



ЗАСТРАХОВАТЕЛИТЕ „ИСКАТ ДУМАТА“ ПО ПОВОД ПРОМЕНЕТЕ В КЗ

(Продължава от стр. 2)

Защитата на клиентите срещу фалити на застрахователи зависи главно от ефективността и адекватността на наложените със закон правила на застрахователните дружества, както и чрез ефективно прилагане на същите тези правила от компетентните държавни органи.

Създаването на Обезпечителен фонд ще създаде опасност лошо управлявани и недобросъвестни застрахователни дружества да бъдат „финансирани“ от добросъвестните застрахователи с по-големи и добре управлявани портфейли, които ще бъдат натоварени и с допълнителни разходи. Чрез увеличаването на застрахователната премия за сметка на вноските в Обезпечителния фонд ще бъдат натоварени и потребителите на застрахователни услуги. Ще се създадат предпоставки за умишлени фалити и „източване“ на застрахователи за сметка на средствата, натрупани в Обезпечителния фонд. При наличие на Обезпечителен фонд съществува риск от нелегална конкуренция, което е във вреда на сериозните и отговорни застрахователи. От изключителна важност е да се избегнат механизми, които биха направили участниците в този процес по-малко отговорни, независимо дали са директори на застрахователна компания или служители. Съществува опасност и от недобросъвестно поведение от страна на потребители, които биха пренебрегнали обективната оценка за стабилността на застрахователната компания, предпочитайки такава, която предоставя същата услуга

на най-ниска цена, и знаейки, че дори и при несъстоятелност на избраната застрахователна компания, ще им бъде изплатена сума от Обезпечителния фонд.

Други промени в кодекса предвиждат въвеждане на специална уредба за защита на длъжниците по кредити, които са сключили застраховка във връзка с получаването на кредита. Предвижда се и отпадане на възможността за регресни искове от страна на застрахователи към водачи, които са причинили ПТП и имат полица „Гражданска отговорност“. В момента пострадали получават обезщетение от своя застраховател по „Автокаска“, а последният, вместо да предяви иск към застрахователя по „Гражданска отговорност“ за платеното по „Автокаска“ обезщетение, го предявява към виновния водач.

По повод измененията на КЗ застрахователите са предложили редица промени с оглед прецизирането на някои от текстовете, както и отпадането на други. Както в „Застраховател прес“ научи, въпреки че проектът ще бъде внесен в парламента в този си вид, застрахователите са получили уверение, че техните предложения и препоръки ще се вземат предвид при обсъждането му в съответните парламентарни комисии, преди той да бъде внесен за окончателно гласуване в пленарна зала.

СЛАВИМИР ГЕНЧЕВ

Варна, Емилия Николова, специално за в. „Застраховател прес“

С ХИТРОУМНИ ХВАТКИ ЧУЖДИ ТУРИСТИ ПРАВЯТ ОПИТИ ДА ИЗТОЧВАТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ КОМПАНИИ

(Продължава от стр. 2)

Туристи от други страни заявяват в полицията, че са били ограбени. Успоредно с това продават или залагат вещите си, обявени за откраднати. Застрахователите покриват щетите и често почивката на измамниците излиза безплатна, а дори са и на печалба. Едни от най-изобретателните в това отношение са гостите от държавата Израел, които проиграват парите си в казина, а после отиват в полицията и заявяват, че са били открадени.

Последният подобен случай е от преди дни, разказаха от полицията. На 11 юли датската туристка Хеля Петерсен се опита да заблуди служителите на Пето РПУ. Петерсен - преподавател по професия - няколко дни по-рано отседнала в хотел на Златни пясъци. Учителката дошла на почивка във Варна заедно с двете си близначета. Пред органите на полицията Петерсен разказала, че на 11 юли около 14.00 ч пред магазините между блоковете под Колхозния пазар непознат мъж е издърпал чантата от рамото ѝ. Според чужденката вътре имало скъпа видеокамера, дигитален фотоапарат, пари, документи и часовник „Тюсо“. По нейни данни причинената ѝ щета е за над 1200 евро.

Незабавно започнало разследване по случая. Полицаите завели жената на мястото, на което според нея е била ограбена. Били разпитани 11 души продавачи.

Търговците си спомнили, че действително предния ден датчанката и децата ѝ са минали покрай тях. Те обаче отrekli да са видели някой да е нападал жената с близначетата. При това търговците до един били категорични, че не е имало кражба, тъй като по това време нямали клиенти, били пред магазините си и виждали всичко.

Свидетелските показания на продавачите накарали полицията да се усъмни в думите на датчанката. Оперативните работници заподозрели опит за измама. Тъй като органите на полицията знаели, че чужденката заминава за родината си на 14 юли, за случая била уведомена Гранична полиция на летище Варна. В ранните часове в деня на отпътуването на датчанката от Варна багажът на Петерсен бил щателно проверен. Граничните полици намерили в куфарите ѝ

дигиталния фотоапарат и портмонето, което тя описала като изчезнало. Служителите от ГКПП - Летище уведомили колегите си от варненската полиция. Пред органите на реда датчанката обяснила, че тя била забравила дигиталния фотоапарат и портмонето в хотелската си стаята в деня, в който отишла до Колхозния пазар. Щом не ги открила, датчанката решила, че е ограбена, и се обърнала към полицията. После обаче намерила вещите си. Но Петерсен не могла да отговори на униформените защо не известила служителите на реда, че е открила „откраднатите“ вещи. Предприети са действия да бъде информирана застрахователната компания, която е трябвало да плати на датчанката „щетите“, причинени от „грабежа“ във Варна, допълниха от пресцентъра на полицията.

Санди - недвижими имоти предлага

- покупка, продажба, отдаване и наемане по наем
- отпускане на ипотечни кредити
- управление на недвижим имот
- пренасяне на дома и офиса, почистване

1202 гр. София, ул. „Белоградчик“ №1 (непосредствено до Централна автогара), ет. 2, офис 3, тел: 931 39 66, тел/факс: 931 39 77, 0897/ 87 37 37, sandy_ni@abv.bg, www.sandi.imot.bg

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ



(Продължава от стр. 16)

Рискът може да бъде значително ограничен, ако монополизирването на здравното осигуряване започне с даване на право за излизане от системата на задължителното осигуряване и избор на доброволен здравноосигурителен фонд на лица над определени доходи. Ако тези средства се събират от НОИ и ежесечно постъпват в избрания здравноосигурителен фонд, рискът става почти минимален. Така осигурените лица ще имат право на избор на осигурител, НЗОК ще трябва да работи в конкурентна среда, а лечебните заведения ще търсят сами фондовете като източници за финансиране, което ще стимулира качеството на здравното обслужване. Същият механизъм може да се приложи и ако бъде избрана форма на доплащане на здравните услуги.

Независимо от това, че лечебните заведения са търговски дружества, те често са монополисти на даден вид здравна услуга или са такива в съответното населено място. Това изисква сериозен държавен регламент относно методологията на ценообразуване. Цените на здравните услуги, обявявани от повечето лечебни заведения, са произволно образувани и не съдържат никаква икономическа логика.

Цената на здравните услуги трябва да бъде обвързана с качеството. Българската система за оценка на качеството чрез акредитация сериозно се разминава с европейските стандарти. Те задължително са обвързани с външен одит, а не със самооценка, както е у нас.

Политици и меди напоследък усилено коментират необходимостта да се налее допълнително средства в здравеопазването. Мненията се колебаят от преминаване към бюджетно финансиране по системата „Беверидж“ през въвеждане на доплащане до увеличаване на здравноосигурителната вноска на 8%-10% и въвеждане на трети стълб по подобие на пенсионното осигуряване.

Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване счита, че е необходимо до края на 2009 г. да се изпълнят следните стъпки и мерки, които да доведат до развитие на здравноосигурител-

ния сектор, конвергенция на задължителното и доброволното здравно осигуряване и по този начин подобряване на здравеопазването у нас:

- Активизиране на контролната дейност от страна на МЗ и КФН с оглед преустановяване на нелегитимна здравноосигурителна дейност от страна на лечебни заведения и законови промени относно регламентиране дейността на застрахователните компании в областта на здравното застраховане;

- Преустановяване на административно-ценообразуване и въвеждане на изискване всяко лечебно заведение да регистрира в МЗ предельни цени на услугите, които предоставя;

- Адаптиране на здравното законодателство за целите на монополизирването на социалното здравно осигуряване и въвеждане на ефективна конкуренция както между здравните фондове (НЗОК и представители на ДЗО), така и между лечебните заведения;

- Въвеждане на заместващо здравно осигуряване - ДЗО ползва и управлява ресурс от задължителното здравно осигуряване въз основа на свободния избор на пациента - веднъж на 1 г., като приема всички задължения, които НЗОК има към пациентите. НАП превежда ежесечно задължителните здравни вноски в здравния фонд, който е бил избран от осигуреното лице - изборът се прави между НЗОК и съществуващите на пазара 13 на брой доброволни здравноосигурителни дружества;

- Развитие на тръжните механизми за избор на изпълнители на медицинска помощ (ИМП) за целите на определяне на цените, качеството, вида и количеството на услугите;

- Въвеждане на регламенти за коректно приложението на заместващото здравно осигуряване: фонд, който борави със задължителни здравни вноски, да не може да откаже избор на осигурен или да селектира изборите го осигурени по степен на носения здравен риск; НАП разпределя задължителните здравни вноски сред здрав-



Д-р Стефан Таралевков

ните фондове въз основа на представените от тях регистри на избраните ги осигурени лица; здравните фондове (НЗОК или ДЗО), избрани от осигурените лица, нямат задължение за работа с всички ИМП и не практикуват протекция, основана на формата на собственост върху лечебното заведение; ДЗО се практикува само извън обхвата на ЗЗО, без дублиране на пакети и услуги; НЗОК влиза в режим на спазване на регламентите на КФН и подлежи на контрол, както и ДЗО.

Неизпълнението на задължението за здравно осигуряване трябва да се преследва и наказва от закона, както се санкционират некоректните данъкоплатци. Лекарите, лечебните заведения и здравните фондове стават изцяло подвластни на избора и решенията на пациента/осигурения. Така ще фалират само слабите в професионално и управленско отношение структури - тези, които не са предпочетени от потребителя. Държавата трябва да упражнява надзор върху спазването на правилата и честната конкуренция.

Конституционните права на българските граждани на достъпна медицинска помощ и здравно осигуряване са вменени в дълг на държавата и нейното място в здравната система в новите условия е да създава стандарти и да изгради система за перманентен контрол за тяхното спазване; да произвежда кадри и да носи отговорност за тяхната квалификация; да изгради здравна мрежа, съответна на здравните потребности на населението; да равнопостави всички видове собственост в нея, като не допуска всяка от тях да се развива, паразитирайки върху останалите; да децентрализира управлението, като повиши отговорността и не допуска хаос; да интервенира, когато е необходимо, в интерес на общественото здраве; да мониторира резултати и да изработва анализи и прогнози за развитие на системата, за нейното доближаване до европейските стандарти.

„МАРШ“ Е ОБЯВЕН ЗА БРОКЕР НОМЕР 1 ЗА 36-А ПОРЕДНА ГОДИНА

Marsh & McLennan Companies, Inc. (MMC), е обявен за най-големият застрахователен брокер за 36-а поредна година от списание „Business Insurance“ („Бизнес-Застраховане“), което издаде своя годишен брокерски доклад за 2007 г.

Доходите от брокерски и свързани с тях услуги на MMC за 2006 г., възлизащи на \$10.474 милиарда, са с 3 млрд. долара повече от тези на най-близкия конкурент на компанията, като се равняват на общата сума от доходите на тримата най-големи конкуренти на MMC.

„Ние сме горди, че тези цифрови изражения потвърждават лидерските ни позиции в индустрията, но главната причина, поради която клиентите избират „Марш“ пред останалите брокери, е нашият персонал, - заяви председателят и главен изпълнителен функционер на „Марш“ г-н Брайън Стормс. Наистина, доходите ни говорят за това, колко страотни са нашите колеги, и по точно - за техния професионализъм и страст да служат на клиентите по-добре от всички останали. Тази чест отново е тяхна.“

Ст. „Business Insurance“, публикувано от издателството „Crain Communications“ за всички сектори на застрахователната индустрия, притежава над 43 000 абоната в областта на финансите, управлението на риска, застраховането, ползи за служителите и свързаните с тях дисциплини.

В качеството си на най-големия в света застрахователен брокер и консултант, „Марш“ разполага с 26 000 служители и предоставя съвети и услуги на своите клиенти в над 100 държави.

„Марш“ е филиал на „Marsh & McLennan Companies“ (MMC), световна компания за предоставяне на професионални услуги с близо 55 000 служители и \$12 милиарда годишни доходи. MMC е също така компания-майка на компаниите „Guy Carpenter“, „Kroll“, „Mercer Human Resource Consulting“, „Oliver Wyman“ и „Putnam Investments“.

Търговският символ на компанията („MMC“) е изобразен на фондовите борси в Ню Йорк, Чикаго и Лондон. Сайтът на MMC е <http://www.mmc.com>.