

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
КОМИСИЯ ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР

РЕШЕНИЕ № 307 - ЗОД

от 30 март 2009 г.

Със заявление вх. № РГ-09-03-2 от 16.01.2009 г., допълнено с писмо от 13.03.2009 г., подписани с Универсален електронен подпис (УЕП), по описа на КФН, подписано от Николай Мишкалов, в качеството му на търговски пълномощник на ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНО ДРУЖЕСТВО "БУЛСТРАД ЗДРАВЕ" АД със седалище и адрес на управление гр. София, ул. „Света София” № 6, ЕИК 131054292, адрес за кореспонденция гр. София, ул. „Алабин” № 56, е поискано да бъде разрешено на здравноосигурителното дружество да предлага и извършва дейност по нов здравноосигурителен пакет, именуван „Дентална помощ”.

Извършената проверка на представените към заявлението документи, установи, че за ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНО ДРУЖЕСТВО "БУЛСТРАД ЗДРАВЕ" АД е налице основание за отказ за издаване на разрешение за предлагане на новия здравноосигурителен пакет „Дентална помощ” предвидено в Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). По-конкретно – налице е основанието за отказ, предвидено в чл. 99д, ал. 4, т. 1 от ЗЗО, а именно тарифите по пакет „Дентална помощ” явно не покриват здравноосигурителния риск по пакета.

Мотивите за това са следните:

I. ОТНОСНО ИЗТОЧНИЦИТЕ НА ДАННИ, НА БАЗА НА КОИТО Е ПОЛУЧЕН И ОБОСНОВАН РАЗМЕРЪТ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

Дружеството изчислява размера на необходимата сума за покритие на риска и обосновава рисковата премията с данни на НЗОК за 2007 г. за броя на лицата, ползвали отделните дентални услуги, покрити от здравната каса и цените на съответните услуги. Рисковата премия за всяка една опция, представляваща очаквания размер на плащанията, е определена като произведение от така наречения от дружеството „процент на ползваемост” (представляващ честотата на ползване на услугите) и цената на съответните услуга по цени на ЗОД „Булстрад Здраве” и на НЗОК.

Дружеството определя честотата на ползваните услуги единствено на база данни на НЗОК като отношение на броя на ползваните през 2007 г. дейности към броя на ЗЗОЛ (7 450 000 бр.). Данните за ползваните здравноосигурителни услуги от ЗЗОЛ при НЗОК не може да се използват като единствен източник на информация, на база на която е определен размера на необходимата сума за покритие на риска, предвид че:

- не съществува пълно съответствие между видовете покрити от НЗОК дентални дейности и предлаганите от ЗОД „Булстрад Здраве” по пакета услуги. Дейностите, за които предоставя информация НЗОК са част от услугите, които се покриват по отделните опции от здравноосигурителния пакет „Дентална помощ”. Например покритието по стандартната и луксозната опция „Изграждане на корони – металокерамични конструкции” и „Клинична орална хигиена” (съгласно Приложение № 2) не е включено в дейностите на НЗОК. Предвид гореизложеното **остава необоснован начина на определяне на стойността на услугите, които не се покриват от НЗОК, но са предлагани от ЗОД „Булстрад Здраве” в част от опциите по пакета.**

- при определяне от дружеството на „процента на ползваемост”, на база на който се изчислява премията, е необходимо да се вземе предвид, че не всички 7 450 000 здравноосигурени лица са ползвали услугите на лечебни заведения и кабинети, които работят с НЗОК. Предвид и факта, че ще си сключат доброволна здравна осигуровка по пакета лица, които очакват да ползват дентални услуги., **съществува вероятност така определеният от дружеството „процент на ползваемост” да не съответства на реалната честота на ползване на услугите по пакета, което води до определяне на по-ниска от необходимата премия, предназначена за покритие на плащанията във връзка с риска.**

Във връзка с гореизложеното с писмо наш изх. № РГ-09-03-2 от 25.02.2009 г., по описа на КФН, е изискано дружеството да представи достатъчно данни, на които се базират прогнозните стойности на квотата на щетите по отделните опции и които да обосноват размера на получената премия. **С оглед представените данни с писмо наш вх. № РГ-09-03-2 от 13.03.2009 г., по описа на КФН, не е обоснован размера на необходимата премия за покритие на риска, въпреки че дружеството разполага със собствени данни за щетимостта, предвид че е предлагало този услуга към пакета „Извънболнична помощ”.**

II. ОТНОСНО НАЧИНА НА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

Във връзка със заявлението № РГ-09-03-2 от 16.01.2009 г. с писмо наш изх. № РГ-09-03-2 от 25.02.2009 г. е изискано дружеството да представи актюерска обосновка, от която да е видно какъв е използвания метод за калкулация на базовата премия, предвид че при стойност на предлаганите дейности по базовата опция за групови договори в размер на 37.45 лв. и рисковата премия съгласно представения технически план от 63%, дружеството е определило размер на брутната базова премия от 99 лв.

В следващата таблица е направено сравнение между определената от дружеството стойност на услугите, които се очаква да се ползват по отделните опции; размера на рисковата премия, определен на база представения технически план и брутната премия за отделните опции, съгласно тарифата; очаквания размер на плащанията, получени на база посочената от дружеството щетимост по видове пакети.

опция	стойност на услугите	рискова премия съгласно ТП	рискова премия на база щетимост	брутната премия	дял на рисковата премия съгласно ТП	очаквана щетимост
1	2	3 = 5 * 6	4 = 5 * 7	5	6	7
Групови договори						
- базова	37,45	62,37	50,18	99	63%	50,69%
- стандартна	104,90	125,27	100,87	199	63%	50,69%
- луксозна	176,58	188,37	236,63	299	63%	79,14
Индивидуални договори						
- базова						
- стандартна						
- луксозна						

Видно от горната таблица очакваният размер на плащанията, въз основа на които дружеството обосновава размера на премията, не съответства на размера на рисковата премия, която по същество представлява също очакван размер на плащанията за едно здравноосигурено лице. Освен това, съществува разминаване между размера на рисковата премия, определена на база представения от дружеството технически план и рисковата премия, определена въз основа на посочената от дружеството щетимост по видове пакети.

Предвид това може да се заключи, че размерът на рисковата премия по отделните видове опции не съответства на очаквания размер на плащанията, поради което не може да се приеме, че предвидените в тарифата премии са обосновани по размер.

Така например, съгласно актюерската обосновка щетимостта по базовата опция е предвидена да бъде 50,69%, което означава, че при брутна премия от 99 лв. дружеството очаква разходите във връзка с риска да бъдат 50,18 лв. ($99 * 50,69\%$). Прогнозната щетимост не съответства нито на калкулираната стойност на предлаганите услуги по базова опция – 37,45 лв., нито на рисковата премия, определена съгласно представения технически план – 62,37 лв. ($99 \text{ лв.} * 63\%$).

Не е ясно как е определена щетимостта по видове опции и какво е разбирането на дружеството по отношение на този показател. Щетимостта представлява отношение на възникналите искове към спечелените премии и показва каква част от brutната премия се изразходва за плащания във връзка с риска. Прогнозната щетимост е необходимо да съответства на заложения в техническия план дял на рисковата премия. В представената актюерска обосновка щетимостта е определена спрямо „предложената нетна цена”, като не става ясно какъв смисъл е вложен в това понятие. Например при брутна премия съгласно тарифата по базовата опция по пакета групови договори 99 лв. и обща сума на стойността на калкулираните в опцията услуги 37,45 лв., неясно как е определена „нетна цена”, спрямо която е изчислена щетимостта, от 73,88 лв. (представляваща 74,63% от brutната премия при заложена в техническия план 66% нетна премия и 63% рискова премия).

Предвиждането на различна щетимост за отделните видове опции (базова - 50,69%; стандартна - 50,69% и луксозна - 79,14%) означава, че е необходимо в ЗТП по отделните опции да се предвиди различен размер на рисковата премия, а в случай, че се използва един ЗТП за всички опции по пакета, е било необходимо дружеството да обоснове средния размер на рисковата премия, предвид очакванията по отношение на относителния дял на отделните опции в пакета.

Освен това, съществува разминаване между броя на ползваните услуги съгласно Приложение № 2 и даденото в актюерската обосновка описание – например услугата „прегледи за снемане на зъбен статус” съгласно актюерската обосновка при базова опция се извършва максимално 4 пъти в рамките на една година, докато в Приложение № 2 (т.1 „Преглед на пациента за снемане на зъбен статус”) не е отбелязано ограничение по отношение броя на извършваните прегледи така, както е направено за някои от останалите покрити услуги.

Липсва обосновка на различния размер на рисковата премията за една и съща опция за групови и индивидуални договори, в случай, че не е предвидено различно покритие. Например за базова опция рисковата премия за индивидуални и семейни договори в размер на 44,46 лв. (при брутна премия в размер на 117 лв. и 38% рискова премия съгласно ЗТП) е значително по-ниска от рисковата премия за групови договори – 60,39 лв. (при 99 лв. брутна премия съгласно тарифата и 61% рискова премия съгласно ЗТП).

Представената на 13.03.2009 г. актюерска обосновка не дава обяснение за начина на определяне на рисковата премия, не са представени достатъчно данни, на които се базират прогнозните стойности на квотата на щетите по отделните опции; не са отстранени констатираните с писмо наш вх. № РГ-09-03-2 от 25.02.2009 г. несъответствия.

Въз основа на това, че:

1. дружеството ползва за изчисления на необходимата сума за покритие на риска, статистически данни единствено от НЗОК,
2. налице е несъответствие между видовете покрити от НЗОК дентални дейности и предлаганите от дружеството по пакета услуги,
3. очакваният размер на плащанията, въз основа на които дружеството обосновава размера на премията, не съответства на размера на рисковата премия, която по същество представлява също очакван размер на плащанията за едно здравноосигурено лице. Съществува, също така, разминаване между размера на рисковата премия, определена на база представения от дружеството технически план и рисковата премия, определена въз основа на посочената от дружеството щетимост по видове пакети. Предвид това може да се заключи, че размерът на рисковата премия по отделните видове опции не съответства на очаквания размер на плащанията, поради което не може да се приеме, че предвидените в тарифата премии са обосновани по размер.

се установи, че определената тарифа не съответства на размера на поетия от дружеството здравноосигурителен риск.

С оглед на гореизложеното, се установи че определената тарифа по „Дентална помощ” не съответства на размера на поетия от дружеството здравноосигурителен риск. Липсата на такова съответствие е основание за отказ за издаване на разрешение за предлагането на нов здравноосигурителен пакет от здравноосигурително дружество, аргумент от чл.99 д, ал. 4 т. 1 от ЗЗО.

ПРЕДВИД ГОРЕИЗЛОЖЕНОТО И НА ОСНОВАНИЕ ЧЛ. 16, АЛ. 1, Т. 25 ОТ ЗАКОНА ЗА КОМИСИЯТА ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР И ЧЛ. 99Д, АЛ. 4, Т. 1 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

РЕШИХ:

ОТКАЗВАМ ДА ИЗДАМ РАЗРЕШЕНИЕ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНО ДРУЖЕСТВО "БУЛСТРАД ЗДРАВЕ" АД ДА ПРЕДЛАГА НОВ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ПАКЕТ „ДЕНТАЛНА ПОМОЩ”, ПОИСКАНО СЪС ЗАЯВЛЕНИЕ ВХ. № РГ-09-03-2 от 16.01.2009 г., ПО ОПИСА НА КФН.

На основание чл. 16, ал. 3 от Закона за Комисията за финансов надзор решението подлежи на обжалване по административен ред пред Комисията за финансов надзор в четиринадесетдневен срок от съобщаването му.

На основание чл. 16, ал. 4 от Закона за Комисията за финансов надзор решението подлежи на обжалване по съдебен ред пред Върховния административен съд в четиринадесетдневен срок от съобщаването му.

**ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КФН,
РЪКОВОДЕЩ УПРАВЛЕНИЕ
“ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН НАДЗОР”:**

РАЛИЦА АГАЙН-ГУРИ