

**Пета национална конференция „Актуални проблеми на застраховането и осигуряването“ - Свищов'2006**



(Продължава от бр. 19)

**З**ападноевропейските страни през последните двадесет години непрекъснато са реформирали своите здравни системи. От началото на 90-те години това е и практиката на страните от Централна и Източна Европа, при които реформата в здравните системи се съществува с различен темп, интензивност и дълбочина в зависимост от напредъка на прехода към пазарна икономика.

В хода на тези реформи са били решавани различни проблеми, характерни за отделните национални системи на здравеопазване. Тези реформи имат някои общи черти, които биха могли да се групират в три основни категории:

**Първо**, страните се стремят да поставят разходите за здравеопазване в съответствие с наличните ресурси. С намаляването на темповете на икономически растеж през 80-те и 90-те години в сравнение с бурния растеж в периода след Втората световна война, разходите за здравеопазване са имали тенденция да „изконсумират“ нарастващия дял от БНП. Поради това отделните страни са взели мерки да съдържат медицинските разходи в разумни граници, без да се прекратява предлагането на обслужване с високо качество, изисквано от населението.

**Втората** цел на тези реформи е била превърщането на здравеопазването в посправедлива система. Общопризнано е, че здравните грижи трябва да се предлагат в еднаква степен, и че осигуряването на минимален пакет здравни услуги за цялото население има своите положителни последици. Например поддържането на минимални здравни стандарти за цялото население спомага за намаляване на риска от разпространение на инфекции. Въпреки всичко в редица държави достъпът до медицинска помощ продължава да е нееднакъв, което задълбочава социалните проблеми.

**Трета** цел е била подобряването на ефективността и качеството на предлаганите услуги посредством микроикономически реформи в сектора здравеопазване.

Реформите се различават по вид в различните страни. Там, където се смята, че неефективността се дължи на отсъствието на конкуренция, са взети мерки за създаване на конкурентен натиск. От друга страна, където проблемът се свежда до свръхпредлагане на услуги, са взети мерки за въвеждане на стимули за изпълнителите, например чрез промяна на методите на заплащане. Тези реформи са имали променлив успех. Колкото и трудно да е измери-

**Д-р Мими Виткова, председател на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване**

## ЕВРОПЕЙСКИЯТ ОПИТ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

ции. Задачата им е да поемат разходи по здравеопазване за сметка на онази част от дохода на осигурените, която постъпва в тях под форма на вноски.

Повечето данъчно финансираны системи разполагат с единна държавна система на здравеопазване, в която здравните услуги се извършват с посредничеството на едно държавно ведомство. Ала това не означава, че самата държава от свое име предлага здравни услуги и че медицинският персонал е в трудови правоотношения с нея. Единствено в Гърция и Португалия повечето лекари от извънболничната медицинска помощ са държавни служители.

Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) не играе водеща роля за финансирането на здравеопазването в Европейския съюз (ЕС) за разлика от страни като САЩ, Австралия и Швейцария. В страните от ЕС доброволното здравно осигуряване формира около 20% от разходите за здравеопазване, докато у нас тези средства са под 1%. Поради исторически причини предимно обществената политика в държавите членки на ЕС има за цел да съхрани принципа на финансиране на здравеопазването от държавата или социалното осигуряване и да го направи достъпно за всички граждани независимо от финансовите им възможности. Това води до развитие на системи на здравеопазване, които се характеризират с високо ниво на обществени разходи, почти универсално покритие, задължително участие и предоставяне на пълни пакети от услуги.

През последните двадесет години има известни опити за въвеждане на този модел в много страни от ЕС, най-вече посредством увеличаване на размера на частните разходи за здравеопазване и намаляване на услуги, предлагани от системата на задължително обществено здравеопазване, особено при стоматологичната помощ и лекарствата. Досега обаче това развитие не оказва особено влияние върху пазара на доброволно здравно осигуряване в ЕС. Дори когато размерът на частните разходи за здравеопазване се увеличава с течение на времето, прехвърлянето на разходите от държавата към някои категории лица по-често става посредством налагане на потребителски такси (съвместни и директни плащания), отколкото посредством ДЗО. И докато изключването на известни услуги благоприятства за развитието на пазара на ДЗО при някои видове покритие, повечето държави продължават да предлагат пълни пакети за преобладаващата част от населението. Изключение от тази тенденция се наблюдава в Холандия, където правителството премахва задължителното покритие за една трета от населението, и в Германия, и Испания, където хората с високи доходи (Гер-

мания) и държавните служители (Испания) имат право да изберат ДЗО като заместител на задължителното здравно осигуряване. Макар че някои държави предлагат значителни данъчни облекчения за гражданиците и за осигурителните институции, за да насърчат развитието на ДЗО, в большинството от страните членки на ЕС има тенденция данъчните облекчения да бъдат намалени или премахнати. В резултат на това в Белгия, Дания, Финландия, Франция, Швеция и Великобритания за ДЗО не съществуват данъчни облекчения, а в Германия и Холандия те са твърде ограничени.

Докато страните членки на ЕС остават по принцип обвързани с обществено финансирано здравеопазване за всички граждани, икономическата устойчивост на подобен вид здравеопазване остава под въпрос. Дебатът относно възможността за по-ясно разпределение на задължителното здравно осигуряване посредством изключване на някои услуги или посредством предлагането на „основен“ пакет с ограничени услуги в някои страни членки на ЕС, е придвижен от призиви за по-голямо използване на частните разходи посредством разделяне на ДЗО. В началото на

90-те години Италия и Португалия обмислят възможността да разрешат на потребителите излизане от задължителната система на здравеопазване посредством закупуване на ДЗО. На настоящия етап консервативните партии в Италия, Великобритания и Дания изразяват сънла подкрепа за разширяването на ДЗО като алтернатива на обществено финансираното здравеопазване.

Последните промени в законодателството на ЕС, в резултат на които през 1994 г. беше съставена третата директива за неживотозастраховане, доведоха до създаването на единен пазар за ДЗО в ЕС. За да се увеличи конкуренцията и изборът на потребителите, тази директива забранява държавен контрол върху размера на премиите на ДЗО и на условията за осигуряване (Европейска комисия, 1997 г.). На практика това означава, че в ЕС пазарът на ДЗО е либерализиран и deregулиран до такава степен, че правителствата могат да се намесват само в случай че ДЗО замества задължителното осигуряване (Германия, Холандия, Испания). Такава съществена deregулация е интересно предизвикателство за държавни-

те надзорни органи, особено ако занапред ДЗО ще продължава да се развива.

В контекста на ЕС ДЗО се класифицира в зависимост от това дали замества задължителната здравна система, дали предоставя допълнително покритие за услуги, които са изключени или не са напълно покрити от държавната система, или предоставя задължително допълнително покритие за по-бърз достъп и по-голям избор. Разликата между задължителното и доброволното здравно осигуряване не винаги е съвсем ясна и в някои страни членки може да има комбинация от различни варианти.

### ЗАМЕСТВАЩО ДЗО

**Заместващо ДЗО съществува единствено в Германия, Холандия и Испания. Правото на такъв вид покритие се определя от равнището на дохода (Германия и Холандия), трудовите правоотношения (самоаестите в Холандия и Германия) или за някои професии (държавни служители в Испания и Германия).**

(Следва)

## ОДОБРЕНА Е МИНИМАЛНАТА ДОХОДНОСТ В ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ ПЕНСИОННИ ФОНДОВЕ

(Продължава от стр. 2)

Когато постигнатата доходност от универсални или професионални пенсионни фондове е с над 40 на сто по-висока от средната постигната доходност за съответния вид пенсионен фонд или превишава с 3 процентни пункта средната, средствата от доходността над този процент се заделят за резерв от съответния фонд. Стойността на резервът не може да надвиши 1 на

сто от активите на фонда. Ако постигнатата доходност на универсалния и професионалния пенсионен фонд е под 40 на сто по-висока от резервът във фонда. Когато средствата от резервът във фонда не са достатъчни, пенсионно-осигурителното дружество покрива недостига със средствата от резервът, формиран със собствени средства на пенсионно-осигурително-

то дружество. Съгласно чл. 4, ал. 3 от Наредба № 12 от 10.12.2003 г. заделянето на средства в резервъв се извършва от пенсионно-осигурителното дружество в първия работен ден, следващ деня на обявяване на минималната доходност от заместник-председателя на КФН, ръководещ Управление „Осигурителен надзор“.

**ЗАСТРАХОВАТЕЛ ПРЕС**

## 15 УСПЕШНИ ГОДИНИ

(Продължава от стр. 2)

Г-н Пфое сподели, че първоначално не е имал намерение да се празнува тази 15-годишнина, тъй като не е къргла, тоест не е юбилейна, но като научил, че след къръглата 10-годишнина само за 5 години са продадени толкова автомобили, колкото за предишните 10, е решил категорично да даде възможност всички, завоювали този успех, заедно с досегашните и бъдещи клиенти да празнуват от сърце.

И не се въздържа в края на празничната вечер да благодари най-искрено на първите, които са положили основите на „Мото-Пфое“ и са вложили труд и знания за нейното бързо и мащабно развитие. За да има днес тя свои представителства в 15 града на България. И да изрече с ръка на сърце най-човешките думи: „Аз съм



щастлив с компанията си в България. И с хората, които работят за нея!“ Заявявайки, че по време на ежемесечните си посещения в България всеки път с радост открива и преживява приятната атмосфера с доволни клиенти, той каза, че е спокоен за бъдещето на „Мото-Пфое“ в България. Поради което и дава пълнокръвен живот на настоящото мото на компанията „Клиентът е № 1“.

Истински апоеоз на празника бяха бурните публика изпрати г-н Карл Хайнц Пфое, неговата съпруга, сина му и „главните действащи лица“ в началото и днес, за да превзема „Мото-Пфое“ досегашните и бъдещи територии на българския автомобилен пазар.

**ПЕТЬР АНДАСАРОВ**