

Валентин Ангелов, изпълнителен директор на „ДЗИ - Здравно осигуряване“



Ние сме част от KBC group

БЪЛГАРИЯ Е С НАЙ-НИСКИЯ ПРОЦЕНТ ОТ БВП СРЕД СТРАНИТЕ ОТ ЕС, ОТДЕЛЯН ЗА ЗДРАВЕ

Г-н Ангелов, бихте ли представили дружеството „ДЗИ - Здравно осигуряване“ в днешните му параметри, тъй като то беше лицензирано малко по-късно и набира скорост, и работи ефективно на здравноосигурителния пазар през последните години.

- Благодаря за този въпрос. Не зная дали стана случайно, но ето я... първата новина за нашето дружество и без да искам, вие сама я обявихте. Новината е, че ЗОАД „ДЗИ“ АД промени своето име на „ДЗИ - Здравно осигуряване“. Решението бе взето на последното заседание на УС на дружеството. Проманата направихме за поясно разбиране на дейността. По-важно е, че нашето дружество стана част от голямото семейство на Българската финансова група КВС, което за нас означава нови хоризонти на дейността и гаранции за динамично бъдещо развитие. Както сама констатирахте, дружеството набира скорост и работи много по-ефективно от преди. Когато поех ръководството на ЗОАД „ДЗИ“, си поставих доста амбициозни цели, а именно да се стремим да достигнем лидерските позиции на ДЗИ в нашия сектор, оценявайки, че това е много трудна задача. Трябваше да тръгнем от някъде. Извършихме голям обем подготовителна работа, като премахнахме вътрешните лимити, които правеха нашите продукти като застрахователни и не носеха търсения резултат. Вътрешното сепариране практически намаляваше интереса и продажбите бяха слаби.

Друга важна промяна, която направихме, е въвеждането на здравноосигурителната карта като основен документ за легитимация на здравноосигурените в ДЗИ. Нанесохме някои поправки по пакет „Стоматология“, които се възприеха положително от нашите клиенти. В момента съвместно с колеги стоматолози работим по друг проект, като се надявам да предизвика голям интерес. Знаете, че стоматологията е деликатна област и затова търсихме помощта на специалистите по дентална медицина, с които работим съвместно по проекта. Значително подобриме и разширихме мрежата от лечебни заведения с нови партньори на дружеството, като обърнахме особено внимание на персонално асистирание, индивидуалния подход към пациентите и цялостната координация на процесите. Опитваме се да контролираме качеството на предоставените здравни услуги на всички нива на компетентност. Чрез въвеждане на вътрешнофирмени правила за работа с документооборота на дружеството успяхме да съкратим сроковете на плащане при реимбурсация на средства на осигурените лица. Категорично мога да заявя, че „ДЗИ - Здравно осигуряване“ е воде-



що дружество по този показател сред останалите колеги. За да пестим времето на клиентите ни и за по-бързото им обслужване, въведохме и разплащането по лични банкови сметки. През цялото време на реорганизация на нашата дейност ние поставяхме осигуреното лице в центъра на системата на обслужване - както по чисто медицински въпроси, така и по административни от дейността ни. Резултатите от проведените анкети сред нашите клиенти недвусмислено сочат, че сме успели и по този показател. Ето това са накратко някои от нещата, които направихме, за да повишим ефективността на работата си и да подобрим крайния резултат от нашата дейност. Тук е мястото да благодаря на екипа на дружеството, който ме подкрепяше през цялото това време и без чиято помощ не бих могъл да реализирам целите си.

- Какви резултати отчитате за деветмесечието на 2007 г. - в т. ч. премиен приход, ръст, изплатени претенции?

- Постигнатите финансови резултати ни дават повод за оптимизъм и готовност за приемане на бъдещи предизвикателства. Общият ни числен премиен приход към деветмесечието на 2007 г. е около 2 100 000 лв. при 700 000 лв. за същия период на миналата година - разликата е значителна - бележим ръст от 190%. Тези резултати ни дават самочувствието на един от основните участници на здравноосигурителния пазар.

При плащанията за здравни услуги активно бяха прилагани и двата начина. От една страна, към лечебните заведения за медицинското обслужване на осигурените лица (с относителен дял 58%), а от друга - на осигурените лица като възстановяване на разходите за ползваните от тях здравни услуги и стоки (42%).

Извън числовото измерение на резултатите ни за деветмесечието, които са повече от добри, ми се иска да споделя с вашите читатели, че постигнахме съществени резултати и по отношение на организацията на медицин-

ското обслужване на клиентите. Зад гърба си вече имаме няколко успешни профилактични кампании на фирми с персонал над 200 лица, множество високоспециализирани изследвания, ежедневни консултации с хабилитирани лица по повод конкретни здравни проблеми на нашите клиенти, няколко консултации с международни онкоспециалисти, ежеседмични транспортни мисии за превеждане на наши осигурени лица до специализирани лечебни заведения в страната. Хиляди са и нашите клиенти, потърсили контакт с „Денонощния ни здравен контакт-център ДЗИ“, на които сме записали часове за прегледи, за изследвания и сме проследили понататъшното развитие на лечението. И, забележете, това е правено независимо от часовете на денонощието, празнични и почивни дни. Зад всички тези резултати, останали невидими за статистиката, се крие огромният труд на служителите на дружеството, които направиха така, че нашите клиенти да получат много повече от финансова услуга. Считаю, че създадената организация на обслужване е от огромно значение за начина, по който едно здравноосигурително дружество извършва дейността си.

- Как е структуриран портфейлът ви по видове здравни пакети - болнична медицинска помощ, извънболнична медицинска помощ?

- Нашето дружество има лицензирани 7 здравноосигурителни пакета:

- „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване“;
- „Извънболнична медицинска помощ“;
- „Болнична медицинска помощ“;
- „Комплексна медицинска помощ“;
- „Медицински транспорт“;
- „Стоматологична помощ“;
- „Допълнителни здравни услуги и стоки“ - рехабилитация, медикаменти, помощни средства.

По този начин чрез различни комбинации от тези пакети ние можем да задоволим максимално изискванията и на най-капризния клиент. Имаме продажби по всички здравноосигурителни пакети, като водещи при избора на пакет винаги са били потребностите от медицински услуги. Тенденциите, които се забелязват, са за търсене на комплексни решения с включване на повече здравни услуги, а в много случаи и договарянето на повече от един пакет. През настоящата година най-много договори са сключвани по пакет „Комплексна медицинска помощ“ - включващ покритие в извънболнични и болнични условия.

- Кои са специфичните за вашето дружество здравни пакети - условия, покрития, цени? Известно е, че вие предлагате нетрадиционни продукти...

- Вашият въпрос не може да се разглежда изолирано от нуждите на клиентите, т.е. създаването, предлагането и прилагането на един здравноосигурителен продукт следва да отговаря на конкретна потребност. Такава ние видяхме преди време в услугата „Медицински транспорт“. Оказа се изключително важна и ни даде възможност да възстановим една прекъсната връзка в комуникацията между лечебните заведения в полза на пациента и неговото здраве. Днес тази опция вече е със стандартно приложение, така че за всичките ни клиенти е осигурено медицинско транспортиране от и до всяка точка на страната.

Някоя от случаите, с които се сблъскахме, пък провокираха създаването на покритието за „Помощни средства“, което позволи на нашите осигурени да ползват по-качествени изделия за подпомагане на жизнени функции.

Предвиждаме няколко нови „попълнения“ в нашия продуктов асортимент. Интересен направление са хосписните услуги, за които обмисляме адекватно покритие.

По принцип екипът ни счита, че развитието на дружеството и неговата конкурентоспособност преминава през усъвършенстването на продуктовата политика и постоянния мониторинг на пазара.

- На какво се дължи според вас твърде ниският процент (0.03%) на здравноосигуряване в БВП? Защо реформата в здравното осигуряване буксува?

- България е страната с най-ниския процент от БВП, отделян за здраве от страни-членки на ЕС. Отделяните за здравна вноска 6% ни нарежда на едно от последните места в Европа. За съжаление и през следващата финансова 2008 година този процент остава непроменен. Така че задават въпрос, който има и обществено, и бизнес измерение. От една страна, разширяването

на дейността по доброволно здравно осигуряване налага мястото му в системата на здравеопазването да е видимо и ясно формулирано. От друга - дружествата за доброволно здравно осигуряване трябва да структурират по-добре дейността си, да развият търговските си мрежи, да ползват широк кръг дистрибуционни канали, да осъществяват PR и рекламни кампании. Всичко това изисква продължителна и целенасочена работа и значителен финансов ресурс. От особена важност са и добрите взаимоотношения и организация в лечебните заведения-партньори, което да постави на по-високо ниво получаваната медицинска помощ, т.е. крайният продукт, който интересува хората, които се осигуряват. Тези процеси обаче са тясно свързани с общата картина на здравеопазването в страната.

Реформата в здравеопазването според мен отдавна не върви. Какво се случи? След промяната през 2006 г. НЗОК стана единственият платец за здравни услуги в страната, като изключим някои национални здравни програми, които се финансират от Министерството на здравеопазването (МЗ). Вместо да направи един основен пакет, който да заплаща 100%, а останалите дейности да се финансират от други институции (каквито са ДЗО или да се въведе доплащане, но с ясни правила и отговорности), НЗОК оперира с огромни пакети от дейности. Касата увеличи от 200 на 400 клиничните пътеки без съществена промяна в нейния бюджет. Естествено, това доведе до реализиране на финансов дефицит и финансов колапс на някои болници. Най-негативна промяната се отрази в болничния сектор, защото самите клинични пътеки не са изчислени по себестойност на предлаганата медицинска услуга и всеки преминал пациент през болнично заведение генерира дефицит. Друга причина за това е, че в болниците се лекуват най-сериозните заболявания, които струват много скъпо. Получи се следният парадокс - най-големите и най-работещите болници натрупаха огромни дългове, защото нямаше кой да доплаща онези 30%-40%, които не достигат. Вместо да реформира сектора и да търси нови решения, МЗ чрез Министерството на финансите изплати дълговете на длъжниците и продължи същата схема, т.е. наливане на средства от „пуста в празно“. Това явление е факт години наред. Знаете, че имаше известна съпротива от страна на Лекарския съюз, не се подписа т.нар. „Рамков договор“, но това не попречи на управляващите да предоговорят условията на действащия досега.

Въпросите заглава ИЛЕАНА СТОЯНОВА (Слегва)