

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

# ВЪЗЛОВИ ВЪПРОСИ НА ЗАСТРАХОВАНЕТО И ПЕНСИОННОТО И ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ НЕ ТЪРПЯТ ОТЛАГАНЕ

(Продължава от брой 17)

Основните доклади в секциите застраховане, пенсионно осигуряване и здравно осигуряване предизвикаха оживени дискусии, които в „Застраховател прес“ помести паралелно с някои от докладите. Както е известно, на тазгодишната конференция за пръв път се проведе отделна дискусия, посветена на проблемите на здравното осигуряване. То, разбира се, е част от цялостната осигурително-социална защита на гражданите на една демократична страна. Във връзка с главния въпрос - конфликтът на интереси между държавните и капиталовите структури - мнения изразиха мнозина от участниците в работата на конференцията.

Ректорът на СА „Д. А. Ценов“ доц. д-р **Нено Павлов** изтъкна, че в цял свят текат много сериозни реформи в социалното осигуряване и особено в областта на пенсионното осигуряване. Те произтичат главно от почти еднопосочните тенденции в развитието на демографските фактори, особено силно изразени в Европа и САЩ. Светът върви в голяма степен към отделяне на държавата от социалноосигурителните системи. Въпросът е доколко държавата трябва да присъства в икономиката със своите регулативни функции, ангажименти и доколко трябва да присъства и в социалнозащитните системи. Няма единна политика в това отношение, възприета от международни организации на труда. Това, което лансират Световната банка и Международният валутен фонд, е свързано главно с проблемите на либерализацията. Големият въпрос е: накъде върви Европа и накъде върви нашият модел, нашата политика. Към засилване на оттеглянето на държавата, към либерализацията на механизмите, които ползваме, или ще се търси някакъв компромисен модел, който да съчетава и едно широко присъствие на държавата, и едно по-широко присъствие на пазара? Доколко либерализацията на социалнозащитни системи зависи от мощта на икономиката, от темповете на икономическия растеж, от зрелостта на икономиката, на пазарните механизми?

Според **Христина Митрева** - главен актьор в Националния осигурителен институт, силата е във взаимното допълване, т. е. държавата така да преразпределя средствата и да определя осигурителната тежест (за задължителни пенсионни или здравни вноски), че да остане и ресурс, който хората да могат да заделят за доброволното осигуряване или застраховане. Необходимо е да се прецени ефектът от намаляване на вноски или на данъци и как то ще повлияе върху реформата и на пенсионното, и на здравното осигуряване, а и на застраховането, доколкото и то е неотменим дял от защитата на индивида. Тези три стълба на защита са тясно свързани и ако искаме да създаваме осигурителна, здравна и застрахователна култура, ако искаме да променим нагласата у

хората, именно механизмите на държавата са тези, които трябва да насочват ресурсите така, щото човек да види, че има стимули и да се осигурява, и да се застрахова, изтъкна г-жа Митрева.

Като парадокс окачестви г-н Павлов състоянието на българското здравеопазване в момента, особено ако се сплосстави със социалното осигуряване. В страните, в които има свит публичен стълб, има разрастване се допълнителен доброволен стълб. В България нещата стоят така: единият стълб не работи, а другият стълб се опитва, но не успява. Желанието да се повишава здравната вноска ще значи, че акцентираме върху държавния стълб. Там, където има силен държавен стълб и слаба здравна и пазарна култура, няма участие в доброволните фондове. И тогава те имат проблем с бъдещото си развитие.

В какво се крие неуспехът на нашето здравеопазване и здравно осигуряване? Дали в неефективна политика на промяна, на реформиране на системата? Лошо избран модел или компилиран модел на принципа „отвсякъде по малко“? Другият въпрос е има ли политическа воля и воля у бранша да се реформира системата? Има ли реални субекти, които да могат да извършат реформата в здравеопазването?

Когато се прави реформа в една система, съществува определена логическа последователност: пресструктуриране на системата, приватизиране (чрез нея се създават реални субекти, които да извършат реформата с подкрепата на държавата), либерализиране на системата (отваряне на пространство за конкуренцията) и стремеж към финансово стабилност на базата на изброените три компонента - пресструктуриране, приватизиране и либерализиране. Тази стабилност ще роди свобода на субектите, изборност на потребителя, конкуренция, която от своя страна ще генерира предприемачески инициативи и подходи, за да се подобрява системата. Това е икономическата логика на реформите, които се извършиха в нашите страни, не само у нас и не само в системата на здравеопазването, но и в социалните дейности, и в реалната икономика, обобщил г-н Павлов.

Ще припомним, че на 12 юни 2006 г. се проведе среща между министъра на здравеопазването проф. **Радослав Гайдарски** и представители на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване (АЛДДЗО). Повод за разговорите са основните проблеми в развитието на здравноосигурителния модел у нас, конкретно Националната здравна стратегия 2007-2012 г.

От здравноосигурителните дружества твърдят, че предложеният вариант за Национална здравна стратегия не предлага систематични мерки за борба с корупцията в здравната система. Въвеждането на доплащане за здравните услуги не стимулира развитието на осигурителната система, а води до увеличаване размера на кешовите плащания директно в лечебните заведения. Предлаганият модел на доплащане на здравни услуги оцелява най-много пациента, а не гарантира качество на здравните услуги, нито контрол върху платените от него средства. От асоциацията предлагат развитие на системата чрез няколко основни механизма, сред които демонастизиране дейността на НЗОК и въвеждане на заместящо здравно осигуряване и внасяне на принципни промени в Националния рамков договор.

Подобни предложения бяха направени и по време на Петата национална конференция по актуални проблеми на застраховането и осигуряването в Свищов.

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

## ЕВРОПЕЙСКИЯТ ОПИТ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ



Здравното осигуряване в страните от Западна Европа има сравнително дълга история. Те преимуществено използват два основни модела - на възстановяването и на договарянето.

Паралелно с общото развитие на обществата възниква необходимостта и от развитие на установените системи на здравно осигуряване в тези страни. За тази цел от средата на 80-те години на миналия век започват проучвания за намиране на най-верните пътища за провеждане на реформа в системите на здравеопазването.

Тези реформи имат своята специфика по отношение на реформата, провеждана у нас, която се изразява във факта, че те протичат в страни, които са решили базисните проблеми в покритието, в универсалния достъп до качествена здравна помощ и които отделят около 8%-11% от БВП за нуждите на здравеопазването. България отделя 4%.

Независимо от това, страните от Западна Европа също се сблъскват с редица проблеми, които могат да бъдат обобщени по следния начин: свръхизползване на здравни услуги, водещо до инфлация на здравните разходи и до висока алтернативна цена на пропуснатите възможности в други обществени направления; финансов дефицит, пораждащ необходимостта от увеличаване на размера на осигуровките и на държавното субсидиране. Така например, в началото на 90-те години бюджетните субсидии в Австрия са 12%, а в Белгия достигат 42% от приходите на социалното здравно осигуряване, което в условията на глобална конкурентна среда е неприемливо; недостатъчна конкурентоспособност на финансирането при липса на конкуренция между частни и обществени здравноосигурителни фондове. Този проблем обуславя по-ниска мотивация сред осигурителите да подобряват осигурителните условия при по-ниски разходи. До началото на 90-те години право на свободен избор на фондове имат само гражданите на Белгия и Швейцария и по-ограничено - държавните служители в Германия; здравните разходи са по-тясно обвързани с приходите, а не с потребностите, което на практика води до необосновано използване на здравни услуги; задължителните здравни осигуровки се определят като регресивен данък, което контрастира с принципа на прогресивното подоходно облагане, целящо ефективно преразпределение на богатството. По този начин богатите заплащат относително по-малки размери на осигуровките

спрямо доходите си; съществува скептицизъм спрямо принципа на солидарността.

Изхождайки от горното, страните от Западна Европа определят главните направления на реформата в осигурителните си системи по следния начин:

- провеждане на по-успешна политика за съдържане и контрол върху разходите;

- глобализация на системите за здравно осигуряване;

- въвеждане на пазарни модели с държавно регулиране за по-справедливо разпределение на риска между осигурителните органи.

Най-често в политиката за съдържане на осигурителните разходи се

прилагат по-затворени и проспективни системи за заплащане на изпълнителите на медицински услуги. От друга страна, се разширява политиката на поделене на разходите между осигурените лица, изразяваща се в по-голямото участие на гражданите и пациентите в дедуктивните плащания и потребителските такси в момента на консумацията. Разширява се прилагането на контролните механизми по отношение на ценообразуването. (Например в Холандия и Ирландия се прилагат от 2 до 4 цени за заплащане на ОПЛ, а в Германия се прилага тарифна система за заплащане на лекарите на свободна практика в рамките на ограничен лимит от средства.)

Глобализацията на социалните здравноосигурителни системи тепърва ще поставя своите проблеми. Повод за това дават някои решения на Европейския съд по отношение на прилагането на правата на осигурени лица, произтичащи от фундаменталните принципи за свободно движение на стоки и услуги в рамките на ЕС, които се сблъскват с рестриктивната политика на националните осигурителни фондове.

Пазарната организация на осигурителните системи се препоръчва в съчетание с механизми за регулиране, които не ограничават солидарността и са насочени към премахване на несправедливостта в осигуряването и достъпа до здравна помощ. Този подход се определя като смесен социално-пазарен модел и се оценява като най-ефикасния за реформиране на системите на здравеопазване. Неговите преимущества се изразяват в:

- независимост на финансирането от предоставянето на здравни услуги;

- задължително участие на гражданите в осигуряването за гарантиран пакет от услуги;

- доброволно участие на гражданите в конкурентен пазар за покупка на допълнителни осигуровки извън този пакет;

- множество конкуриращи се фондове с частна и обществена собственост;

- личен избор на фонд за гарантиран пакет, като фондът следва да приеме всички желаещи;

- заплащане на два вида вноски от осигурените лица - с еднакъв процент от дохода за осигуряване на солидарността и фиксирани вноски в зависимост от здравния риск на пазарен принцип;

- конкуренция на фондовете по размера на втората вноска, по допълнителните осигуровки и по качеството на осигуряване. (Следва)

СЛАВИМИР ГЕНЧЕВ