4. FINANSAVIMO EFEKTYVUMO KLAUSIMAI

4.1. DRAUDIMO BENDROVIŲ, TEIKIANČIŲ PRIVATAUS SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGAS, VEIKLOS EFEKTYVUMAS

Audronė Kupliauskienė, aukupliauskiene@stud.mruni.eu
Birutė Mockevičienė, birute.mockevičienė@mruni.eu
Mykolo Romerio universitetas

Santrauka

Per pastaruosius metus Lietuvoje privataus sveikatos draudimo svarba augo. 2023 m. šio draudimo įmokos padidėjo 32,29 %.

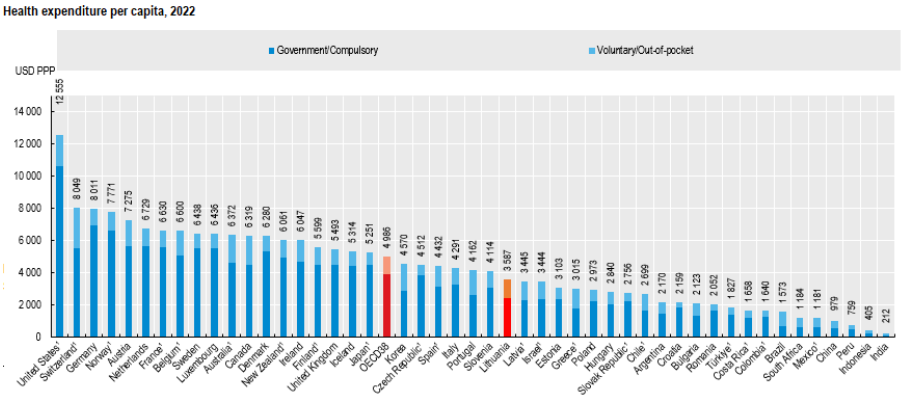
Tyrimo tikslas buvo įvertinti draudimo bendrovių, teikiančių savanoriško sveikatos draudimo paslaugas, efektyvumą.

Duomenų apgaubties analizės (DEA) metodu nustatyta, kad iš šešių analizuotų bendrovių efektyviausios yra dvi (A ir F), o keturios (B, C, D ir E) – neefektyvios. Tyrimas parodė, kad svarbu optimizuoti kaštų panaudojimą ir darbuotojų skaičių, siekiant geresnių draudimo bendrovių veiklos rezultatų.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos draudimas, efektyvumas, draudimo įmokos, duomenų apgaubties analizės metodas.

Įvadas

Per pastaruosius metus Lietuvoje reikšmingai išaugo privataus sveikatos draudimo svarba ir įtaka Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriui. Lietuvoje sveikatos priežiūrai tenkančių išlaidų nuo BVP vidurkis yra mažesnis negu EBPO šalyse. 2022 m. vidutinės EBPO šalių išlaidos sudarė 4986 Eur, iš kurių 1104 Eur (22 %) buvo mokama paciento lėšomis, o vidutinės išlaidos vienam gyventojui Lietuvos sudarė 3587 Eur, iš kurių 1128 Eur (31 %) buvo mokama iš paciento kišenės. Sveikatos priežiūros išlaidos asmeniui EBPO šalyse ir Lietuvoje atspindimos 1 paveiksle.



1 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos asmeniui 2022 m.

Šaltinis: EBPO sveikatos statistika 2023; PSO pasaulinė sveikatos išlaidų duomenų bazė. https://stat.link/m6pzqb

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti ne tik kokybiškas, bet ir prieinamas paslaugas. Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtros programoje kaip vienas iš pirminės sveikatos priežiūros institucijų trūkumų yra išskiriamas nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas[232]. Nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas sukėlė paslaugų prieinamumo problemų Lietuvoje, todėl į šį sektorių aktyviai žengė privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir privataus sveikatos draudimo paslaugos, kurias teikia Lietuvoje įsteigtos draudimo bendrovės ar jų filialai. Lietuvoje privataus sveikatos draudimo paslaugas 2023 m. teikė 7 draudimo bendrovės iš 18 Lietuvoje veikiančių draudimo bendrovių, siūlančių gyvybės ir negyvybės draudimo paslaugas[233]. Lietuvoje savanoriško sveikatos draudimo paslaugas turi teisę teikti tiek gyvybės, tiek negyvybės draudimo šakai priklausančios draudimo bendrovės, turinčios tam licenciją. Ši draudimo paslauga sparčiai populiarėja. Lietuvos banko duomenimis, savanoriško sveikatos draudimo įmokos 2023 m. išaugo 32,29 % ir sudarė 6,9 % visų draudimo rūšių pasirašytų draudimo įmokų. O draudimo išmokos už šias draudimo paslaugas taip pat auga sparčiau negu kitose draudimo rūšyse. Negyvybės draudimo išmokos 2023 m. augo 19,18 %, o sveikatos draudimo išmokų augimas sudarė net 34,53 %. Tai sukėlė draudimo paslaugos populiarėjimas, išaugęs apdraustųjų skaičius, padidėjęs paslaugos naudojimo dažnis, sparčiai išaugusi sveikatos priežiūros paslaugų kaina ir infliacija, lėmusi kainų augimą šalyje. Iš draudimo bendrovių viešai skelbiamų finansinių ataskaitų matyti, kad šios paslaugos pelningumas yra labai mažas arba net generuoja nuostolį, todėl

232 „Dėl nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“, LRS, žiūrėta 2024 m. lapkričio 10 d., https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35c41ab0a3c411e590 10bea026bdb259/msqQUWJYgg.

233 „Veiklos rodikliai“, Lietuvos bankas, žiūrėta 2024 m. lapkričio 10 d., https://www.lb.lt/lt/draudikai-veiklos-rodikliai#ex-1-1.

draudimo bendrovėms, norint ir toliau ją teikti, labai svarbu suvaldyti augančius kaštus ir paslaugos nuostolingumą. Tam svarbu išnagrinėti Lietuvoje paslaugas teikiančių draudimo bendrovių veiklos efektyvumą.

Tyrimo objektas: Lietuvoje veikiančios draudimo bendrovės ir jų filialai, teikiantys savanoriško sveikatos draudimo paslaugas.

Tyrimo tikslas: įvertinti draudimo bendrovių, teikiančių savanoriško sveikatos draudimo paslaugas, efektyvumą.

Tikslui pasiekti keliami šie **uždaviniai**: 1) atlikti mokslinės literatūros apie efektyvumo vertinimo būdus draudimo sektoriuje analizę; 2) atlikti draudimo bendrovių sveikatos draudimo paslaugų apimties analizę; 3) atlikti draudimo bendrovių, teikiančių savanoriško sveikatos draudimo paslaugas, veiklos efektyvumo analizę naudojant duomenų apgaubties analizės metodą.

Literatūros analizė

Pasirinktos problemos esmė mokslinėje literatūroje. Pasaulyje ir Europoje, kur privatus sveikatos draudimas turi gilesnes tradicijas, veiklos efektyvumas nagrinėjamas nuolat. Layton, Ellis, McGuire ir Kleef nagrinėjo sveikatos draudimo planų efektyvumą konkurencinėje aplinkoje[234], Dohmen, Ineveld ir Markus tyrė, ar konkurencijos sąlygomis veikiančios ligoninės Nyderlanduose pagerina savo veiklos efektyvumą[235]. Niedermann, Schaudel ir Singhal nagrinėjo sveikatos draudimo efektyvumą per techninių kompetencijų augimą kainodaros ir rizikų vertinimo srityse[236]. Dėl skirtingų privataus sveikatos draudimo planų, veikiant konkurencijos sąlygomis, dažniau susiduriama su temos nagrinėjimu konkrečios šalies mastu. Lietuvoje ši tema nėra plačiai nagrinėjama, nes privataus sveikatos draudimo šalyje dar tik ryškėja.

DEA taikymo paplitimas nagrinėjant privataus sveikatos draudimo efektyvumą. DEA metodo taikymas nagrinėjant sveikatos draudimo efektyvumą pasaulio moksliniuose straipsniuose, ypač tose šalyse, kur privatus sveikatos draudimas yra labiau paplitęs, analizuojamas gan plačiai. DEA metodas plačiai taikomas įvairiose šalyse, įskaitant JAV, Australiją, Europos Sąjungos šalis ir Azijos regioną. Pavyzdžiui, Australijoje tyrėjai analizavo privačių sveikatos draudikų efektyvumą, atsižvelgdami į

234 Timothy J. Layton ir kt., „Measuring efficiency of health plan payment systems in managed competition health insurance markets", *Journal of Health Economics* 56 (2017): 237–255, https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.05.004.

235 Peter Dohmen ir kt., „Does competition improve hospital performance: a DEA based evaluation from the Netherlands", *The European Journal of Health Economics* 24 (2023): 999–1017, https://doi.org/10.1007/s10198-022-01529-8.

236 Florian Niedermann, Florian Schaudel ir Shubham Singhal, „Winning in private health insurance through technical excellence", žiūrėta 2024 m. spalio 29 d., https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/winning-in-private-health-insurance-through-technical-excellence#/.

reguliavimo įtaką[237]; Nyderlandų mokslininkai, pasitelkdami DEA metodą, nagrinėjo sveikatos draudimo efektyvumą atsižvelgiant į ligoninių gebėjimą veikti konkurencinėje aplinkoje pagal 3 konkurencijos dimensijų įtaką: konkurenciją tarp ligoninės ir paciento, konkurenciją tarp draudiko ir ligoninės ir konkurenciją tarp draudiko ir paciento. Straipsnyje, remiantis Nyderlandų ligoninių efektyvumo duomenimis, tiriama, ar valdoma konkurencija sveikatos apsaugos sektoriuje yra naudinga, ar žalinga[238].

DEA metodo populiarumą mokslinėje literatūroje lemia jo lankstumas ir galimybės vertinti veiklos efektyvumą įvairioje aplinkoje, naudojant skirtingus įvesties ir išvesties rodiklius. Vertinant šio metodo naudą analizuojant sveikatos draudimo bendrovių ir šios paslaugos efektyvumą, pažymėtina, kad jį galima taikyti skirtingo dydžio draudimo bendrovėms, taip pat tam, kad būtų galima identifikuoti veiklos efektyvumo skirtumus tarp draudikų. DEA metodas vertinant draudimo bendrovių veiklos efektyvumą gali padėti analizuoti, kaip geriau paskirstyti ribotus darbuotojų išteklius, administravimo sąnaudas organizuojant draudimo veiklą, taip pat leidžia identifikuoti bendroves, gebančias pasiekti geriausius veiklos efektyvumo rezultatus minimaliomis sąnaudomis.

Metodologija

DEA metodo esmė

Duomenų apgaubties analizė (angl. *Data Envelopment Analysis*, DEA) yra neparametrinis tiesinio programavimo metodas, naudojamas sprendimų priėmimo vienetų (angl. *Decision-making unit*, DMU) efektyvumui vertinti palyginant jų įvesties ir išvesties (angl. *input - output*) santykį su geriausiai veikiančiais DMU nagrinėjamoje situacijoje. DEA metodas pristatytas 1978 m., jo pradininkai yra Charnes, Cooper ir Rhodes. Duomenų apgaubties analizė DEA literatūroje pripažįstama kaip svarbus metodas, labiau tinkantis veiklos rezultatų matavimo veiklai nei tradiciniai ekonometriniai metodai, tokie kaip regresinė analizė ir paprasta santykio analizė. DEA yra matematinis metodas, apimantis linijinio programavimo funkcijas įvestims į rezultatus (išvestis) konvertuoti, siekiant įvertinti palyginamų organizacijų ar produktų veiklą. Taikant DEA kiekvienas DMU gali laisvai pasirinkti bet kokį įvesties ir išvesties derinį, kad maksimaliai padidintų savo santykinį efektyvumą[239].

---

237 Jordan Alzubi ir kt., „Improving health insurance markets: cost efficiency, implementation, and financing of expanding association health plans“, *Review of Quantitative Finance and Accounting* 59 (2022): 671–694, https://www.researchgate.net/publication/359451262_Improving_health_insurance_markets_cost_efficiency_implementation_and_financing_of_expanding_association_health_plans.

238 Dohmen, *op. cit.*

239 Abbas Mardani ir kt., „A comprehensive review of data envelopment analysis (DEA) approach in energy efficiency“, *Renewable and Sustainable Energy Reviews* 70, (2017): 1298–1322, https://www.sciencedirect.com/science/ article/pii/S1364032116310875.

Duomenys, pobūdis, jų gavimo būdas

Duomenų apgaubties analizė plačiai naudojama vertinant sveikatos priežiūros veiklos efektyvumą, mokslinėje literatūroje randama ir draudimo paslaugų efektyvumo vertinimo atvejų. Draudimo rinka yra svarbus ekonominis segmentas kiekvienoje šalyje, o draudimo bendrovės tampa vienais iš DMU, tiriant jų veiklos ar teikiamų paslaugų efektyvumą.

Šiame tyrime sprendimų priėmimo vienetas (DMU) reiškia draudimo bendrovę, teikiančią savanoriško sveikatos draudimo paslaugas. Siekiant įvertinti analizuojamų vienetų efektyvumą, svarbu tinkamai pasirinkti įvestis ir išvestis.

Norint maksimizuoti santykinį vieneto efektyvumą tyrime naudota ši formulė:

$$\max \sum_{r=1}^{s} u_r y_{ro}$$

1. Apribojimai visiems DMU (j)

$$\sum_{r=1}^{s} u_r y_{rj} \leq \sum_{i=1}^{m} v_i x_{ij}$$

2. Išgaubtumas (VRS apribojimai)

$$\sum_{j=1}^{n} \lambda_j = 1$$

3. Ne neigiamų verčių apribojimai

$$u_r, v_i \geq 0 \quad \forall r, i$$

kur:

X_{ij} ir y_{ij} – išvesties ir įvesties rodikliai DMU *j*;

v_i *ir* u_r – svoriai (sprendimų kintamieji), priskirti įvesties ir išvesties rodikliams;

λ_j – kintamieji, parodantys, kiek kiekvienas efektyvus DMU prisideda prie neefektyvių DMU sudėties.

Kalbant apie apskaičiuotus efektyvumo įverčius, efektyviausi DMU yra tie, kurie gauna geriausią įvesties ir išvesties derinį: jei efektyvumo santykis yra 1 (vienetas), draudimo bendrovės veikla yra efektyvi; jei reikšmė mažesnė už 1 (vienetą), ji rodo neefektyvią veiklą.

Šiame tyrime taikant duomenų apgaubties analizės metodą vertinamas draudimo bendrovių, teikiančių savanoriško sveikatos draudimo paslaugas, efektyvumas

2022 m. Analizei pasirinktos 6 draudimo bendrovės, teikiančios savanoriško sveikatos draudimo paslaugas. Iš tyrimų imties eliminuotos draudimo bendrovės, kurios neteikia šių paslaugų. Taigi analizuojamos 6 draudimo bendrovės, turinčios palyginamą draudimo produktų struktūrą. Analizei naudojami viešai skelbiami bendrovių duomenys iš finansinių ataskaitų, draudimo bendrovių veiklą prižiūrinčio Lietuvos banko viešai prieinamų draudimo bendrovių veiklos rodiklių ataskaitų. Dalis įvesties ir išvesties duomenų apskaičiuoti pagal autorių prielaidas.

Analizei kaip įvestis (išteklius) naudojamas etatų skaičius, t. y. visas draudimo bendrovėse dirbančių darbuotojų skaičius, nepaisant to, kad personalo įdarbinimo politika yra skirtinga. Sveikatos draudimo paslaugas draudimo bendrovės dažniausiai platina per draudimo brokerių įmones, kurių darbuotojai nėra įdarbinti draudimo bendrovėse. Be to, kai kuriose bendrovėse dalis asmenų, platinančių draudimo paslaugas, dirba pagal darbo sutartį, o kiti – pagal individualios veiklos sutartis ir nėra įmonės darbuotojai.

Kaip papildomas įvesties rodiklis naudojamos darbuotojų darbo užmokesčio sąnaudų ir komisinio atlygio sąnaudų suma, darant prielaidą, kad komisinio atlygio sąnaudos sudarė 10 % nuo pasirašytų sveikatos draudimo įmokų, o darbo užmokesčio sąnaudoms išskaičiuota dalis nuo visų draudimo bendrovės darbo užmokesčio sąnaudų, sveikatos draudimui priskiriant proporcingai tą dalį, kurią sveikatos draudimo pasirašytų įmokų dalis sudaro visų draudimo bendrovės pasirašytų draudimo įmokų struktūroje: pvz., jeigu draudimo bendrovėje sveikatos draudimo įmokos sudaro 8 % visų bendrovėje pasirašytų draudimo įmokų, tai darbo užmokesčio sąnaudos apskaičiuotos kaip 8 % nuo visų bendrovėje patiriamų darbo užmokesčio kaštų. Vidutiniam draudimo bendrovių darbuotojų darbo užmokesčiui apskaičiuoti imami duomenys iš interneto svetainėje http://www.rekvizitai.lt viešai pateikiamų duomenų.

Siekiant objektyvaus draudimo bendrovių įvertinimo, analizė duomenų apgaubties metodu atliekama 2 aspektais. Pasitelkiant tuos pačius darbuotojų ir darbo užmokesčio sąnaudų duomenis, pirmu atveju išvestis yra pasirašytos sveikatos draudimo įmokos, kitu atveju – sveikatos draudimo techninis rezultatas nevertinant administravimo, žalų reguliavimo ir komisinių sąnaudų. Analizei naudojami 2022 m. duomenys.

Duomenys, naudojami duomenų apgaubties analizei, pateikiami 1 lentelėje.

1. lentelė. Draudimo bendrovių duomenys

	DMU	Įvestis		Išvestis	
Eil. Nr.	Draudimo bendrovė	Darbuotojų skaičius	Darbo užmokesčio ir komisinių sąnaudos	Pasirašytos sveikatos draudimo įmokos	Sveikatos draudimo techninis rezultatas
1	A draudimo bendrovė	110	3 984 428	30 295 036	6 318 287
2	B draudimo bendrovė	965	3 485 925	13 471 219	430 663

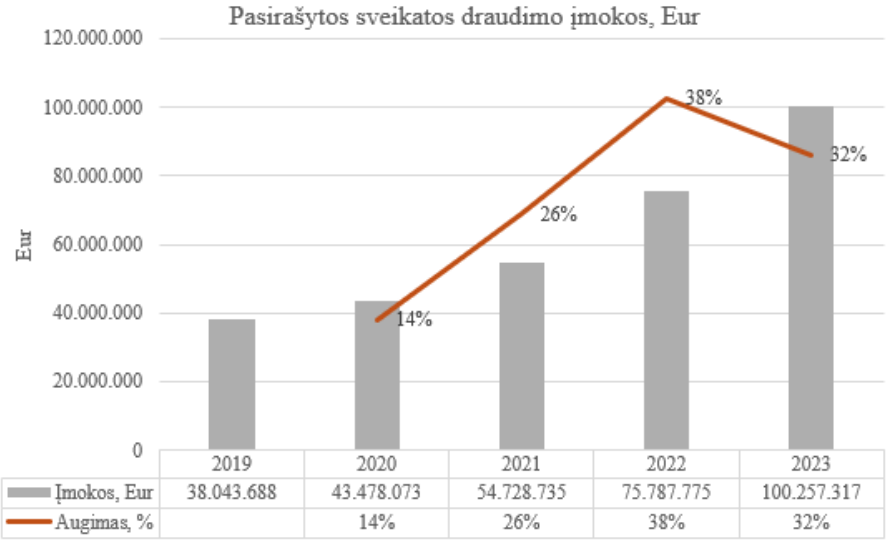
3	C draudimo bendrovė	450	3 249 943	10 726 155	801 782
4	D draudimo bendrovė	538	2 640 025	10 013 367	1 617 707
5	E draudimo bendrovė	182	1 339 678	5 830 110	862 920
6	F draudimo bendrovė	175	292 806	1 621 896	277 145

Šaltinis: parengė Audronė Kupliauskienė.

Radiniai ir interpretacija

Prieš atliekant draudimo bendrovių veiklos efektyvumo analizę, verta apžvelgti sveikatos draudimo potencialą. Sveikatos draudimo įmokos reikšmingai išaugo.

2 pav. pateikiama informacija, vaizduojanti savanoriško sveikatos draudimo pasirašytų draudimo įmokų dydį 2019–2023 m. ir draudimo įmokų augimą, palyginti su ankstesniais metais. Per paskutinius penkerius metus draudimo įmokų dydis išaugo nuo 30,043 mln. Eur 2019 m. iki 100,257 mln. Eur 2023 m. Vienas sparčiausių sveikatos draudimo įmokų šuolių buvo 2022 m., kada draudimo įmokos išaugo 38 % ir draudimo rinkoje tai buvo sparčiausiai auganti draudimo rūšis.



2 pav. Pasirašytos sveikatos draudimo įmokos 2019–2023 m.
Šaltinis: parengė Audronė Kupliauskienė.

Taip pat išaugo sveikatos draudimo išmokos ir sveikatos draudimo paslaugų naudojimo dažnis. Draudimo bendrovės yra pelno siekiančios organizacijos, todėl joms svarbu, kad ši draudimo paslauga generuotų pelną. Pastaraisiais metais smarkiai išaugo sveikatos priežiūros paslaugų kainos, sumažėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, padidėjo sveikatos priežiūros paslaugos laukimo laikas, o tai paskatino savanoriško sveikatos draudimo vystymąsi, tačiau draudimo bendrovės susidūrė su šios draudimo paslaugos pelningumo problema. Siekdamos suvaldyti augančias sveikatos priežiūros paslaugų kainas, medicininę infliaciją, draudimo bendrovės keitė teikiamų draudimo paslaugų apimtį, įvesdamos papildomas priemokas, mokamas iš apdraustojo asmens lėšų. Pavyzdžiui, teikiant ambulatorines ar stacionaro paslaugas pradėta taikyti papildomą išskaitą (franšizę), o tai reiškia, kad draudimo bendrovė dengia ne visą sveikatos priežiūros paslaugų kainą. Dažniausiai draudimo bendrovės apmoka 80 % sveikatos priežiūros paslaugų kainos, o likusią dalį moka pacientas (apdraustasis) iš savo kišenės.

Dėl paminėtų veiksnių, ypač dėl didėjančių administravimo sąnaudų ir medicininių paslaugų įkainių augimo, draudimo bendrovėms pastaraisiais metais sunkiai pavyko valdyti produkto nuostolingumą. 2022 m. draudimo bendrovių veiklos efektyvumas apskaičiuojamas pasitelkiant duomenų apgaubties analizės metodą. Skaičiavimams naudojamas internetinis įrankis „OnlineOutput MCDM Software“ (https://onlineoutput.com), kuris leidžia įvertinti santykinį DMU (draudimo bendrovės) efektyvumą

Pasirinkus įvestis (darbuotojų skaičius, darbo užmokesčio ir komisinio atlygio sąnaudos) ir išvestį (pasirašytos sveikatos draudimo įmokos) atliktos analizės rezultatai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Draudimo bendrovių 2022 m. veiklos efektyvumas vertinant pasirašytas sveikatos draudimo įmokas

	Efficiency	
A draudimo bendrovė	1	Efficient
B draudimo bendrovė	0.51	Inefficient
C draudimo bendrovė	0.436	Inefficient
D draudimo bendrovė	0.504	Inefficient
E draudimo bendrovė	0.598	Inefficient
F draudimo bendrovė	1	Efficient

Šaltinis: sugeneruota „OnlineOutput“, naudojantis tyrimo duomenimis.

Vertinant pasirinktas įvestis ir išvestį, efektyvumo reikšmė 1 reiškia, kad draudimo bendrovė veikia efektyviai, o reikšmė iki 1 rodo, kad veikla nėra efektyvi, palyginti su kitomis analizuojamomis bendrovėmis. Efektyvumo analizė parodė, kad 2 draudimo bendrovės iš 6 yra efektyvios, t. y. vienodai optimaliai naudoja savo žmogiškųjų išteklių ir darbo užmokesčio bei komisinių sąnaudas pasirašant sveikatos draudimo įmokas. O likusios 4 draudimo bendrovės yra panašiai neefektyvios, lyginant su efektyviomis. Pati neefektyviausia yra bendrovė C, nors likusių bendrovių efektyvumo rodikliai skiriasi nedaug.

Atsižvelgiant į skirtingus draudimo bendrovių dydžius, prioritetines teikiamų draudimo paslaugų rūšis, papildomai atliekama analogiška efektyvumo analizė, tik išvestis (rezultatas) yra sveikatos draudimo techninis rezultatas, nevertinant administravimo, žalų reguliavimo ir komisinių sąnaudų, todėl turėtų tiksliau atspindėti analizuojamų draudimo bendrovių veiklos efektyvumą. DEA analizės rezultatai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Draudimo bendrovių 2022 m. veiklos efektyvumas vertinant techninį paslaugos rezultatą

	Efficiency	
A draudimo bendrovė	1	Efficient
B draudimo bendrovė	0.078	Inefficient
C draudimo bendrovė	0.157	Inefficient
D draudimo bendrovė	0.393	Inefficient
E draudimo bendrovė	0.434	Inefficient
F draudimo bendrovė	1	Efficient

Šaltinis: sugeneruota „OnlineOutput“, naudojantis tyrimo duomenimis.

Įvertinus sveikatos draudimo techninį rezultatą, matyti, kad efektyviai žmogiškuosius ir finansinius išteklius naudojo tos pačios 2 draudimo bendrovės – A ir F. 4 draudimo bendrovės iš 6 (B, C, D, E) žmogiškuosius išteklius ir darbo užmokesčio bei komisinių sąnaudas naudojo neefektyviai. Neefektyviausiai žmogiškuosius išteklius ir sąnaudas, teikdama sveikatos draudimo paslaugas, valdė bendrovė B.

Atliekant šią analizę buvo remiamasi autorių prielaidomis. Draudimo bendrovėse kaštai įprastai paskirstomi pagal bendrovėje patvirtintus principus ir gali skirtis, todėl vienareikšmiškų išvadų vertinant draudimo bendrovių veiklos efektyvumą

daryti nebūtų teisinga. Dėl šios priežasties atlikta papildoma analizė, kurioje draudimo bendrovių veiklos efektyvumas vertintas apskaičiuojant sveikatos draudimo techninį rezultatą, kur vietoje įvesčiai naudotų darbo užmokesčio ir komisinio atlygio sąnaudų vertinami kaštai, apskaičiuoti kaip 10 % nuo pasirašytų sveikatos draudimo įmokų. Taip tikimasi gauti skaidresnį veiklos efektyvumo įvertį, mažiau priklausantį nuo bendro draudimo bendrovėje dirbančių darbuotojų skaičiaus, nes realiai tik dalis darbuotojų, dirbančių draudimo bendrovėje, vykdo funkcijas, tiesiogiai susijusias su sveikatos draudimu. Taigi tokia analizė tiksliau atspindi draudimo bendrovės veiklos efektyvumą. Šios analizės rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Draudimo bendrovių 2022 m. veiklos efektyvumas vertinant techninį paslaugos rezultatą, kaip įvestį naudojant administravimo kaštus (10 % nuo pasirašytų sveikatos draudimo įmokų)

	Efficiency	
A draudimo bendrovė	1	Efficient
B draudimo bendrovė	0.155	Inefficient
C draudimo bendrovė	0.365	Inefficient
D draudimo bendrovė	0.791	Inefficient
E draudimo bendrovė	0.741	Inefficient
F draudimo bendrovė	1	Efficient

Pakeitus įvesties duomenis, veiklos efektyvumo rezultatai išlieka analogiški. Tos pačios draudimo bendrovės (A ir F) veikia efektyviai, nepaisant to, kad jų rinkos dalis reikšmingai skiriasi. Draudimo bendrovė A pasirašo daugiausiai sveikatos draudimo įmokų, o draudimo bendrovė F – mažiausiai, taigi racionalus kaštų panaudojimas ir optimalus darbuotojų skaičius yra vienas reikšmingiausių veiksnių siekiant užtikrinti efektyvią draudimo bendrovių veiklą.

Išvados

Tyrime atlikta Lietuvoje veikiančių draudimo bendrovių veiklos efektyvumo analizė. Pasirinktos 6 draudimo bendrovės, kurių veikla ir paslaugų struktūra yra

palyginama. Analizė atlikta šiais aspektais ir vertinta tokiu eiliškumu: 1) 2022 m. veiklos efektyvumo analizė – nustatytas žmogiškųjų išteklių skaičius ir administravimo kaštų bei komisinio atlygio sąnaudų panaudojimo efektyvumas, kai išvestis yra pasirašytos sveikatos draudimo įmokos; 2) 2022 m. veiklos efektyvumo analizė – nustatytas žmogiškųjų išteklių skaičius ir administravimo kaštų bei komisinio atlygio sąnaudų panaudojimo efektyvumas, kai išvestis yra sveikatos draudimo paslaugos techninis rezultatas; 3) 2022 m. veiklos efektyvumo analizė – nustatytas žmogiškųjų išteklių skaičius ir administravimo kaštų panaudojimo efektyvumas, kai administravimo sąnaudoms skiriama 10 % nuo pasirašytų sveikatos draudimo įmokų, o išvestis yra pasirašytos sveikatos draudimo įmokos; 4) nustatyta, kad visais atliktos DEA analizės atvejais tik 2 bendrovės veikia efektyviai.

Nustatyta, kad iš analizuojamų 6 draudimo bendrovių efektyviausiai veikia 2: draudimo bendrovė A ir draudimo bendrovė F. Abiejų jų efektyvumo rodikliai tiek vertinant pagal pasirašytas sveikatos draudimo įmokas, tiek pagal draudimo produkto techninio rezultato generavimą yra 1, o darbuotojų darbo efektyvumas – taip pat 1, vadinasi, darbuotojai dirba efektyviausiai panaudojant paskirstytus administravimo kaštus.

Nustatyta, kad iš analizuojamų 6 draudimo bendrovių neefektyviai veikia 4 draudimo bendrovės: draudimo bendrovė B, draudimo bendrovė C, draudimo bendrovė D ir draudimo bendrovė E Visų šių draudimo bendrovių veiklos efektyvumo rodiklis yra mažesnis negu 1, o pati neefektyviausia – bendrovė B, nepaisant didelio pasirašytų įmokų skaičiaus.

Kiekvienos neefektyviai veikiančios draudimo bendrovės efektyvumo rezultatai ir neefektyvios veiklos priežastys turėtų būti vertinamos individualiai ir pasitelkiant tikslesnius draudimo bendrovių duomenis, kurie nėra viešai prieinami.

Vertinant draudimo bendrovių veiklos efektyvumą, svarbu atkreipti dėmesį, kad racionalus kaštų panaudojimas ir optimalus darbuotojų skaičius yra vieni reikšmingiausių veiksnių siekiant užtikrinti efektyvią draudimo bendrovių veiklą.

Literatūra

1. Alzubi, Jordan, Derrick Fung, Charles Yang ir Jason Yeh. „Improving health insurance markets: cost efficiency, implementation, and financing of expanding association health plans“, *Review of Quantitative Finance and Accounting* 59 (2022): 671–694. https://www.researchgate.net/publication/359451262_Improving_health_insurance_markets_cost_efficiency_implementation_and_financing_of_expanding_association_health_plans.
2. „Dėl nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“. LRS. Žiūrėta 2024 m. lapkričio 10 d. https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35c41ab0a3c411 e590 10bea026bdb259/msqQUWJYgg.
3. Dohmen, Peter, Martin van Ineveld, Aniek Markus, Liana van der Hagen ir Joris van de Klundert. „Does competition improve hospital performance: a DEA based evaluation from the Netherlands“. *The European Journal of Health Economics* 24 (2023): 999–1017. https://doi.org/10.1007/s10198-022-01529-8.

4. Layton, Timothy J., Randall P. Ellis, Thomas G. McGuire ir Richard van Kleef. „Measuring efficiency of health plan payment systems in managed competition health insurance markets“. *Journal of Health Economics* 56 (2017): 237–255. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.05.004.
5. Niedermann, Florian, Florian Schaudel ir Shubham Singhal. „Winning in private health insurance through technical excellence“. Žiūrėta 2024 m. spalio 29 d. https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/winning-in-private-health-insurance-through-technical-excellence#/.
6. Mardani, Abbas, Edmundas Kazimieras Zavadskas, Dalia Streimikiene, Ahmad Jusoh ir Masoumeh Khoshnoudi. „A comprehensive review of data envelopment analysis (DEA) approach in energy efficiency“. *Renewable and Sustainable Energy Reviews* 70, (2017): 1298–1322. https://www.sciencedirect.com/science/ article/pii/S1364032116310875.
7. „Veiklos rodikliai“. Lietuvos bankas. Žiūrėta 2024 m. lapkričio 10 d., https://www.lb.lt/lt/draudikai-veiklos-rodikliai#ex-1-1.

EFFICIENCY OF INSURANCE COMPANIES PROVIDING PRIVATE HEALTH INSURANCE SERVICES

Audronė Kupliauskienė aukupliauskiene@stud.mruni.eu
Birutė Mockevičienė birute.mockevičienė@mruni.eu
Mykolas Romeris University

Summary

In recent years, the importance of private health insurance in Lithuania has increased. In 2023, the premiums for this insurance grew by 32.29%.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of insurance companies providing voluntary health insurance services.

Using Data Envelopment Analysis (DEA), two out of the six analyzed companies (A and F) were found to be the most efficient, while four others (B, C, D, and E) were inefficient. The study showed that optimizing cost utilization and employee numbers is crucial for improving the operational results of insurance companies.

Keywords: health insurance, efficiency, insurance premiums, data envelopment analysis method.

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Viešojo valdymo ir verslo aktualijos: mokslo tiriamieji darbai

SVEIKATOS SEKTORIAUS EFEKTYVUMO VERTINIMAS (2025)

Studentų mokslinių straipsnių rinkinys

Vilnius, 2025

Redakcinė kolegija

Pirmininkė: prof. dr. Birutė Mockevičienė
Vykdančioji redaktorė: Jolita Juknienė

Kiti nariai

Prof. dr. Andrius Stasiukynas
Prof. dr. Asta Vasiliauskaitė
Prof. dr. Giedrė Valūnaitė-Oleškevičienė
Doc. dr. Irmantas Rotomskis
Prof. dr. Brigita Žuromskaitė
Prof. dr. Rūta Dačiulytė

Straipsnių recenzentai:

doc. dr. RamūnasVanagas, prof. dr. Rūta Dačiulytė, prof. dr. Brigita Žuromskaitė, prof. dr. Aistė Dromantaitė, prof. dr. Asta Vasiliauskaitė, prof. dr. Giedrė Valūnaitė-Oleškevičienė, Jolita Juknienė, Ilona Mulerenkienė, prof. dr. Natalja Istomina.

Apsvarstė ir rekomendavo išleisti Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo ir verslo fakulteto taryba (*2025-04-15 Nr. 1VVV-7 (1.46 E-21701*))

Bibliografinė informacija pateikiama Lietuvos integralios bibliotekų informacinės sistemos (LIBIS) portale ibiblioteka.lt.

ISBN 978-609-488-114-5
DOI 10.13165/9786094881145

© Mykolo Romerio universitetas, 2025