите лица са: On-line (електронни) индивидуални акаунти; достъп до заявка за час за преглед при лекар специалист On-line, през потребителския уеб портал; On-line завеждане на претенция (щета) за възстановяване на разходи за медицински стоки и услуги; проверка на статуса на вече заведена застрахователна претенция; персонална здравна карта; получаване на информация чрез e-mail или SMS-известие за излязло решение по претенция, както и при изплащане на обезщетение по заявена претенция;
- Други.

Банковият сектор изпреварва застраховането и в това число здравното застраховане, относно реализирането на проектите по дигитализация на основни процеси и дейности. УниКредит Булбанк е най-добрата дигитална банка в България за 2019г в годишната класация на международното финансово списание Global Finance, а класациите му се считат за стандарт за отлични постижения в световната финансова общност. [7]

В здравното застраховане началото е поставено преди няколко години, според проучването на автора. Информационната система „Здравно застраховане“, разработена от „АКТА“, ООД [10] за партньори, като ДЗИ, FiHealth Insurance, „ОЗОФ Доверие“ ЗАД и други, предоставя богата функционалност за пълноценно обслужване на специфичните информационни потоци, свързани със здравното застраховане – покритие на полиците, условия за плащане на застрахователните премии, специфична медицинска информация и управление на паричните потоци. На ниво конфигурация се дефинират покритиите от застрахователни рискове и съответните видове здравни застрахователни продукти. Данните за застрахователните договори се съхраняват в специализирани информационни регистри за водене на индивидуални партиди на застрахованите лица. Разработени са автоматизирани интерфейси с работодателите за



групова обработка на списъци със застраховани лица и разпределяне на получените застрахователни премии по индивидуалните партии. Поддържат се данни за застрахователни посредници към сключените застрахователни договори с възможност за последващо изчисляване и на комисионни възнаграждения и хонорари.

Информационната система включва специализиран програмен модул за регистрация на обажданията на застраховани лица със съответните оплаквания. Предвидени са технологии за въвеждане и обработка на постъпилите претенции за плащане с информация за придружаващите медицински документи. Разработени са автоматизирани интерфейси за приемане на спецификации от медицинските заведения.

При одобряване на плащанията, системата контролира условията на застрахователния договор, остатъчните лимити за всяка индивидуална партия, генериране на платежни документи към обслужващата банка при одобрени плащания. Разработен е програмен модул за организация и съхранение на данните от профилактични прегледи.

Специализираният WEB-сайт предоставя възможност застрахователните дружества да предлагат през интернет допълнителни услуги на своите контрагенти – застраховани лица, лечебни заведения, координатори и застраховащи работодатели по групови договори. През сайта лечебните заведения могат директно да въвеждат данни за предоставените услуги и лекарства. При това се извършва своевременен контрол за остатъчните лимити на застрахованите лица и договорените със застрахователната компания услуги и цени.

Специално за клиентите със здрава застраховка „Здравна грижа“ на ЗАД „Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп“ е разработено мобилното приложение V-Assist, което е за устройства с Android и iOS операционна система и може да се изтегли от Google Play или App Store. Приложението има виртуална здрава карта, позволява подаване на заявка за възстановяване на разходи без обаждане по телефона или посещение на офис на дружеството и попълване документ на хартия, достъп до записване на час за преглед и карта с адресите на всички медицински заведения от партньорската мрежа на дружеството в цялата страна и други.

Уника България създаде приложение за изцяло онлайн лекарски консултации. Приложението MedUNIQA [6] позволява на потребителите да получат медицински съвет за своето здраве, без да е необходимо да посещават лекарски кабинет. Консултации могат да се получат от специалисти в девет направления – дерматология, гастроентерология, гинекология, ортопедия, ендокринология, педиатрия, урология, вътрешни болести, очни болести. Потребителят потърсил медицински съвет ще има възможност да попълни здравен въпросник, в който да запознае медицинското лице със своето здравословно състояние и симптоматиката, която го тревожи. В рамките на 6 часа в работен ден или 12 часа извън работен ден ще получи лекарска препоръка как да се справи с неразположението си.

Проектът за дигитализация на застрахователните услуги между „Дженерали застраховане“ АД и „Софтуер груп“ е цялостно ефективно решение за комплексните нужди на клиента. Амбициозният проект представлява онлайн портал, който ще подобри процеса по издаване на полици и тяхното подновяване, както и управление на застрахователното портфолио на вече съществуващи клиенти, осъществено от единен портал за служители и посредници на застрахователното дружество. Потребителите сами ще могат да сключват и управляват своите застраховки, да регистрират и следят статусите на своите щети. Мобилното приложение на Generali за iPhone и Android е за застраховани лица и партньори в „движение“, като спестява време и средства, има висока сигурност, предоставя навигация до офисите на дружеството и

медицинските центрове, може да се избере директно от приложението телефонен номер на офис или медицински център и други.

Основните проблеми, които дигиталната трансформация в здравното застраховане трябва да реши и предостави, като ползи за обществото, както и важни направления, които да се подхождат с приоритет за интензивна реализация, автора намира в няколко точки:

- 1/ Застрахователният сектор и в частност здравното застраховане, е консервативен и тежко регулиран. Най-голямото предизвикателство е опростяването на процесите чрез технологиите. Сред тях са и мобилните приложения.
- 2/ Застрахователите очакват не просто стабилна компания, която ще изплаща застрахователни обезщетения навреме. Те изискват комплексно обслужване, което да е бързо, лесно и ефективно, което означава дигитално, доколкото е възможно.
- 3/ Глобалното застраховане започва все по-силно да зависи от технологичните иновации, защото застрахователите разполагат с огромно количество информация, а в днешните условия тя е задължително условия за успешен бизнес. През последните години има сериозно развитие в използването на данни от телематични устройства, например смарт гривни и часовници за следене на здравни показатели. Това ще помогне за създаване на персонални рискови профили и още по-обосновано определяне на цената на застраховката.
- 4/ Кадрите са благотворната почва за дългосрочно развитие на всеки проект. Експертите по здравно застраховане, партньорски ще бъдат подпомогнати от магистри от специалност „Дигитална трансформация на застрахователния бизнес“, каквито вече в България се създават.
- 5/ През октомври 2019 г. в Женева се състоя работна среща на Консултативната група по здравеопазване на дигиталните здравни системи, включваща експерти от Световната здравна организация. Тази среща приключи с приемането на *пътна карта* за бързото, безопасно и безпроблемно въвеждане на дигитализацията в сектора. На същият форум, директора на Отдела за дигитално здраве и иновации на СЗО Бернардо Мариано, директор на Отдела за дигитално здраве и иновации на СЗО подчертава, че *„Дигиталните технологии могат да играят мощна роля за подобряване на здравето на хората по целия свят.“* [5] Това означава всички да участват, за да може дигиталното здраве да помогне на медицинските специалисти да се борят със старите, настоящи и новопоявили се заболявания.

Функционирането здравното застраховане у нас е свързано с редица трудности, като: нелоялната конкуренция между застрахователните дружества; негативно влияещата проблематика на задължителното здравно осигуряване; много високи обществени очаквания от здравното застраховане, което да надгради задължителното здравно осигуряване, в съчетание с недоверие към доброволното здравно осигуряване осъществявано от застрахователни дружества; променливата икономическа ситуация в страната; появата и разпространението на COVID – 19 и настъпилата неочаквана криза; юридически и данъчни проблеми ; монополно положение на НЗОК и други.

Днес живеем в изключително динамичен свят, където всичко се променя в рамките на дни и дори часове. В този смисъл, дигиталната трансформация е интеграция на нови технологии в отделните теми на застрахователния бизнес и води до фундаментална промяна на начина, по който застрахователното дружество работи. Това изисква уважение към всичко позитивно създадено до момента и гъвкаво – адаптивно



оптимизиране на застрахователната работа , като в някои случаи се налага спешно да се анулират стари процеси и дейности и на тяхно място да се създадат нови.

### Литература:

- [1]. Салчев, П. Регионални различия в достъпа до здравни грижи, Българско списание за обществено здраве, Официално издание на национален център за обществено здраве и анализи, том 11, кн 2, 2019 г.
- [2]. Закона за здравно осигуряване. (обн. ДВ, бр. 70, 1998 г. )
- [3]. <https://bg.wikipedia.org>
- [4]. <https://www.fsc.bg/bg/pazari/>
- [5]. <https://www.Zdrave.net>
- [6]. <https://www.uniqa.bg/meduniqa>
- [7]. <https://standartnews.com/biznes/unikredit-bulbank-e-nay-dobrata-digitalna-banka-399585.html>
- [8]. <https://www.pariteni.bg/novini>
- [9]. <https://www.ncpha.government.bg>
- [10]. <https://www.actabg.net>