

PROBLEMS AND CHALLENGES IN THE IMPLEMENTATION AND ACCOUNTING OF SPECIFIC ACTIVITIES OF HEALTH INSURERS

Maia Natchkova

University of national and world economy, Bulgaria

Abstract: The report is devoted to the problems and challenges of performing and reporting on the specific activity of health insurers. Its purpose is to introduce and analyze some specific issues of accounting of health insurers which shall contribute to a significant degree to the diligent collecting, management, investment and spending of funds in the health insurers. Good performance may be achieved through skillful planning, development of reliable business plan that is fully compliant with the needs of the insurance market, prices, trends and integration of the national and international insurance business, to enable insurers to survive and flourish under the market economy conditions, be financially sound, solvent, and have good financial results.

Special attention is paid to the specific operation of health insurers in a high-risk environment which leads to the formation of specific objects of financial reporting and audit, preparation of specific so called Supervisory Financial Reports, determination of reliable framework for the auditors to express their opinion in relation to the fulfillment of the accounting principle “Operating Company”. The present study can be used in the financial reporting and in various types of financial audit, such as internal audit, executed by the internal structures of the health insurers, independent financial audit, executed by certified public accountants - registered auditors, and external audit, executed by the state financial and medical supervisory authorities or other state bodies regarding the taxation of the operation of health insurers.

Keywords: health insurance, the health insurers, the health insured persons, the health insurance, accounting of health insurers.

ПРОБЛЕМИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ И ОТЧИТАНЕ НА СПЕЦИФИЧНАТА ДЕЙНОСТ НА ЗДРАВНИТЕ ЗАСТРАХОВАТЕЛИ

Мая Начкова

Университет за национално и световно стопанство - София

Резюме: Докладът е посветен на проблемите и предизвикателствата при осъществяване и отчитане на специфичната дейност на здравните застрахователи. Целта е да се представят и анализират някои специфични обекти на счетоводството на здравните застрахователи, което да допринесе в значителна степен за правилното събиране, управление, инвестиране и разходване на средствата, събрани в здравните застрахователни фондове. Добрите резултати могат да бъдат постигнати посредством умело планиране, разработване на надежден бизнес-план, напълно съобразен с потребностите на застрахователния пазар на здравни застраховки, цените, тенденциите и интеграцията на националната и международната здравна застрахователна дейност, за да могат здравните застрахователите да оцелеят и просперираат в условията на пазарна икономика, да са финансово стабилни, платежоспособни и с добри финансови резултати.

Специално внимание се обръща на специфичната дейност, осъществявана от здравните застрахователи във високо рискова среда, която води до формиране на специфични обекти на счетоводно отчитане, анализ и одит; изготвяне на специфични, т. нар. Надзорни финансови отчети; определяне на надеждна база за изразяване на одиторско мнение относно спазването на счетоводния принцип „Действащо предприятие”. Представената разработка може да се използва при счетоводното отчитане и при провеждането на различни видове финансов одит – вътрешен одит, осъществяван от вътрешните управленски структури на здравните застрахователи; независим финансов одит, осъществяван от дипломирани експерт-счетоводители, регистрирани одитори и външен одит, осъществяван от държавните надзорни финансови и медицински органи и други държавни органи по повод на данъчното облагане на дейността на здравните застрахователи.

Ключови думи: здраво застраховане, здравни застрахователи, здраво-застраховани лица, здравни застраховки, счетоводство на здравните застрахователи.

Въведение

Докладът е посветен на проблемите и предизвикателствата при осъществяване и отчитане на специфичната дейност на здравните застрахователи. Целта е да се представят и анализират някои специфични обекти на счетоводството на здравните застрахователи, което да допринесе в значителна степен за правилното събиране, управление, инвестиране и разходване на средствата, събрани в здравните застрахователни фондове.

Специално внимание се обръща на специфичната дейност, осъществявана от здравните застрахователи във високо рискова среда, която води до формиране на специфични обекти на счетоводно отчитане, анализ и одит; изготвяне на специфични, т. нар. Надзорни финансови отчети; определяне на надеждна база за изразяване на одиторско мнение относно спазването на счетоводния принцип „Действащо предприятие”. Представената разработка може да се използва при счетоводното отчитане и при провеждането на различни видове финансов одит – вътрешен одит, осъществяван от вътрешните управленски структури на здравните застрахователи; независим финансов одит, осъществяван от дипломирани експерт-счетоводители, регистрирани одитори и външен одит, осъществяван от държавните надзорни финансови и медицински органи и от други държавни органи по повод на данъчното облагане на дейността на здравните застрахователи.

Изложение

Здравното застраховане е вид общо застраховане и представлява „...дейност по осигуряване на застрахователно покритие на рискове по силата на договор, изразяващо се в набиране и разходване на средства, предназначени за изплащане на обезщетения и други парични суми при настъпване на събития или събъждане на условия, предвидени в договор...” (Кодекс за застраховането, Обн., ДВ, бр. 102 от 29.12.2015 г., посл.изм. ДВ бр. 83 от 22.10.2019 г., чл. 3, ал. 1).

То е дейност по набиране, инвестиране, управление и разходване на събраните в здравни застрахователни фондове застрахователни вноски на здравнозастрахованите или застраховащи лица за плащане на допълнителни здравни дейности, медицински услуги и стоки, извън обхвата на предвидените в Закона за здравното осигуряване или в Националния рамков договор задължителни здравни дейности. То е дейност, при която здравният застраховател покрива здравни рискове и управлява активите, в които са инвестирани набраните здравнозастрахователни вноски с цел обезпечаване на здравни дейности, медицински услуги и стоки при настъпване на здравно застрахователния риск.

Здравното застраховане в България е създадено сравнително от скоро в изпълнение на изискванията на определени Директиви на Европейската комисия (Директиви 73/239/ЕИО, 88/357/ЕИО, 92/49/ЕИО, 98/78/ЕО, 2001/17/ЕО, 2009/138/ЕО). Основната цел на Европейската

комисия е създаването на един пазар за общото и животозастраховането в Европейския съюз, за да могат потребителите на здравни застраховки да разполагат с по-голям избор от здравнозастрахователни дейности и да се увеличи конкуренцията между застрахователите по общо застраховане. Идеята, заложената в директивите на Европейската комисия е, че доброволното здравно осигуряване не се различава от застрахователната дейност за покриване на здравни рискове. Здравното застраховане предлага възможност за лечение на територията на целия Европейски съюз в свободно избираеми лечебни заведения, възможност за провеждане на специализирани лабораторни, рентгенови и други изследвания и медицински прегледи. Застрахованият има право на совободен избор на специалисти и на възстановяване на разходи за медикаменти и проведени лечения.

През 2012 г. Законодателят в България прие промени в Закона за здравното осигуряване и задължи здравноосигурителните дружества да се трансформират в застрахователи по общо застраховане като организират дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането в срок от една година от приемането на промените в закона. Управление „Застрахователен надзор“ към Комисията за финансов надзор (КФН) прелицензира действащите здравноосигурителни дружества за извършване на застрахователна дейност по общо застраховане. Прелицензираните дружества вече отговарят на изискванията на Кодекса за застраховането за гаранционен капитал, за поддържане на застрахователни (технически) резерви, за назначаване на актюери и други изисквания, специфични за застрахователните дружества. Те могат да сключват единични, семейни и групови здравни застраховки в зависимост от броя на лицата, посочени в застрахователната полица. Те могат да застраховат само здрави лица. Лица с трайни увреждания могат да бъдат застраховани при специални условия и по-висока здравнозастрахователна вноска. Срокът на здравната застраховка може да бъде от 1 до 5 години. При изтичане на срока на здравната застраховка, застрахованият не трябва да бъде по-възрастен от пределната възраст, посочена в общите условия на застрахователната полица. Здравната застраховка може да бъде организирана отделно за покриване на определени медицински разходи и събития (напр. застраховка „Разходи за здравна защита“ или „Разходи за болничен престой“) или да бъде предлагана като комбинация от тях (напр. Комплексна здравна застраховка). В България най-предпочитаната комбинация от пакети е свързана с покритие на здравните рискове, свързани с „Извънболнична помощ“, „Болнична помощ“ и „Възстановяване на разходи“ (покритие на медикаменти, превързочни материали, помощни средства и контрастни вещества до определен лимит).

Застрахователната сума по здравната застраховка се определя от застрахованото лице, а застрахователят може да определи само нейния минимален размер. Вноската зависи от застрахователната сума, от вида и срока на застраховката, от здравословното състояние на застрахования. Плащането ѝ става само в парична форма, еднократно като годишна вноска или може да бъде разсрочено на части. Здравнозастрахователната премия е определена от актюерите на здравните застрахователи според вида, обема и цената на пакета от регламентирани здравни услуги или медицински стоки, които ще получат здравнозастрахованите лица. Този пакет от здравни услуги и медицински стоки може да бъде покрит изцяло или частично от здравния застраховател съгласно сключения здравнозастрахователен договор. Актюерите на здравните застрахователи определят тарифи по здравнозастрахователни пакети и договори, в които са регламентирани размерите на здравнозастрахователните премии за един или няколко здравнозастрахователни пакета, диференцирани по различни признаци – брой на здравнозастрахователните пакети; брой, възраст и здравословно състояние на здравнозастрахованите лица по сключените здравнозастрахователни договори и др.

Договор за здравна застраховка се сключва със застраховано лице след проведени медицински прегледи за установяване на равнището на здравословното му състояние от доверен лекар на здравния застраховател. Преглед от страна на доверения лекар е задължителен, когато се сключват застраховки за суми над размер, определен от здравния

застраховател. Заключение на доверен лекар е наложително при наличието на предшестващи хронични и професионални заболявания на застрахованото лице. Здравният застраховател има право да отложи във времето началото на неговата отговорност по застрахователната полица и да наложи карантинен период. Това отлагане се прави с цел избягване на риска, породен от прикриване на важна информация, свързана със здравословното състояние на застрахованото лице и предпазване от сбъдването на риска „Заболяване“. Продължителността на карантинния срок се уточнява в общите условия на конкретната застраховка. Налагането на карантинен период от страна на здравния застраховател е необходимо, защото ако застрахованото лице се е разболяло преди да бъде сключена здравната застраховка и не е уведомило за това здравния застраховател, тогава няма основание за застрахователно плащане. В този случай се счита, че отговорността на здравния застраховател още не е влязла в сила, за разлика от застраховката „Злополука“, при която застрахователят започва да носи отговорност непосредствено след сключването на застрахователния договор. Това правило важи за индивидуалните и семейните застраховки, както и за груповите застраховки по списъчна форма, при които вноските са за сметка на застрахованите лица.

Отговорността на застрахователя при здравното застраховане е в рамките на предварително определени проценти от застрахователната сума и е свързана с разходите за проведените медицински прегледи и лечения (за хонорари на доверени лекари, за лабораторни и рентгенови изследвания и др.) и за изплащане на застрахователни обезщетения при сбъдане на здравнозастрахователния риск – при болничен престой и оперативно лечение на здравнозастрахованото лице. Застрахованите лица имат право да ползват всички медицински услуги на частно практикуващи лекари, лекари на свободен прием, частни или държавни диагностично-консултативни центрове за извънболнична помощ и болници.

Здравните застрахователи покриват следните видове разходи и сбъднали се застрахователни събития:

- разходи за медицински прегледи и изследвания, наложени поради заболяване или злополука на застрахованото лице;
- разходи за медикаменти, свързани с конкретно болнично или извънболнично лечение;
- болничен престой, предизвикан от заболяване или от злополука, който в рамките на една година е лимитиран.

От застрахователното покритие са изключени следните случаи:

- оказана медицинска помощ, която е включена в обхвата на държавното медицинско обслужване и е финансирана от бюджета на Националната здравноосигурителна каса;
- медицинска помощ във връзка със стоматологични заболявания;
- разходи за профилактични прегледи, изследвания, имунизации;
- контролни прегледи и изследвания;
- разходи за лекарства с профилактичен характер;
- престой в болница поради хронично или професионално заболяване, установено преди сключването на застрахователния договор;
- престой в болница поради нарушаване на здравето в следствие на употреба на алкохол и наркотици;
- болничен престой поради бременност, аборти, раждания;
- болнично лечение, предизвикано от заболяване или злополука в резултат на военни действия;
- болнично лечение, предизвикано от извършване на престъпления от общ характер;
- болнично лечение, предизвикано от опит за самоубийство;
- болнично лечение, предизвикано от радиационно облъчване,
- болнично лечение, предизвикано от упражняване на опасни занятия;
- болнично лечение, предизвикано от болести, предавани по полов път.

Плащането на застрахователно обезщетение от здравния застраховател се извършва съгласно условията, при които договорът е сключен и след представяне от страна на застрахованото лице на следните документи:

- фактури за платени медицински прегледи, лабораторни и рентгенови изследвания и манипулации – при възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания;
- фактури с касови бележки за закупени лекарства от аптеките, заедно със съпътстващите ги оригинални документи (болнични листове, рецепти) – при възстановяване на разходи за закупени медикаменти;
- болничен лист и епикриза – при възстановяване на дневни пари за болничен престой.

Основните проблеми и предизвикателства при отчитането на специфичната дейност на здравните застрахователи се пораждат от особеното естество на здравнозастрахователните операции и отношения. Здравнозастрахователната дейност като обект на счетоводно отчитане и управление представлява съвкупност от специфични по вид стопански операции, които се различават по съдържание, срокове на изпълнение, начин и технология на осъществяване. Нейните особености са обусловени от съществуващите специфични, характерни само за нея отчетни обекти. Те са следните:

1. Разходи за обслужване на здравни застраховки – формират се от изплатените суми на здравнозастрахованите лица за ползваните от тях медицински стоки и услуги, за абонаментно здравно обслужване чрез сключени договори с медицински заведения, за профилактични прегледи, за лабораторни и рентгенови изследвания, за физиотерапевтични процедури, за санаториално лечение и др. съгласно условията на сключения договор за доброволно здравно застраховане; за ликвидация на възникнали здравнозастрахователни случаи; за комисиони на застрахователни посредници; за заделени технически резерви и други разходи за здравнозастрахователна дейност, в т.ч. за предпазни медицински мероприятия (закупени ваксини), реклама на здравни пакети и др.

2. Приходи от здравни застраховки – формират се от:

А) Приходи от събрани здравнозастрахователни премии – това са приходи на здравните застрахователи от премии, получени от здравнозастраховани или застраховащи лица /физически или юридически лица/ или събрани от здравнозастрахователни посредници съгласно сключени договори за доброволно здравно застраховане. Приходите от получените здравнозастрахователни премии се признават в зависимост от срока на договора, който може да бъде сключен за 1, 2 или повече години. При двугодишните договори, годишната премия за съответната година може да се признае като приход към датата на сключване на договора, т.е. приходът може да се признае по равно за двете години на договора, независимо от датата на сключване на договора. При три и повече годишните договори за приход се признава само пропорционална част от здравнозастрахователната премия, съответстваща на периода от дата на сключване на договора до 31.12. на съответната отчетна година.

Б) Приходи от освободени здравнозастрахователни (технически) резерви – това са приходи от освободени здравнозастрахователни (технически) резерви, които са заделени на разход в предходен отчетен период като гаранция за изплащане на застрахователни обезщетения, ако се сбъдне здравно-застрахователния риск, но се освобождават в края на годината в следствие на несбъдването на този риск и се отнасят директно в печалбата на здравния застраховател;

В) Други приходи от здравнозастрахователна дейност – това са други суми, които здравните застрахователи получават от здравнозастрахованите лица по силата на сключените между тях здравнозастрахователни договори.

3. Специфични разчети по здравни застраховки – това са разчети с клиенти (застраховащи и застраховани лица), които са инициаторите за сключването на здравните застраховки; разчети със застрахователни посредници, възникнали при сключването, поддържането, изпълнението и прекратяването на здравно-застрахователните договори;

разчети с доверени лекари и вещи лица относно сключването на здравни застраховки по време на карантинния период и при ликвидацията на възникнали здравнозастрахователни събития.

4. Специфични технически резерви по здравни застраховки – това са специфични задължения на здравните застрахователи към здравнозастрахованите лица и са предназначени да покрият евентуалното настъпване на здравнозастрахователния риск. Техническите резерви изразяват намаление на ресурсите на здравния застраховател във връзка с уреждането на неговото съществуващо задължение към застрахованите лица към датата на Отчета за финансовото състояние. Те са специфични пасиви, които не винаги стават изискуеми, поради възможността застрахователният риск да не се сбъдне, респ. застрахователното събитие да не настъпи. С този факт се свързва процесът на тяхното освобождаване, който води до признаването им за текущ приход от здравно застраховане за застрахователите. Те представляват основната част от пасивите на здравния застраховател, най-голямото балансово перо в Пасива на неговия Отчет за финансовото състояние (Счетоводния баланс). (Миланова-Цончева, Ем., Начкова, М., Маврудиев, Хр., (2018), „Счетоводство на застрахователите и осигурителите“, с. 310, Издателски комплекс на УНСС, София, 2018 г. ISBN 978-619-232-116-1).

Икономическата същност на пасивите е „...съществуващи задължения на предприятието, които произтичат от минали събития и чието уреждане се очаква да доведе до изтичането на ресурси на предприятието, които са носители на икономическа изгода”. (Международни стандарти за финансово отчитане (МСФО), Регламент (ЕО) № 1126/2008 на Комисията от 3 ноември 2008 година за приемане на някои международни счетоводни стандарти в съответствие с Регламент (ЕО) № 1606/2002 на Европейския парламент и на Съвета с последно изменение.)

Техническите резерви се заделят от здравните застрахователи с цел покриване на възможността здравнозастрахователният риск да се сбъдне, респ. здравно застрахователното събитие да настъпи. Процесът на заделяне на техническите резерви в достатъчен размер води до признаването им за текущ разход по здравно застраховане на здравните застрахователи. Достатъчността на техния размер е гаранция за възможността на здравните застрахователи да покрият всички плащания по сключените застрахователни договори към застрахованите лица в бъдещи отчетни периоди.

5. Специфични активи (покрития на технически резерви по здравни застраховки) – това са инвестициите на здравните застрахователи във финансови активи и финансови инструменти. Те трябва да бъдат правилно класифицирани, признати и оценени. Надеждната оценка на активите на здравните застрахователи трябва да включва и оценка на естеството и степента на рисковете, които възникват от самите финансови активи и финансови инструменти и ефективното управление на тези рискове. Всеки клас от финансовите активи и финансовите инструменти трябва ясно и честно да бъде представян и оповестен в Отчета за финансовото състояние (счетоводния баланс) на здравните застрахователи. Необходимо е да бъдат надлежно оповестени във финансовите отчети и естеството на активите; възможните рискове и ползи от собствеността, на които здравните застрахователи са изложени; балансовите стойности на признатите активи и свързаните с тях пасиви.

6. Специфични финансови отчети на здравните осигурители – те се изготвят и представят задължително на базата на Международните счетоводни стандарти. (Закон за счетоводството (2019), Обн., ДВ, бр. 95 от 8.12.2015 г., посл.изм. в ДВ бр. 37 от 07.05.2019 г.) Формата и съдържанието им са определени в МСС 1 „Представяне на финансови отчети” и в МСС 7 „Отчети за паричните потоци”. (Международни стандарти за финансово отчитане (МСФО), (2019)). Съставните части на Годишния финансов отчет са: Отчет за финансовото състояние, Отчет за печалбите и загубите и другия всеобхватен доход, Отчет за паричните потоци, Отчет за измененията в собствения капитал и здравнозастрахователните резерви и Приложение. Приложението към Годишния финансов отчет се изготвя съгласно изискванията на МСФО/МСС и съдържа информация за прилаганата счетоводна политика, за състоянието

и измененията в активите, пасивите, приходите, разходите и паричните потоци, оповестяване на политиката по управление на риска, оповестяване на ефективния лихвен процент и преоценката и други оповестявания за дейността на здравните застрахователи. „Финансовите отчети се съставят на базата на предположението, че предприятието е действащо и ще продължи да функционира в предвидимо бъдеще. Приема се, че предприятието няма нито намерението, нито необходимостта да ликвидира или да съкрати съществено дейността си.“ (Иванова, Р., 2011 г., „Оптимизиране на съдържанието на годишния доклад за дейността на предприятията за нуждите на финансово-стопанския (бизнес) анализ на интелигентния, устойчив и приобщаващ растеж“, сп. „Управление и устойчиво развитие“, ЛТУ, София, бр. 3/2011 г.)

Здравните застрахователи изготвят и Годишен доклад за дейността си, който съдържа информация за дейността им през текущата отчетна година и за бъдещото им развитие; за събития, настъпили след датата на съставяне на баланса; за инвестициите им във финансови активи и финансови инструменти; за целите и политиката им на управление на финансовия риск, включително политиката им на хеджиране на всеки основен тип хеджирана позиция, за която се прилага отчитане на хеджирането; за експозицията на здравните застрахователи по отношение на ценовия, кредитния и ликвидния риск и риска на паричните потоци; за анализа на развитието и резултатите от дейността им; за финансовите показатели, относими към съответната дейност и друга информация от ръководството. (Закон за счетоводството (2019), Обн., ДВ, бр. 95 от 8.12.2015 г., посл. изм. в ДВ бр. 37 от 07.05.2019 г.)

Отговорност за изготвянето, съдържанието, представянето и публикуването на финансовите отчети на здравните застрахователи носят техните органи за управление. Годишните финансови отчети на здравните застрахователи се проверяват и заверяват от двама независими дипломирани експерт-счетоводители, регистрирани одитори или от специализирано одиторско предприятие със седалище в страната, избрани от Общото събрание на здравния застраховател.

Върху дейността на здравните застрахователи се осъществява държавен надзор от Комисията за финансов надзор, Управление „Застрахователен надзор“ и специализиран медицински надзор от Министерство на здравеопазването. „Няма държава в света..., в която тази деликатна материя, отнасяща се до развитието на икономиката, да не бъде регулирана или регламентирана по определен начин. Още повече, че самата същност и характер на счетоводството като информационна система изисква този процес и тази материя да бъдат предварително регламентирани, за да може да се очаква определен краен продукт.“ (Маврудиев, Хр., (2002) „Нормативната уредба на счетоводството в условията на пазарната икономика“, Научно-практическа конференция „Счетоводството в условията на пазарната икономика“, София, 2-3 декември 2002 г., стр. 184-185). За нуждите на държавния надзор се съставят ежемесечно т.нар. Надзорни финансови отчети на здравните застрахователи. Тези отчети имат форма и съдържание, определени от Управление „Застрахователен надзор“. Структурата и съдържанието на Приложението към Надзорните финансови отчети се определят от държавния надзорен орган и се представят под формата на справки.

Основни насоки и предизвикателства за усъвършенстване на счетоводството на здравните застрахователи:

- Правилен избор на оценките за активите (покритията на техническите резерви) и пасивите (техническите резерви) на здравните застрахователи;
- Избор на потребителите на счетоводна информация от финансовите отчети на здравните застрахователи и определянето на групите потребители, които имат приоритет;
- Определяне степента, в която нормативната уредба ще осъществява регулативни функции върху дейността на здравните застрахователи, в т. ч. определяне степента на влияние на правителствените решения и на данъчното законодателство;

- Определяне на степента на влияние на икономическите теории в областта на застраховането върху дейността на здравните застрахователи и анализиране на ефекта от това влияние;
- Подобряване на възможностите за упражняване на ефективен предварителен, текущ и последващ контрол на входа и на изхода на счетоводната система на здравните застрахователи;
- Поддържане на отворена информационна система с оглед осигуряване на възможност за допълване на нови обекти, възникнали в хода на дейността на здравните застрахователи;
- Подобряване на организацията на аналитичното отчитане на отделните счетоводни обекти от дейността на здравните застрахователи в различни разрези и възможност за надеждно съпоставяне и пренасяне на тази информация към съответното синтетично ниво;
- Обективна и пълна, своевременна и надеждна, вярна и точна логически издържана информация за финансовото състояние на здравния застраховател, която да послужи за вземането на ефективни управленски решения с оглед редуциране на съответните негативни страни в неговата дейност;
- Ясно дефиниране на изискванията за фирмена култура, квалификация и професионална етика на персонала, работещ в застрахователното дружество, осъществяващо здравно застраховане.

Заклучение

Дейността на здравните застрахователи е от съществено значение за обществото. В интерес на обществото е те да управляват набраните средства в доброволния здравнозастрахователен фонд с грижата на добър търговец като спазват принципите на надеждност, ликвидност, доходност и диверсификация в интерес на здравно застрахованите лица. По тази причина тяхната счетоводна отчетност е обект на вътрешен одит от страна на управленските и контролните органи на здравните застрахователи, на външен одит - от страна на държавните органи, а именно от Комисията за финансов надзор, Управление „Застрахователен надзор“, медицински надзор от страна на Министерство на здравеопазването и на независим финансов одит от страна на дипломираните експерт-счетоводители, регистрирани одитори относно спазването на основните счетоводни принципи и изисквания към счетоводното отчитане на дейността им. „В тези условия възниква необходимост от усъвършенстване, разширяване и адаптиране на информацията от финансови отчети на предприятията в унисон със стратегията за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж на техния бизнес. Финансовите отчети трябва вярно и честно да представят имуществено-финансовото състояние на предприятията, финансовите резултати, промените в паричните потоци и в собствен капитал.“ (К. Чуков, Р. Иванова, 2019 г., „Финансово-стопански анализ“, ИК-УНСС).

Добрите резултати могат да бъдат постигнати посредством умело планиране, разработване на надежден бизнес-план, напълно съобразен с потребностите на застрахователния пазар на здравни застраховки, цените, тенденциите и интеграцията на националната и международната здравна застрахователна дейност, за да могат здравните застрахователите да оцелеят и просперират в условията на пазарна икономика, да са финансово стабилни, платежоспособни и с добри финансови резултати.

Литература

1. Кодекс за застраховането, (2019). Обн., ДВ, бр. 102 от 29.12.2015 г., посл. изм. ДВ бр. 83 от 22.10.2019 г.
2. Закон за счетоводството (2019), Обн., ДВ, бр. 95 от 8.12.2015 г., посл. изм. в ДВ бр. 37 от 07.05.2019 г.
3. Международни стандарти за финансово отчитане (МСФО), (2019) Регламент (ЕО) № 1126/2008 на Комисията от 3 ноември 2008 година за приемане на някои международни счетоводни стандарти в съответствие с Регламент (ЕО) № 1606/2002 на Европейския парламент и на Съвета с последно изменение
4. Директива 73/239/ЕИО, Директива 88/357/ЕИО, Директива 92/49/ЕИО, Директива 98/78/ЕО, Директива 2001/17/ЕО, Директива 2009/138/ЕО на Европейската комисия.
5. Наредба № 53 на КФН (2019) от 23.12.2016 г. за изискванията към отчетността, оценката на активите и пасивите и образуването на техническите резерви на застрахователите, презастрахователите и Гаранционния фонд, обн., ДВ, бр. 6 от 19.01.2017 г., в сила от 19.01.2017 г., посл. изм. и доп. бр. 2 от 04.01.2019 г.
6. Наредба № 27 на КФН (2013) за реда и методиката за образуване на техническите резерви от застрахователите и от презастрахователите, и на здравноосигурителните резерви (Загл.доп. – ДВ, бр. 3 от 2008 г.), Приета с Решение № 55-Н от 29.03.2006 г., обн., ДВ, бр. 36 от 02.05.2006 г., посл. изм. и доп. бр. 66 от 2013 г., в сила от 9.09.2013 г.
7. Маврудиев, Хр., (2002) „Нормативната уредба на счетоводството в условията на пазарната икономика“, Научно –практическа конференция „Счетоводството в условията на пазарната икономика“, София, 2-3 декември 2002 г., стр. 184-185.
8. Миланова-Цончева, Ем., Начкова, М., Маврудиев, Хр., (2018), „Счетоводство на застрахователите и осигурителите“, Издателски комплекс на УНСС, София, 2018 г. . ISBN 978-619-232-116-1
9. Иванова, Р., 2011 г., „Оптимизиране на съдържанието на годишния доклад за дейността на предприятията за нуждите на финансово-стопанския (бизнес) анализ на интелигентния, устойчив и приобщаващ растеж“, сп. „Управление и устойчиво развитие“, ЛТУ, София, бр.3/2011 г.,
10. Чуков, К., Иванова, Р., 2019 г., „Финансово-стопански анализ“, ИК-УНСС.