ПЕТКО САЛЧЕВ
ЛИДИЯ ГЕОРГИЕВА

ПРИНЦИПИ И ПРАКТИКИ В ЗДРАВНОТО И ПЕНСИОННО ОСИГУРЯВАНЕ



СОФИЯ
2008

ПЕТКО САЛЧЕВ
ЛИДИЯ ГЕОРГИЕВА

ПРИНЦИПИ И ПРАКТИКИ В ЗДРАВНОТО И ПЕНСИОННО ОСИГУРЯВАНЕ

С благодарност към нашите родители!

СОФИЯ
2008

© Copyright: Петко Салчев, Лидия Георгиева
ISBN 978-954-92302-1-5
Оптима - НМН



Marsh & McLennan Companies

Компаниите ММС (Marsh & McLennan Companies - Marsh, Merser, Kroll, Oliver Wyman, Guy Carpenter) са лидер в предлагането на глобални професионални услуги, свързани с консултации в областта на управление на риска, прилагане на стратегии и управление на човешките ресурси. Чрез своето добре позиционирано пазарно присъствие в повече от 100 държави, компаниите подпомагат клиентите си успешно да индентифицират, планират и превъзмогнат създалия се бизнес риск.

MARSH

MARSH MERCER KROLL
GUY CARPENTER OLIVER WYMAN

Управление на риска и застраховане

Марш е световен лидер в предлагането на риск консултации и застрахователни услуги. Марш има капацитет от 26 000 служители обслужващи бизнес организации в повече от 100 държави. Компанията предлага услуги в областа на глобален риск мениджмънт, брокерски услуги, алтернативни рискови финанси, застрахователни мениджмънт програми на публични асоциации, както и частни клиенти. Марш предлага консултански и брокерски услуги с цел клиентите да могат да контрулират и управляват своите застрахователни програми в цял свят, като използват най-добрите застрахователни практики.

MERCER

MARSH MERCER KROLL
GUY CARPENTER OLIVER WYMAN

Човешки Ресурси

Мърсър е най-големия консултант в областта на „Човешките Ресурси“, както и световен лидер в областта на оутсорсинга и инвестиционните услуги. Мърсър присъства вече в повече от 42 държави и е с капацитет от 13 000 служители в целия свят. Компанията предлага изработване на административни и технологични стратегии за определяне на придобивките на персонала на своите клиенти, с цел оптимизиране на човешкия ресурс. Инвестиционните услуги, които Мърсър предлага, включват ръководство на инвестиционни консултации на клиентите си в цял свят на високо професионално ниво.

С благодарност от авторите за финансовата подкрепа на МАРШ/МЪРСЪР България.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ 13

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ 17

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ И ФИГУРИТЕ 18

1. РОЛЯТА НА ОСИГУРЯВАНЕТО В ОБЩЕСТВЕНИЯ ЖИВОТ (*П. Салчев, Л. Георгиева*) 21
1.1 Глобални тенденции и глобална социално-здравна ситуация 28
2. ТЕРМИНОЛОГИЯ И НОРМАТИВНА УРЕДБА (*П. Салчев, Л. Георгиева*) 35
2.1 Системен подход при анализа на осигуряването 36
2.2 Критерии за оценка на осигурителните системи 39
2.3 Политико-икономически модели на осигуряването 40
2.4 Прилики и разлики между застраховане и осигуряване 42
2.5 Нормативна уредба 45
2.6 Европейските предизвикателства и приложимо законодателство (*Л. Георгиева, П. Салчев*) 53

3. ПРИНЦИПИ И ПРАВА В ОСИГУРЯВАНЕТО (*П. Салчев, Л. Георгиева*) 67
3.1 Принципи на задължителното осигуряване 67
3.1.1 Допълнителното задължително пенсионно осигуряване - принципи 70
3.1.2 Допълнителното доброволно пенсионно осигуряване - принципи 70
3.2 Осигурителни права 71

4. МОДЕЛИ В ЗДРАВНОТО И ПЕНСИОННО ОСИГУРЯВАНЕ (*П. Салчев, Л. Георгиева*) 75
4.1 Модели на здравно осигуряване (*Л. Георгиева, П. Салчев*) 76
4.1.1 Исторически преглед 77
4.1.2 Здравноосигурителни схеми 78
4.1.3 Социално здравно осигуряване (*Л. Георгиева, П. Салчев, Р. Чобанова*) 80

4.1.4 Частно здравно осигуряване
(*Л. Георгиева, П. Салчев, Р. Чобанова*) 81
4.1.5 Доброволно здравно осигуряване 83
4.1.6 Двустълбов модел за здравно осигуряване 84
4.1.7 Двустълбов модел с възможност за излизане от задължителната система 85
4.1.8 Тристълбов модел за здравно осигуряване 86
4.1.9 Смесени модели 89
4.2 Модели на пенсионно осигуряване
(*П. Салчев, Л. Георгиева*) 92
4.2.1 Кратък исторически преглед 93
4.2.2 Смесени пенсионни модели 98
4.2.3 Видове пенсии 101

5. ПРАКТИКИ В ПРИЛОЖЕНИЕТО НА ЗДРАВНО И ПЕНСИОННО ОСИГУРИТЕЛНИТЕ СХЕМИ
(*Л. Георгиева, П. Салчев*) 105

АВСТРИЯ 107
БЕЛГИЯ 108
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ 109
ГЪРЦИЯ 110
ГЕРМАНИЯ 112
ДАНИЯ 113
ЕСТОНИЯ 115
ИРЛАНДИЯ 116
ИТАЛИЯ 117
ИСПАНИЯ 118
КИПЪР 119
ЛАТВИЯ 120
ЛИТВА 121
ЛЮКСЕМБУРГ 122
ПОРТУГАЛИЯ 123
ПОЛША 125
РУМЪНИЯ 126
СЛОВЕНИЯ 127
СЛОВАКИЯ 128
УНГАРИЯ 129
ХОЛАНДИЯ 130
ФИНЛАНДИЯ 132

ФРАНЦИЯ 133
ЧЕХИЯ 136
ШВЕЦИЯ 137
ИЗРАЕЛ 139
РУСИЯ 140
СИНГАПУР 140

6. РАЗВИТИЕ НА ПЕНСИОННОТО И ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ (*П. Салчев, Л. Георгиева*) 143
6.1 Социално-демографска среда 143
6.1.1 Пенсиона система – общ преглед 150
6.1.2 Пазар на допълнителното пенсионно осигуряване 158
6.1.3 Пазар на животозастрахователните компании 160
6.2 Здравно осигуряване 162
6.2.1 Задължително здравно осигуряване 163
6.2.2 Доброволно здравно осигуряване – анализ на пазара 165
6.3 Надзор 170

7. РОЛЯТА НА БИЗНЕСА В СИСТЕМАТА НА НА ОСИГУРЯВАНЕ
(*Л. Георгиева, П. Салчев*) 173
7.1 Ролята на бизнеса като потребител и плащащ осигурителните услуги 174
7.2 Ролята на бизнеса, предоставящ осигурителни услуги 176

ЛИТЕРАТУРА 179

CONTENTS

PREFACE 13

LIST OF ABBREVIATIONS 17

LIST OF TABLES AND GRAPHS 18

1. THE ROLE OF ASSURANCE IN SOCIAL LIFE
(*P. Salchev, L. Georgieva*) 21
1.1 Global Trends and Global Health Situation 28

2. TERMINOLOGY AND LEGISLATIVE FRAMEWORK
(*P. Salchev, L. Georgieva*) 35
2.1 Systematic Approach and Analysis of Assurance 36
2.2 Evaluation Criteria for Assurance Systems 39
2.3 Politico-Economic Assurance Models 40
2.4 Similarities and Differences between Assurance and Insurance 42
2.5 Legislative Framework 45
2.6 European Challenges and Applicable Legislation (*L. Georgieva, P. Salchev*) 53

3. PRINCIPLES AND HUMAN RIGHTS IN ASSURANCE
(*P. Salchev, L. Georgieva*) 67
3.1 Principles in Mandatory Pension Assurance 67
3.1.1 Addiotional mandatory pension assurance - principles 70
3.1.2 Additional voluntary pension assurance - principles 70
3.2 Assurance Rights 71

4. MODELS IN HEALTH AND PENSION ASSURANCE
(*P. Salchev, L. Georgieva*) 75
4.1 Models of health assurance (*L. Georgieva, P. Salchev*) 76
4.1.1 Historical Overview 77
4.1.2 Social Health Assurance 78
4.1.3 Social Health Assurance (*L. Georgieva, P. Salchev, R. Chobanova*) 80
4.1.4 Private Health Assurance (*L. Georgieva, P. Salchev, R. Chobanova*) 81
4.1.5 Voluntary Health Assurance 83

4.1.6 The Two-pillar Health Assurance Model 84
4.1.7 Two- Pillar Model with the Option to Avoid the Mandatory System 85
4.1.8 Three-pillar Health Assurance Model 86
4.1.9 Complex models 89
4.2 Models in Pension Assurance (*P. Salchev, L. Georgieva*) 92
4.2.1 Historical Overview 93
4.2.2 Complex Pension Models 98
4.2.3 Types of pensions 101

5. PRACTICES IN THE APPLICATION OF HEALTH AND PENSION ASSURANCE PLANS (*L. Georgieva, P. Salchev*) 105

Austria 107
Belgium 108
Great Britain 109
Greece 110
Germany 112
Denmark 113
Estonia 115
Ireland 116
Italy 117
Spain 118
Cyprus 119
Latvia 120
Lithuania 121
Luxemburg 122
Portugal 123
Poland 125
Romania 126
Slovenia 127
Slovakia 128
Hungary 129
The Netherlands 130
Finland 132
France 133
Czech Republic 136
Sweden 137
Israel 139
Russia 140

Singapore 140

6. DEVELOPMENT OF HEALTH AND PENSION ASSURANCE IN BULGARIA (*P. Salchev, L. Georgieva*) 143
6.1 Socio-Demographic Trends 143
6.1.1 Pension Systems - overview 150
6.1.2 Voluntary Pension assurance Market 158
6.1.3 Life Insurance Market 160
6.2 Health Assurance 162
6.2.1 Mandatory Health Assurance 163
6.2.2 Voluntary Health Assurance – Market Analysis 165
6.3 Supervision 170

7. THE ROLE OF BUSINESS IN THE ASSURANCE SPHERE (*L. Georgieva, P. Salchev*) 173
7.1 The Role of Business as the Consumer and Buyer of Assurance Services 174
7.2 The Role of Business as the Provider of Assurance Services 176

REFERENCES 179

ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящата книга е насочена към широк кръг читатели – специалисти по осигуряване и застраховане, актюери, здравни мениджъри, мениджъри на осигурителни и застрахователни компании, административни кадри от Министерство на здравеопазването и Министерство на труда и социалната политика, осигурителни институции, специализанти по медицина, социално и осигурително дело, публична администрация, социална медицина и здравен мениджмънт и студенти по медицина, стоматология, фармация, и специалностите, свързани със социалното и осигурителното дело.

В първата част на книгата е разгледано място, ролята и функциите на осигуряването в обществения живот и е направен кратък анализ на глобалните тенденции и глобалната социално-здравна ситуация.

Втората част разглежда терминологията, използвана в осигуряването и нормативната уредба в тази насока. Тук е разгледано и приложимото Европейско законодателство.

В третата част задълбочено са анализирани принципите в задължителното и допълнителното осигуряване и осигурителните права.

В четвъртата част е направен анализ на съществуващите теоретични модели в здравното и пенсионно осигуряване, а в следващата практиките в приложението на тези модели в 28 страни в Европа и света.

В шестата част е направен анализ на пенсионната и здравноосигурителната система в България, като са разгледани рисковете и предизвикателствата пред нея

В последната глава е разгледана ролята, функциите и задачите на бизнеса в сферата на осигуряването – пенсионно и здравно.

В тази книга не са разгледани теорията и практиките на здравния риск мениджмънт, които имат пряко отношение към принципите и практиките на пенсионното и здравно осигуряване както и към качеството и безопастността на предоставяните медицински услуги, и ще бъдат обект на следваща публикация.

Пожелаваме Ви приятно четене!

PREFACE

This book targets a large audience, including specialists in insurance and assurance business, actuaries, health managers, managers of insurance and assurance companies, representatives form Ministry of Health and Ministry of Social Affairs, assurance institutions, specialists in the fields of medicine, social and assurance affairs, public administration, social medicine and health management, as well as graduate and postgraduate students of medicine, stomatology, pharmacy, etc.

The first part discusses the position, role, and the functions of assurance in social life, along with a concise analysis of the global trends and global social health environment.

The second part focuses on the terminology used in assurance sector and the legislative framework in this field. The application of the systematic analysis of assurance, the evaluation criteria for assurance schemes, the current politic-economic models, and the similarities and differences between assurance and insurance, are all introduces and discussed. Applicable European legislation is presented in this part as well.

The principles in mandatory and voluntary assurance, along with assurance rights, have been analyzed in detail in the third part of the book.

The fourth section examines the existing theoretical models in health and pension assurance, while the next looks at the application practices of these models in 28 countries in Europe and the rest of the world.

The sixth section investigates the health and pension assurance systems in Bulgaria and discusses the risks and challenges they face.

The last chapter considers the roles and functions of business in the spheres of health and pension assurance.

This book does not examine the theory and practices of health risk management, which are directly related to the principles and policies of health and pension assurance and the quality and safety of the provided health services. These will be the focus of another publication.

We wish you a pleasant reading!

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

AAMP	Американска агенция за международно развитие
БВП	Брутен вътрешен продукт
ДБ	Държавен бюджет
ДВ	Държавен вестник
ДДЗО	Дружества за доброволно здравно осигуряване
ДОО	Данък общ доход
ДПФ	Доброволен професионален фонд
ЕИО	Европейска икономическа общност
ЕС	Европейски съюз
ЗАД	Застрахователно акционерно дружество
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗОД	Здравноосигурителни дружества
ЗПАД	Застрахователно и презастрахователно акционерно дружество
КСО	Кодекс за социално осигуряване
КФН	Комисия за финансов надзор
МВФ	Международен валутен фонд
НБП	Национален брутен продукт
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НОИ	Национален осигурителен институт
НСИ	Национален статистически институт
ОИСР	Организацията за икономическо сътрудничество и развитие
ООН	Организация на обединените нации
ПАК	Пенсионно акционерно дружество
ПОК	Пенсионна осигурителна компания
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СЗО	Световна здравна организация
СОД	Среден осигурителен доход
СТО	Световна организация на труда
УФП	Универсален пенсионен фонд
CEIOPS	Комитет на европейските надзорни органи по застраховане и пенсионно осигуряване
PAYG	pay-as-you-go

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ И ФИГУРИТЕ

ТАБЛИЦИ

Таблица 1. Възникване, развитие, характер и съдържание на социалното осигуряване 26
Таблица 2. Световно население по икономическо развитие, 1965-2030 г., в млрд. 29
Таблица 3. Индикатори, свързани със здравния статус по страни с различна степен на развитие, 1960-2005 30
Таблица 4. Численост на населението в света (1650-2050) 30
Таблица 5. Страни с намаляващо население (по прогноза на ООН) 31
Таблица 6. Средногодишен ръст на населението (2000-2050) в проценти 31
Таблица 7. Средна възраст на населението в света 32
Таблица 8. Средна продължителност на предстоящия живот по региони 32
Таблица 9. Сравнителен анализ на здравно-политическите модели на здравеопазване 41
Таблица 10. Принципи при задължителното пенсионно и здравно осигуряване 69
Таблица 11. Пазарни ограничения при частното здравно осигуряване 84
Таблица 12. Предимства и недостатъци при въвеждането на различните модели на здравноосигуряване в България 82
Таблица 13. Тенденция на коефициента на зависимост в Европа 90
Таблица 14. Коефициент на заместване в Европа 99
Таблица 15. Видове пенсии, нормативни изисквания, фактори на размера и размер на пенсията 100
Таблица 16. Население към 31.12. по години и пол 102
Таблица 17. Население под, във и над трудоспособна възраст 143
Таблица 18. Коефициенти на раждаемост и естествен прираст на населението 144
Таблица 19. Икономическа активност на населението на 15 - 64 навършени години по местоживеене и пол през 2007 година 147
Таблица 20 Осигурени лица във фондовете за допълнително пенсионно осигуряване към 31.12.2007 г. по пол и възраст 155
Таблица 21. Среден размер на натрупаните средства на едно осигурено лице* според пола и възрастта, 2007 156
Таблица 22. Основни пенсионни компании, опериращи на пазара 158
Таблица 23. Пенсионни осигурителни фондове – инвестиционни инструменти 159
Таблица 24. Консолидиран държавен бюджет за здравеопазване (млн. лева) 164
Таблица 25. Бюджет на НЗОК от 1999 до 2007 г. (в хил. лева) 166
Таблица 26. Премийните приходи на ДДЗО за 2007 168

ФИГУРИ

Фигура 1. Глобализация и здраве 29
Фигура 2. Предизвикателства пред човечеството 33
Фигура 3. Схема на социално осигуряване 36
Фигура 4. Пример за финансови източници, механизми за участие и осигурителни структури 76
Фигура 5. Триъгълник на здравното осигуряване 79
Фигура 6. Опростен модел на социално здравно осигуряване 80
Фигура 7. Коефициент на раждаемост, смъртност и естествен прираст (‰) България – 1990-2007 г. 145
Фигура 8. Коефициент на заетост по пол (%) 146
Фигура 9. Осигурителен доход по пол в % към средния осигурителен доход 148
Фигура 10. Пенсионери по пол – в % от активното население 148
Фигура 11. Осигурителен стаж при пенсиониране за ОСВ по пол 149
Фигура 12. Възраст при пенсиониране 149
Фигура 13. Коефициент на заместване на дохода 150
Фигура 14. Размер на средна, социална и минимална пенсия – 1-ви стълб 153
Фигура 15. Доходност на професионалните пенсионни фондове (2005-2007 г.) 156
Фигура 16. Доходност на универсалните пенсионни фондове (2005-2007) 157
Фигура 17. Доходност на доброволните пенсионни фондове (2005-2007) 157
Фигура 18. Пазарен дял на ДПФ - 2007 158
Фигура 19. Пазарен дял на някои пенсионни фондове според брой осигурени 159
Фигура 20. Пазарен дял на животозастрахователните компании - 2007 161
Фигура 21. Разходи за здравеопазване в 25-те страни на ЕС и България като % от БВП (2006) 164
Фигура 22. Пазарен дял на ДДЗО - 2007 167
Фигура 23. Структура на премийния приход по видове пакети на ЗОД - 2007 168
Фигура 24. Структура на изплатените претенции на ЗОД за 2007 169
Фигура 25. Организационна структура на КФН 172

1. РОЛЯТА НА ОСИГУРЯВАНЕТО В ОБЩЕСТВЕНИЯ ЖИВОТ

Социалната и здравна политика, както и развитието на съответните системи е открит, многолинеен процес, който се разгръща под въздействието на различни фактори, изграждащи както същността на дадената обществена система на всеки конкретен исторически етап, така и от различните въздействия от социален, икономически, културален или от природно-климатичен характер. Тук няма и не трябва да се очаква съществуването на никакъв предварително зададен образец, модел на „правилно" решение, защото „правилното" във всеки момент е онова развитие, което в най-висока оптимална според реалните възможности степен, спомага да бъдат решени проблемите на конкретното общество, то да се съхрани и да се развие на по-високо ниво. Това, че обществото в лицето на своите елити „избира" пътя за някакво следващо развитие и формите на това развитие, съвсем не означава, че то (обществото) може да прави каквото си иска или каквото си иска даден политик – „вожд", император, диктатор, президент, министър и т.н. Прави се онова, което е реално възможно от наследените средства, материални и духовни предпоставки, нагласи, доминиращи ценности, а също и от възникващите в процеса на развитието нови възможности, средства, нагласи, очаквания и надежди.

Правото на „правилното" решение в условията на зрелостта на дадено общество и особено в модерната епоха си оспорват множество идеологии и политически модели, като се започне от религиозните и се стигне до либералните, консервативните, анархистичните, социалистически и други идеологии. Няма никаква гаранция, че определен модел (идеология) на най-развитата в даден исторически момент държава е „най-правилната", просто защото на един следващ етап, когато тя бъде заменена в лидерството от друга държава или цивилизация, този модел ще бъде обявен за „неправилен".

На съвременния етап от развитието на човечеството като „правилни" се обявяват идеите на либерализма за представителна демокрация и свободно пазарно стопанство, при това в тяхната крайна форма – на индивидуализъм и пазарен фундаментализъм. Особено ярко това стои в сферата на социалната и здравна политика и осигуряване, където основен призив е развитието на

конкурентна пазарна среда и постепенно отмиране на солидарния принцип при развитието на системата. Оттук и натискът от страна на апологетите на този принцип върху общественото съзнание да се прилагат тези образци (индивидуални пенсионни и здравни сметки, множественост на касите, пълен пазар на социалните и здравни услуги, обща приватизация), независимо от историческата традиция, културна идентичност и социална зрялост на българското общество в настоящия момент. Тези апологети имат готовност да направят и приложат този модел със същата ефективност, както тези образци (модели) работят в задаващите тон в технологично, икономическо, политическо отношение развитие страни на този етап.

Ако се вгледаме внимателно в цялостното досегашно развитие на човечеството не може да не забележим доминирането на две генерални тенденции, зададени още в дълбока древност и обосновани във философските системи на Платон и Аристотел. При Платон има доминиране на общото – идеите, държавата, обществото над частното, единичното – отделния човек. Обратно при Аристотел има доминиране на единичното, отделното над общото – индивида над държавата, обществото. Всъщност и при двата възгледа, изграждащи двете линии на развитие на дадено общество се предлагат решения на проблемите в съответствие с такива фундаментални принципи и ценности като „свобода", „солидарност", „социална справедливост", „равенство", „субсидиарност", които са и критерии за „рационално" и „хуманно" развитие на обществото.

Неоспорим факт е, че днес водещи глобални тенденции в развитието на човечеството е демократизацията и изграждането на глобална единна система на световно разделение на труда и единен глобален пазар за търговия и обмен. В реализирането на тези тенденции различните общества се намират на различна степен в съответствие с нивото на социална и икономическа зрялост, исторически и културни традиции и национална идентичност. Именно затова желанието на някой да налага силово и веднага едни или други свои представи като универсални ще доведе до сривове в обществото и неговите подсистеми (здравеопазване, социална сфера), които са обект на тези силови промени към различно (демократично) устройство и пазарна икономика.

В този смисъл демокрацията, разбирана в нейната либерално-представителна форма се опира на определени принципи и

ценности, които са адекватни на природата й и обясняват нейната притегателна сила. Несъмнено като универсални ценности, които едновременно с това са и принципи, които трябва да бъдат заложени във всяко социално и здравно-политическо решения са свободата, равенството, справедливостта и солидарността. Тези универсални принципи-ценности са основата за решаването на цяла група проблеми, отнасящи се до отношенията между „личността" или „индивида" и „обществото", „държавата", между „лидера" и „масата", между „суверенитета на личността" или на „нацията" и тяхната зависимост от държавата или наддържавните институции.

Развитието на човечеството е моделирало човекът да живее и се труди в колектив (съвместно) и да се реализира в определена социална среда. Самостоятелното (индивидуално) оцеляване е немислимо поради природно обусловения начин на съвместно съществуване и реализация. Съвместното съществуване предопределя солидарността при защитата от различни видове рискове, които възникват в природата и обществото. Именно поради това взаимовръзката „солидарност – риск" е обективно обусловена необходимост за живота, оцеляването и реализацията на всеки човешки индивид. Тази връзка е генетично обусловена в природата, живота и развитието на човека още от стадното начало на съществуването му, за да се превърне постепенно в съзнателно организирана и управлявана дейност по социалната взаимопомощ и осигуряване в съвременното човешко общество. Защото ако животинското означава стадно, то човешкото означава социално, а общественото – мащабите и параметрите на функционирането на социалното (Гочев, Манов, 2004).

Социалното осигуряване като явление от историческа, обществена и икономическа гледна точка възниква и се утвърждава преди застраховането, като се развива и разграничава в няколко основни етапа (Таблица 1):

1. Преминаването от стадна към обществена организация на съществуването на човека, където възниква т.н. „съзнателно" отношение към риска за съществуването и организацията за неутрализиране или намаляване на негативното влияние на този риск.

В този етап е положено началото на „осъзнатата" потребност от солидарност за оцеляване и развитие на човешкия род. Тази солидарност се базира на неразвитото разпределение на труда в

семейството и племето без писана и регламентирана нормативна база, основаваща се на исторически създадени традиции, правила и догми. Това са различните патриархални модели на поведение при подкрепа на членовете на семейството или на племето, които осигуряват съществуването, живота, възпроизводството, здравето и развитието на членовете на обществото при наличието на различни рискове от окръжаващата среда.

2. Структуриране на обществото, развитие на разпределението на труда и съответните стоково-парични отношения вътре и между човешките съвкупности и окрупняването им в нации и народи

В развитието на този етап възниква необходимостта от управление, ред и сигурност между всички направления на усложнените човешки, стопански, политически, социални и културни отношения, при които нарастват рисковете от природен, производствен и обществено-икономически характер. Повишените рискове пред отделните членове и групи на човешкото общество пораждат и необходимостта от социална сигурност и съответно социално осигуряване, което постепенно трябва да се адаптира към възникващите промени в обществено-икономическия живот. Това води до разчленяване и диференциране на социалното осигуряване на базата на отделните видове рискове – такива, свързани с нетрудоспособност (възрастова – пенсионно, безработица – осигуряване, ниски и несигурни доходи, бременност и майчинство, здравето –временна и трайна нетрудоспособност и други) или със здравето – здравно осигуряване при настъпване на риска от заболяване. Исторически това развитие обхваща един продължителен период на излизане на човека от сферата на семейството и племето и навлизането му във формиращите се държави. Този етап се характеризира преди всичко със слаба намеса на регулаторни отношения (самопомощ) и държавни структури, чрез стихийни прояви на форми на обща защита и на различни благотворителни дейности. При този етап е характерна липсата на законова и нормативна база, структури и органи за регулиране и финансова база за осъществяване на социалната солидарност.

3. Организирана форма и създаване на нормативна база, формиране на хоризонтална и вертикална система на организация финансова обезпеченост и управление на различните форми на социално осигуряване.

Този етап води началото си от края на XIX век, като

регламентирана комплексна социалноосигурителна система е създадена и започва да функционира за първи път в Германия през 1891 год. при управлението на Бисмарк. Тогава е приет за първи път закон, регламентиращ социалното осигуряване на работещите в частните и държавните предприятия – реална форма на социално осигуряване, като възможност за колективна защита на засегнатите от социални рискове. Известни са различни форми на организирано социално осигуряване и помощ и преди Бисмарк, но при него то получава сравнително завършен и организиран вид.

Развитието на социалното, пенсионното и здравно осигуряване в последните години е поставено пред нови предизвикателства, свързани с глобализацията и непрекъснатото увеличаване на движението на пари, хора и стоки през границите на държавите. Посочените по-горе в Таблица 1 три основни организационни форми за развитие на социалното осигуряване неминуемо ще претърпят промени и развитие в този процес на глобализация. Влизането на България в единното семейство на Европейския съюз е пример за това влияние върху общите социални, пенсионни и здравноосигурителни системи. Новите регламенти на Европейския съюз, свързани с пенсионното и здравно осигуряване ще окажат и оказват своето влияние върху развитието на системите. Вече има разработени единни правила на ЕС относно социалното осигуряване на гражданите на Европейската общност, които държавата е задължена да имплементира в своето законодателство. В процес на разработване и въвеждане са такива правила, отнасящи се и до здравното осигуряване.

Процесът на икономическа глобализация през последните десетилетия на XX век се характеризира, както със силно увеличен обем на трансграничните потоци на стоки и хора, така и с основни промени в тяхното естество. Този процес започва да навлиза и в политическото пространство – увеличаване на страните членки на Европейския съюз, търсене на пътища за по-голямо обединение в рамките на съюза, създаване на над национални политически органи – Европейски парламент, Европейска комисия, дори и Европейска конституция. След 11 септември 2001 година този процес, макар и трудно забележимо, обхваща и най-ригидните структури – създаването на международна коалиция за борба с тероризма.

Таблица 1. Възникване, развитие, характер и съдържание на социалното осигуряване

Основни характеристики	Племе	Семейство	Държава
1. Обществена организация	Съвместен живот, основан на прехода от стадна към обществена организация	Съвместен живот в рамките на семейството и външни комуникации с племето и други държавни и недържавни структури и институции	Единна съвкупност от семейства, общности, съюзи, институции и други обществени структури
2. Фактори за живот и възпроизводство	Всеобщ еднороден нископроизводителен труд	Труд основан на обща за семейството заетост	Труд, основан на обществено разделение и силна семейна, регионална и отраслово-професионална диференциация
3. Субекти	Глава на семейството, вожд, съвет на старейшините	Глава на семейството	Държавни органи на власт и управление
4. Принципи	Всеотдайност, взаимопомощ, общодостъпност, солидарност в рамките на племето	Всеобщност, взаимопомощ и общодостъпност в рамките на семейството и нарастваща диференциация между семействата	Всеобщност, общодостъпност и солидарност в рамките на държавата, силна диференциация между семейства, региони, отрасли и професии
5. Методи	Пряко осигуряване в цялото племе	Пряко осигуряване в семейството, племето и държавата	Пряко осигуряване в семейството, независимо и параметрично от: А)държавата Б) пазарни форми на разпределение и преразпределение В)степен на обществено и международно разпределение на труда
6. Система	Традиции, нерегламентирана	Традиционна и съчетана с определена държавна регламентация (издръжка, наследство, задължително гледане и др.)	Регламентирано в рамките на държавата
7. Живот и възпроизводство	Физическо оцеляване	Диференцирано физическо оцеляване до луксозно потребление	Зависимост от производителност на труда и икономически потенциал на капитала и държавата

Източник: Гочев Г., Б. Манов „ Социално осигуряване" 2004

Международната търговия бележи непрекъснат растеж и което е характерно, има непрекъснато увеличение на дела на услугите, което показва не само количествено увеличение, но и качествени изменения на глобалните процеси. Паричните потоци от развитите страни непрекъснато се увеличават, въпреки периодично възникващите кризи, като тази през 80- те на XX век и тази, която се развива в момента. В тези парични потоци, често изразяващи се преди предимно във финансови помощи и търговски заеми за правителствата на страните с по-слаби икономики, днес настъпва изменение и започват да доминират инвестициите в производствени мощности на транснационални компании и в акции на институционални инвеститори, насочени към частния сектор. Международния валутен фонд (МВФ) играе все по-голяма роля в насочването на тези потоци, но неговите препоръки са насочени предимно за преминаването от финансови заеми към инвестиционни проекти. Тази трансформация, обаче, в голямата си част подминава страните с нисък доход, които продължават да бъдат жизненозависими от паричните помощи, които имат малък растеж, след годините на упадък в следствие с развихрилата се азиатска финансова криза в края на XX век. Както е посочено от Световната банка (World Bank Report, 2001) общият развоен капитал (включително неконцесионните заеми) е намалял от върховата стойност 60,9 милиарда долара през 1991 година на около 38 милиарда долара през 2000 г., което е общо намаление с 37%.

Промените в трансграничните потоци отразяват и са предшествани от сериозно отваряне на икономиките, особено в развиващите се страни от бившия социалистически блок, като основните начини на това отваряне бе чрез намаляване на търговските бариери, премахване на контрола върху капиталите и либерализация на ограниченията върху обмяната на чужда валута, развитие на местен частен капитал и възможности за връзки с останалите пазари, без административния контрол на държавата. Това отваряне се дължеше основно на политиката и разработените програми на МВФ и Световната банка, а по отношение на търговията бе затвърдено от Споразуменията на Световната търговска организация (СТО) от Уругвай.

Една от разликите на предишните процеси на урбанизация е постоянно увеличаващото се трансгранично придвижване на хора, като законната миграция, за разлика от незаконната е с по-бавен

темп на растеж, поради това, че правителствата на развитите страни се стремят да затворят границите си, с изключение за висококвалифицирани хора или за притежателите на капитали (САЩ – регулация чрез зелени карти, Канада, Австралия, Нова Зеландия, Великобритания – насърчаване на миграцията за хора с капитали).

Вътрешните зависимости на системите на социално, пенсионно и здравно осигуряване, са подложени на влиянието и стават обект на зависимост от кръговите процеси на глобализацията: (1) повишените трансгранични потоци, които стимулират развитието на (2) глобалните правила и институции, които от своя страна спомагат за отваряне на (3) икономиките на отделните страни и по този начин се увеличава мащаба и обхвата на трансграничните потоци.

1.1 Глобални тенденции и глобална социално-здравна ситуация

Глобалните тенденции могат да бъдат анализирани чрез групиране на страните по географски региони, равнище на икономическо развитие и политически, културни или етнически характеристики.

Глобалният социално - здравен статус включва разнообразни социални и икономически стандарти и показатели на бедност, доходи, безработица, заболеваемост, инвалидност и смъртност по целия свят. Върху него влияят социално-икономическите фактори, околната среда и различните интервенции, предприемани от правителствата. Въпреки многото различия между развитите и развиващите се страни има обща загриженост и споделени интереси.

При изследване на глобалния социално-здравен статус страните могат да се групират по различни начини – **географски принципи** (напр. регионите на СЗО); по **икономически статус** (както се извършва от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие – ОИСР), което помага да се изгради цялостна картина на разликите и особеностите.

Фигура 1. Глобализация и здраве

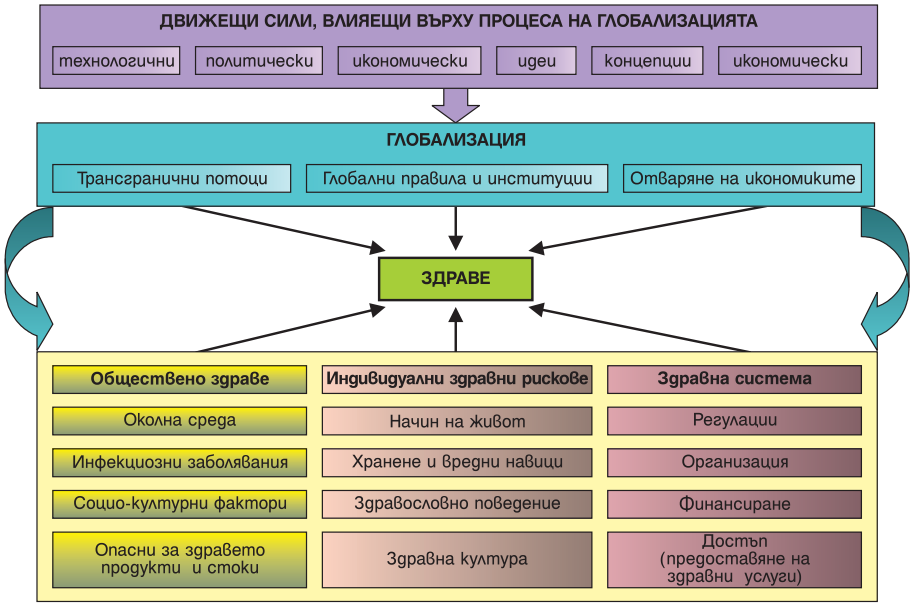


Таблица 2. Световно население по икономическо развитие, 1965-2030 г., в млрд.

Равнище на развитие	1965	1973	1980	1991	2000	2030
Страни с ниски и средни доходи	2,60	3,17	3,66	4,53	5,29	7,74
Страни с високи доходи	0,67	0,73	0,77	0,82	0,86	0,92
Общо население на света	3,28	3,90	4,43	5,35	6,16	8,66

Източник: World Bank, World Development Report, 1993

През 2007 г. населението на света надхвърля 6 млрд. души, като около 77 % от него живее в развиващи се или слабо развити страни (Таблица 2).

Огромните разлики в НБП на глава от населението и в демографските показатели (раждаемост, смъртност, естествен прираст) се отразяват на почти всички индикатори за социалния и здравен статус (Таблица 3).

Таблица 3. Индикатори, свързани със здравния статус по страни с различна степен на развитие, 1960-2005

	Слабо развити	Развиващи се	Развити
Национален брутен продукт на глава (2005 г.) в USD	235	1 231	28 163
Средна продължителност на предстоящия живот			
1960	43	53	72
2005	51	64	79
Раждаемост на 1000 души от населението			
1960	48	38	17
2005	39	25	11
Коефициент на плодовитост			
1960	6,6	6,0	2,8
2005	5,3	3,1	1,7
Процент раждания, извършени от специалист (1990-2000)	28	57	101
Майчина смъртност (на 100000 живородени) - 1990	1 102	463	12
Детска смъртност (на 1000 новородени)			
1960	171	138	31
2005	109	64	6
Процент на имунизации (1990-2005)			
Триваксина ДТК	62	80	92
Полиомиелит	62	81	89
Рубсола	60	79	90

Източник: World Bank, World Development Report, 2006

Таблица 4. Численост на населението в света (1650-2050)

Година	Население	Средногодишен ръст (%)
1650	500 милиона	-
1820	1 милиард	0,4
1939	2 милиарда	1,1
1960	3 милиарда	1,8
1974	4 милиарда	1,9
1987	5 милиарда	1,6
1999	6 милиарда	1,4
2013	7 милиарда	1,2
2028	8 милиарда*	0,8
2050	9 милиарда	0,5

Източник: UN Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects. The 2000 Revision. New York, 2000.

** Данните за 2028 и 2050 са при среден вариант на прогноза*

Трябва да се отбележи, че значително по-висок от средния годишен прираст се наблюдава в редица африкански и азиатски страни, докато доста европейски страни имат силно изразена тенденция на все по-увеличаващ се отрицателен естествен прираст.

По прогнози на ООН се очаква сериозно намаление в голяма част от развитите страни на населението, като при някои то ще бъде над 20 %. Особено тревожни са тези прогнози за България, Украйна, Грузия, където се очаква намаление на населението с повече от 40% (Таблица 5).

Таблица 5. Страни с намаляващо население (по прогноза на ООН)

Страна	Население 2000 г. (в хиляди)	Население 2050 г. (в хиляди)	Разлика в %
Австрия	8 080	6 452	-20,1
България	7 949	4 531	-43,0
Грузия	5 262	3 219	-38,8
Естония	1 393	752	-46,1
Италия	57 530	42 962	-25,3
Испания	39 910	31 282	-21,6
Русия	145 491	104 258	-28,3
Украйна	49 568	29 959	-39,6
Унгария	9 968	7 486	-24,9
Швейцария	7 170	5 607	-21,8

Източник: UN Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects. The 2000 Revision. New York, 2000.

В целия свят се наблюдава тенденция към застаряване на населението, която не е еднакво изразена в различните региони и страни. Най-висок процент на нарастване се очаква за лицата във възрастта над 60 и 80 години, докато при лицата под 15 години нарастването ще е само 0,15% през следващите 50 години (Таблица 6).

Таблица 6. Средногодишен ръст на населението (2000-2050) в проценти

Страни	0-14	15-59	60+	80+	Общо
Развити	-0,34	-0,42	1,07	2,23	-0,02
Развиващи се	0,21	1,01	2,87	4,22	1,03
Слабо развити	1,26	2,38	3,37	4,07	20,4
Общо	0,15	0,79	2,35	3,40	0,86

Източник: UN Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects. The 2000 Revision. New York, 2000.

За застаряването на населението говори и нарастването на средната възраст, особено силно изразено в Европа и Северна

Америка. Докато през последните 50 години средната възраст на населението е нараснала само с три години, то се очаква за следващите 50 години тя да нарасне с повече от 10 години (Таблица 7).

Таблица 7. Средна възраст на населението в света

Страни	1950	2000	2050
Силно развити	28,6	37,4	46,4
Развиващи се	21,4	24,3	35,0
Слабо развити	19,5	18,2	26,5
Общо	**23,6**	**26,5**	**36,2**

Източник: UN Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects. The 2000 Revision. New York, 2000.

Интерес представлява възрастовата структура на населението. При изследване на съотношението на лицата над 65 години към лицата от 0 до 14 години е тревожен факта, че не се очаква достатъчно попълнение от подрастващите контингенти. Страните, при които този дял е по-висок са явно застрашени от недостиг на трудови ресурси в бъдеще и от депопулация.

Нарастване броя на старите хора в света ще бъде един от най-съществените фактори, оказващи влияние върху системите на здравно и социално осигуряване. Прогнозите на ООН показва, че освен увеличаване дела на лицата на 65 години, ще нараства и дела на лицата над 80 години, което означава, че през следващите десетилетия ще има все повече възрастни и стари хора, зависещи от малък брой лица в трудоспособна възраст, които са основен източник на финансиране на здравните и социалните системи.

Таблица 8. Средна продължителност на предстоящия живот по региони

Страни	2000			2050
	Мъже	Жени	Общо	Общо
Силно развити	72,4	79,5	75,9	82,1
Развиващи се	61,0	63,6	62,3	75,0
Слабо развити	47,5	49,6	48,6	69,7
Общо	**62,2**	**65,2**	**63,7**	**76,0**

Източник: UN Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects. The 2000 Revision. New York, 2000.

Основните приоритети, които стоят за разрешаване пред специалистите, през следващите десетилетия са свързани с преодоляване на **бедността**, която води до редица **болести**, растежа на **населението**, **недохранването**, непрекъснатото увреждане на **околната среда** и управлението на **бедствените ситуации** (Фиг. 2).

Фигура 2. Предизвикателства пред човечеството



На базата на краткия анализ на основните параметри и предизвикателства пред човечеството, свързани с глобализацията и развитието на обществото трябва да направим извода, че тези предизвикателства изискват добро познаване, анализиране и управление на здравноосигурителните и пенсионните системи, които да отговарят в пълна степен на очакванията и потребностите на населението.

2. ТЕРМИНОЛОГИЯ И НОРМАТИВНА УРЕДБА

За да бъдат разгледани задълбочено здравното и пенсионното осигуряване е необходимо да се анализира същността и съдържанието на по-общото понятие, включващо ги в себе си, а именно социалното осигуряване. По своя обхват и съдържание социалното осигуряване е сложна система на взаимовръзки и взаимодействия между обектите на осигуряването, субектите, принципите, методите, критериите и подходите по осъществяването му. Сложността на тази система е в пряка зависимост от:

- Спецификата на тристранните отношения и интереси между осигурители, осигурени лица и осигурителни институции;
- Доходите и свързаните с тях осигурителни вноски;
- Възникването и проявлението на осигурителните отношения;
- Характера и мащабите на произтичащите икономически, социални, финансови, здравни и демографски процеси;
- Възприетите приоритети на социалната политика.

Следователно социалното осигуряване е относително самостоятелна система, обхващаща и обезпечаваща срещу случайни рискови събития всички членове на обществото, които по независещи от тях причини могат да изпаднат в състояние да останат без доход и условия за живот и възпроизводство (Фиг. 3). Различни автори определят системния характер на социалното осигуряване, като подчертават различни негови характеристики. Те определят осигуряването като:

„Относително самостоятелна система за живот и възпроизводство на тази част от обществото, която по независещи от нея причини не е в състояние да си осигури доходи и условия за живот и възпроизводство" (Гочев, Манов)

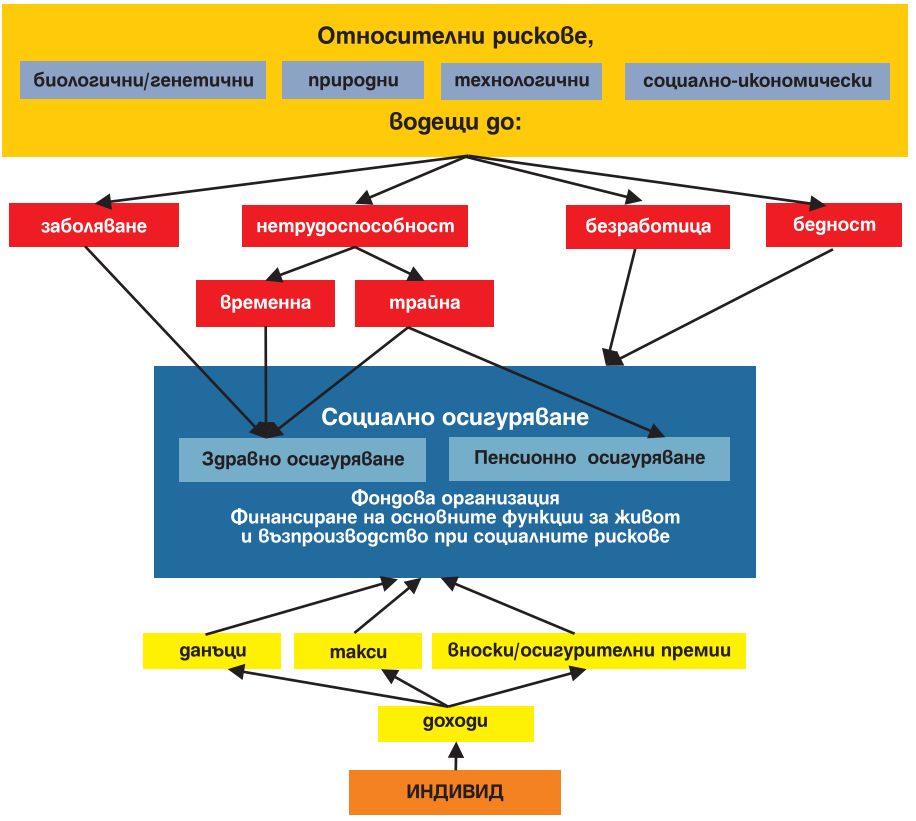
„Осигуряването се признава като най-висша форма за обезпечаване на широките народни маси, на професионалните групи и на отделни лица срещу случайни, поединично взети непредвиждаеми, но в своето масово настъпване статистически оценяеми събития, които пораждат щети или парични нужди на засегнатия индивид." (Ив. Кацаров).

„Социалното осигуряване може да се определи като съвкупност от социално-икономически отношения, които се пораждат при образуване, управление и разпределение на специален фонд, формиран от вноски на определени източници и предназначен

за разпределянето и задоволяването на потребности на лица по отношение на които са се сбъднали определени събития" (Здр. Георгиев).

Тук могат да се разгледат и други определения на различни български автори като Д. Димова, Д. Нинов, които го интерпретират като подсистема на общественото възпроизводство, а Н. Павлов го разглежда като механизъм за акумулиране и разпределение на парични средства в полза на бенефициентите по повод на настъпили осигурителни рискове.

Фигура 3. Схема на социално осигуряване



2.1 Системен подход при анализа на осигуряването

Понятията и принципите на *теорията на системите* се прилагат в различни области, включително и при такива сложни организационни структури като социалното, здравното и

пенсионно осигуряване. Общата теория на системите предлага редица понятия, даващи възможност да се обясни характера на тези системи, да се идентифицират и подредят проблемите в тях.

Ключово свойство на откритите системи е в това, че те са длъжни да си *взаимодействат* със средата за да обезпечат необходимите ресурси за живот, адаптация и развитие. Това означава, че те трябва да се разглеждат във връзка със своята среда, и че тази среда сама по себе си, се явява важно средоточие на изследователския интерес. Начинът, по който тези системи реагират на политическите действия и стимули, зависи, както от тяхната роля и функции, така и от убежденията, опита и отношението на тези, които взаимодействат с тях. Именно затова е необходимо да се познава историческото развитие на социалното (здравно и пенсионно) осигуряване. Системите на осигуряване са подложени на постоянното влияние на множество външни фактори – демографски (изменение на състава на населението), социално-икономически (доходи, инфлация и др.), заболеваемост (изменение на структурата на заболеваемостта), на обществените очаквания и др.

Второ свойство на системите е, че те съществуват вътре в *йерархията* на други системи, т.е. те могат да се разглеждат от гледна точка на различните системни нива. Разглеждането от гледна точка на различните йерархични нива ни позволява да направим разграничение, принципно важно за анализа на политическите стратегии, а именно – да разграничим външните и вътрешните стимули за промяна.

Третото фундаментално разбиране на системите – това е *взаимозависимостта* на различните елементи, влизащи в състава на отделната система. Източник на системността е съвкупността на организационните взаимодействия между частите – свойствата на отделните части могат да бъдат разбрани само във връзка с цялото. Осигуряването е система, състояща се от редица подсистеми, които могат да преследват собствени интереси, въпреки, че дори и незабележимо изменение на една от частите може да доведе до промени във функционирането на всички останали системи части.

Системата може да се представи като съвкупност на организирани взаимодействия (Checkland) – *характеристиките на всяка отделно взета система определят конфигурацията на съставните й части и отношенията между тях.*

В теория на системите се използва понятието *саморегулация* – т.е. системата съхранява относителната си устойчивост благодарение на действащите хомеостатични механизми, предполагащи наличието на обратна информационна връзка. Понятието саморегулиращи системи има биологичен произход и не бива да се приема твърде общо – все пак осигуряването не е биологичен организъм. Въпреки това понятието саморегулация ни помага да изясним защо системите на осигуряване (пенсионно, здравно) противодействат на радикалните промени и защо не може сами да се превърнат в система от съвършено нов тип.

Друго ключово понятие от системния анализ е *граница* на системата. От една страна осигуряването се разглежда като открита система в постоянно взаимодействие със своята среда, но от друга страна то самото се състои от множество подсистеми. В границите на системата на социалното осигуряване влизат всички пенсионни, здравни и социални мероприятия, институции и т.н. Елементите на системата се намират в динамични взаимоотношения и взаимодействия едни с други и с променящата се среда. Тези взаимоотношения влияят на оптималния размер на всеки елемент и на начините на разпределение на елементите.

Доколкото осигуряването е поставено под влиянието на различни други системи, тези които се стремят към неговото преобразуване (реформа) са длъжни да действат на съответните нива. Трябва да се отчита точно коя инстанция или институция има отговорност за една или друга конкретна функция. В доклада на Световната здравна организация за 2000 г. е обсъждано понятието „надзор" (англ. *stewardship*). Това е свързано с отговорностите на правителствата по защита системата на здравеопазване. Докато оперативното ръководство може да бъде осъществявано от "квазидържавни" (НЗОК) или частни организации, крайната отговорност за дейността на системата на осигуряване се носи от правителствата. Именно правителството е длъжно да определи общите цели на системата, в т.ч. такива цели като осигуряване на високо и еднакво ниво на здраве на населението и осигуряване на съответствие на услугите на обществените очаквания. Затова правителствата или тези, които действат от тяхно име са длъжни активно да ориентират осигурителните системи в необходимото направление, защото в техните ръце са всички лостове за осъществяване на промяната.

Системният подход предполага изясняване на връзките между

системите на различни нива, което означава, че стимулите, формирани извън осигуряването трябва да бъдат съгласувани със стимулите, използвани вътре в него (напр. данъчните стимули влияят върху избора на осигуровка или застраховка). Промените в системата на осигуряване ще бъдат успешни само ако има необходимите ресурси за обезпечаване на висококачествени услуги или с други думи е необходимо оптимално използване на материално-техническата база, персонала и финансовите средства. Това означава *съвкупност от дейности, насочени към съвместно решаване на задачите по управление и обезпечаване на ресурсите и се основава на предпоставката, че лицата, отговорни за ефективното използване на ресурсите са длъжни да отчитат възможните резултати от използването им, а лицата, отговорни за обезпечаване на качеството са длъжни да имат възможност да влияят върху използването на ресурсите*.

2.2 Критерии за оценка на осигурителните системи

Оценката на всяка осигурителна система трябва да се основа на точни, ясни и измерими критерии, които да позволяват да се даде отговор на въпроса, дали тя отговаря на потребностите на обществото. Критериите за оценка могат да бъдат обединени в две основни групи – общи и от гледна точка на обществените потребности.

Общите критерии за оценка са:

- *Достъпност* – дали е осигурен равен достъп за всички нуждаещи се;
- *Адекватност към потребностите* – дали предоставените услуги са съответни по количество и качество на потребностите на нуждаещите се;
- *Действеност* - може ли системата да се справи с предизвикателствата;
- *Ефективност* – разход/полза – съотносими ли са вложените разходи към получените ползи;
- *Реални възможности за финансиран*е – стабилност и многообразие на финансирането.

Критерии за оценка **от гледна точка на обществените потребности**:

- *Равенство на шансовете* – еднакви грижи при еднакви състояния;
- *Защита на социално слабите* – модели на защита при рискови групи, свързани със солидарността;
- *Въздействие върху цялата популация* – прилагане на мероприятия (публични услуги), които носят полза за цялото общество;
- *Ефективност, ефикасност и целесъобразност* – подбиране и поставяне на обществено значими приоритети.

2.3 Политико-икономически модели на осигуряването

Фундамент на социалната политика и съответно на социалното (здравно и пенсионно осигуряване) е взаимовръзката между следните категории: **потребност – интерес – мотивация – стимул(санкция) – отношение – поведение – потребление**.

На базата на тази взаимовръзка постепенно държавата като субект на управлението формира и съответната политика – познаване и целево прилагане на законите на обществото, природата и възпроизводството на човека, населението и обществото, откъдето възниква и голямо разнообразие от отношения – икономически, обществени, социални, пазарни, регулаторни, регионални, международни и т.н.

Основните социално-политически ценности, които могат да са база за класифициране и сравняване на видовете осигурителни системи могат да бъдат определени в четири групи:

- лична отговорност;
- социална ангажираност;
- свобода;
- равенство.

В **социалното осигуряване** са класифицирани четири основни политико-икономически модела (Й. Христосков), а именно:

- **либерален модел** – индивидът сам определя социалното и трудовото си поведение, което е свързано с лична предвидливост;
- **колективно-либерален модел** - гарантиран минимум, финансиран с данъци (по системата Беверидж) плюс допълнително осигуряване чрез лична инициатива;
- **доходно-пропорционален (корпоративен) модел** – адекватно

компенсиране на загубените доходи от труд на основата на предварително участие с осигурителни вноски и солидарно споделяне на риска;

- **държавно обезпечаване** – задоволяване на потребностите на нетрудоспособните със средства от държавния и/или общинските бюджети.

Таблица 9. Сравнителен анализ на здравно-политическите модели на здравеопазване

Признак	Либерален модел	Етатистки модел	Консервативен модел
Лична отго-ворност	Личната отговорност за постигане на целите е изключително важна. Подкрепата от обществото не трябва да подкопава моралното благосъстояние и личните усилия	Личната отговорност отсъства, прехвърлена е на държавата. Личните стимули за успех са желани , но липсата им не води до социална непълноценност или неполучаване на грижи	Изключителна лична отговорност при липсата на съответни задължения от обществото по осигуряване на здравни грижи
Социална анга-жираност	Благотворителността, подкрепата от общността са удачни средства за стимулиране, но при строги, условия – потенциалния потребител трябва да мобилизира първо всички свои усилия и след като му се помогне, да може да излезе на ново ниво	Пълна социална ангажираност на обществото за осигуряване на потребностите. Елиминира се мотивацията на индивидите. Еднакво за всички.	Липсва социална ангажираност-допустима е частна благотворителност, но се приема за морално опасна, защото често е унизителна за получателя и корумпираща за донора и обикновено се разпределя неравностойно.
Свобода	Свободата е върховно право, като има и съответни задължения от страна на обществото за нейното гарантиране	Ограничена в интерес на обществото свобода. Централизираното планиране и широката роля на държавата се счита за недопустимо ограничаване на свободата.	На свободата се гледа като абсолютно право и наличие на възможности за избор. Държавата е средство за постигане на свобода за действие на индивидите
Равенство	Равенството пред закона е ключова концепция със силно предимство на свободата пред равенството	Абсолютно равенство често води до ограничаване на свободата личността с цел на осигуряването му	Ограничено равенство – основава се на доходите

В настоящия момент съществуват три ясно определени дефиниции за системата на **здравно осигуряване**, базирани на основния критерий – кой е носителят на отговорността за здравето (Таблица 9):

- **Чисто пазарно ориентирания модел (монетаристичен, консервативен)**. В този модел на здравеопазна система всеки

индивид има основните политически и морални права на свобода, собственост и право на здраве, признати от обществото. Обобщено той е свързан с индивидуалните права и отговорности за собственото здраве. При този модел здравната услуга (здравето) се възприема като стока, която може да се купува или продава на свободния пазар [СЗО]. Този модел може да се определи накратко по следния начин "*всеки е лично отговорен за своето здраве*". При този модел няма съответно задължение (обществено организирано) за осигуряване на здравето.

- **Социално-етатисткия модел (от френското etat - държава)**. При този модел здравето и здравните грижи (здравеопазването) се разглеждат преди всичко като *отговорност от страна на държавата* за социалното и здравно благополучие на гражданите. Той се определя като мобилизиране на колективните усилия от страна на държавата за създаване на регулаторни механизми, базирани на социалното равенство при осигуряване и получаване на здравни грижи. Този модел се определя накратко по следния начин: "*държавата е отговорна за здравето на всеки*".

- **Либерален модел**. Този модел се базира на принципите на социалната солидарност, където богатите, младите и здрави граждани плащат за бедните, старите и болни. Персоналната отговорност за постигане на здравно и социално благополучие се подкрепя от държавата, социалните осигурителни фондове и неправителствените организации, фондации и други. Този модел може да бъде определен накратко по следния начин "*всеки е лично отговорен за своето здраве, но в усилията за постигането му е подпомаган от обществото като цяло*".

2.4 Прилики и разлики между застраховане и осигуряване

Въпреки, че има разбиране за ясно отграничената разлика между осигуряване и застраховане е необходимо да се отбележат съществуващите прилики и разлики между двете. Приликите между застраховането и осигуряването могат да бъдат разгледани в няколко направления (Й. Христосков): 1) Терминологични; 2) В икономическата основа на съществуването на двете системи; 3) В принципите и 4) В покриваните рискове

Терминологичните прилики са:

- В названието – social insurance, life insurance, health insurance – в английския език insurance се използва и при двата термина, които се употребяват в българския език – застраховане и осигуряване; има и втори термин на английски език – assurance – който освен че се превежда като увереност, сигурност, има и друго значение - осигуряване, застраховане, застраховка. Именно това води до объркване на някои автори, които често сместват двете значения. Допълнително усложнение в използването на тези термини възкиква от практическото им приложение във Великобритания, където здравно осигуряване (assurance) се използва в контекста на здравна застраховка (предоставяна от животозастрахователни компании). Респективно, здравна застраховка (insurance) се отнася към услугите предлагани от големите здравнозастрахователни компании като Bupa International, Cigna International и GBGI. По–голяма яснота при използването на термина insurance, когато се касае за осигуряване, има при прибавянето на думата social пред него.

- В използваната терминология, свързана с организацията и управлението на системите – фондове, рискове, покритие, пакети и т.н.

- Сходна терминология в понятията, свързани с резервите

- Сходна терминология в названието на продуктите

- Сходна терминология в инвестиционната политика и т.н.

Както отбелязва Христосков терминологичните сходства са по-големи при капиталовото осигуряване и застраховането и по-малки при общественото осигуряване. При т.н. системата “Беверидж” сходството направо отсъства.

Приликите в **икономическата основа** на съществуването на двете системи могат да се отбележат най-общо като:

- Наличие на значими рискове за индивидите и бизнеса и ясно осъзнатата необходимост за тяхното споделяне чрез различни организационни форми

- Възможността за оценка на тези рискове (математико-статистическо моделиране) и създаване на схеми за тяхното намаляване

- Възможност за осигуряване на ползи (печалба) - “**win - win**” както за застрахования (осигурения), така и за застрахователя (осигурителната институция) в рамките на големите съвкупности и споделяне на рисковете

Приликите в **принципите** са свързани с:

- Възможности за споделяне на риска и солидарност между отделните участници в схемата
- Възмездност и еквивалентност
- Гаранции и обезпеченост на правата на застрахованите (осигурените) от страна на застрахователите/осигурителите чрез собствения им капитал, създаване на гаранционни капитали, технически и специални резерви и т.н.

Прилики при **рисковете** – част от покриваните рискове при социалното осигуряване са и рискове, които могат да се застраховат; има възможност за прехвърляне на рискове между двете системи – застраховане и осигуряване. Характерно за здравното осигуряване и застраховане е, че има почти пълно покриване на рисковете между двете. Здравното осигуряване е метод за финансиране и управление на здравната помощ чрез обединяване на риска за всички членове от една страна и обединяване на осигурителните вноски на работниците, работодателите, държавата – от друга, като здравното застраховане на практика функционира на същата основа.

Й. Христосков определя и няколко основни и специфични **различия** между двете системи, а именно:

- Социалното (общественото) осигуряване "по дух и същност е израз на грижа от страна на общността към нейните членове". А застраховането се свързва с предвидливостта на отделния индивид (проф. Кацаров). Следователно – осигуряването е свързано с живота на индивида в общността, докато застраховането е личен избор.
- По отношение на социално-политическите ценности – осигуряването е обществено призната необходимост, свързана с отговорността на обществото (държавата) за защита на гражданите чрез споделена солидарност (социал-етатистки модел), докато застраховането е свързано с личната отговорност за защита на индивидуалните интереси и личния избор за включване или излизане от определена схема на споделена защита (либерален модел).
- Социалната ангажираност е характерна преди всичко при осигуряването, докато индивидуалния (бихейвиористичен) подход е характерен за застраховането.
- Обезщетенията, получавани от социалното осигуряване (пенсионно и здравно) са в размери, предварително определени със закон или в осигурителния договор, а при застраховането – в

рамките на договорената застрахователна сума;

- Задължителният характер и всеобщността при социалното осигуряване са доминиращ принцип, докато в застраховането този принцип се простира само за определени застрахователни рискове;

- Социалното осигуряване има много по-дългосрочен характер, докато при застраховането преобладава краткосрочността;

- Социалното осигуряване се осъществява в различни форми (парична, натурална, смесена), докато при застраховането само в парична форма.

- При застраховането дейността се осъществява от застрахователна компания, докато при социалното осигуряване има институционално отделяне на управляващата компания от осигурителния фонд.

Посочените по-горе прилики и разлики влияят и върху развитието на застрахователния и осигурителния пазар, които по своята същност са конкуриращи се пазари, но едновременно с това взаимно се допълват. Това е възможно поради възможността за прехвърляне на рисковете от единия на другия пазар. Разликата между осигурителния и застрахователния пазар е отчетливо видна при разнообразието на предлаганите продукти – те са повече и по-атрактивни при застрахователния пазар. Друга характерна черта, отличаваща застрахователния от осигурителния пазар, е че застрахователния е по-отчетливо „частен", докато осигурителния е повече „публичен/социален". И не на последно място съществена разлика в двата пазара е, че осигурителния е по-силно регулиран и контролиран, което го прави по-ригиден, докато застрахователния е по мобилен и конкурентноспособен.

2.5 Нормативна уредба

Съвременната нормативна уредба на социалното (пенсионно и здравно) осигуряване се основава на няколко фундаментални човешки и социални права, записани в съответните международни документи, по които България е страна.

В ратифицирания от България през 1970 г. **Международен пакт за икономически, социални и културни права** (Обн. ДВ бр. 43 от 28.05.1976 г.) в чл. 9 е казано, че държавите-страни по този пакт, признават правото на всяко лице на социална сигурност,

включително и на обществени осигуровки. В чл. 11 е направено допълнително уточнение, че се признават на всяко лице и семейството му правото на задоволително жизнено равнище, включващо достатъчно храна, облекло и жилище, както и на непрекъснато подобряване условията на живот.

В **Европейската социална харта (ревизирана)** (Обн. ДВ.бр.43 от 4 май 2001 г.) в част първа са определени следните права на гражданите от страните членки на ЕС, а именно:

- Всеки има право да се ползва от мерки, съдействащи му да постигне възможно най-добро здравословно състояние.
- Всички работници и лицата на тяхна издръжка имат право на социално осигуряване.
- Всеки, който не разполага с достатъчно средства, има право на социална и медицинска помощ.
- Всеки има право да се ползва от услугите на службите за социални грижи.
- Инвалидите имат право на независим живот, социално интегриране и участие в живота на общността.
- Семейството, като основна клетка на обществото, има право на подходяща социална, правна и икономическа закрила, за да се осигури неговото пълно развитие.
- Децата и младежите имат право на подходяща социална, правна и икономическа закрила.
- Всеки възрастен човек има право на социална закрила.
- Всеки има право на закрила срещу бедност и социална изолация.

В чл. 11 на тази харта е определено право на опазване на здравето, което включва необходимите мерки, насочени към:

- премахване, доколкото е възможно, на причините за заболявания;
- създаване на служби за консултации и образование с цел подобряване на здравето и развиване на чувство за индивидуална отговорност по въпросите на здравеопазването;
- предотвратяване, доколкото е възможно, на епидемиите, ендемиите и на другите болести, както и на злополуки.

В член 12 е определено правото на социално осигуряване, което включва задължението на държавата да:

1. създаде или поддържа система за социално осигуряване;
2. поддържа системата за социално осигуряване на задоволително

равнище, но не по-ниско от равнището, необходимо за ратифициране на Европейския кодекс за социално осигуряване;

3. полага усилия за постепенно повишаване на равнището на системата за социално осигуряване;

4. предприема стъпки, с които да обезпечава:

а) равно третиране на гражданите на другите страни с техните собствени граждани по отношение на правото на социално осигуряване, включително запазване на обезщетенията, предоставяни от законодателството в областта на социалното осигуряване, независимо от придвижванията на тези лица между територите на договарящите страни;

b) предоставяне, поддържане и възстановяване на правото на социално осигуряване чрез такива средства, като присъединяване на периодите на осигуряване или трудов стаж, натрупани в съответствие със законодателството на която и да е от договарящите страни.

Правото на социална и медицинска помощ е вписано в чл. 13 на Хартата, където е определено задължението на държавата по:

- осигуряване необходимата помощ за всяко лице, което не разполага с достатъчно средства и което не е в състояние да си осигури тези средства със собствени сили или да ги получи от друг източник, в частност от обезщетения по схема за социално осигуряване, а в случай на болест - да му осигурят грижите, които се изискват от неговото състояние;
- гарантиране, че политическите или социалните права на лицата, получаващи такава помощ, няма да бъдат ограничавани по тази причина;
- осигуряване всекиму възможност да получава от компетентни държавни или частни служби такива съвети и лична помощ, каквито са необходими, за да се предотврати, отстрани или облекчи негова лична или семейна нужда;
- прилагане разпоредбите на ал. 1, 2 и 3 на този член към намиращите се на законно основание на тяхна територия граждани на някоя от другите страни по същия начин, както по отношение на своите собствени граждани в съответствие със задълженията, произтичащи от Европейската конвенция за социална и медицинска помощ, подписана в Париж на 11 декември 1953 г.

В чл. 14 са определени правата на помощ от службите за социални грижи, които включват насърчаване или организиране

дейността на тези служби, които биха съдействали чрез методите на социалната работа за благосъстоянието и развитието на отделните лица и групи в обществото, както и за тяхното приспособяване към социалната среда; поощряване участието на отделни лица и на доброволчески или други организации в създаването и дейността на такива служби.

В чл. 15 са определени правата на инвалидите на независимост, социално интегриране и участие в живота на обществото, в чл. 15 правото на семейството на социална, правна и икономическа защита, в чл. 23 правата на възрастните на социална закрила, които са свързани с предприемане на мерки от страна на държавата с цел:

- да дадат на възрастните хора възможност, колкото може по-дълго да останат пълноценни членове на обществото с помощта на:

а) средства, достатъчни да им позволят да водят прилично съществуване и да играят активна роля в обществения, социалния и културния живот;

b) предоставяне на информация за услуги и условия, които са на разположение на възрастни хора и за възможностите им да ги използват;

-да дадат на възрастните хора възможност свободно да избират своя начин на живот и да водят независимо съществуване в обичайната им среда, докато искат и могат, с помощта на:

а) предоставяне на жилища, отговарящи на техните нужди и на състоянието на тяхното здраве, или на адекватна помощ за приспособяване на техните жилища;

b) здравеопазване и грижи, изисквани от тяхното състояние;

-да гарантират подходяща помощ на възрастните хора, които живеят в съответни заведения, при зачитане на личния им живот, както и участието им във вземането на решения относно условията на живот в заведението.

В приетата от България **Конвенция** №**35** относно осигуровката старост (индустрия и др.), 1933 (*Обн. ДВ. бр.44 от 3 Юни 1997г.*) страната се задължава да установи или да осигури задължителна осигуровка старост при условия, най-малко равни на тези, предвидени в конвенцията. Задължителната осигуровка старост се прилага за работници, служители и чираци от индустриалните предприятия, от търговските заведения и от свободните

професии, а също така и за надомните работници и за домашните прислужници. Същото задължение е поето и при ратифицирането на Конвенция [1] 36 относно осигуровка старост (земеделие),1933 г. (*Обн. ДВ. бр.45 от 7 Юни 1997г.*) относно задължителната осигуровка старост се прилага за работници, служители и чираци в земеделските предприятия, както и за домашните прислужници за лична услуга на работодателите земеделци.

Социалното и здравно законодателство в България е включено и се третира в различни нормативни актове. В основния закон на страната – Конституцията на Р България (в сила от 13.07.1991) е записано:

Чл. 51. (1) Гражданите имат право на обществено осигуряване и социално подпомагане.

(2) Лицата, останали временно без работа, се осигуряват социално при условия и по ред, определени със закон.

(3) Старите хора, които нямат близки и не могат да се издържат от своето имущество, както и лицата с физически и психически увреждания се намират под особена закрила на държавата и обществото.

От този член е видно, че Конституцията определя едно от основните права на гражданите, свързани с тяхното съществуване и защита, а именно обществено осигуряване и подпомагане. Освен това, тук (ал.2) е определена защитата при риска от оставане без работа, както и на уязвимата група на старите хора и лицата с физически и психически увреждания, които се намират под особена закрила. Именно тук личи социално насочения характер на държавното устройство и политика.

Чл. 52. (1) Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.

(2) Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон.

(3) Държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма.

(4) Никой не може да бъде подлаган принудително на лечение и на санитарни мерки освен в предвидените от закона случаи.

(5) Държавата осъществява контрол върху всички здравни

заведения, както и върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях.

С приетият Кодекс за социалното осигуряване (Обн. ДВ. бр.110 от 17 Декември 1999 г.) се уреждат обществените отношения, свързани със:

1. държавното обществено осигуряване при общо заболяване, трудова злополука, професионална болест, майчинство, безработица, старост и смърт;

2. допълнителното социално осигуряване, което включва:

а) допълнителното задължително пенсионно осигуряване при старост и смърт;

б) допълнителното доброволно пенсионно осигуряване във фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване при старост, инвалидност и смърт или във фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми при старост; (в сила от 01.01.2007 г.)

в) допълнителното доброволно осигуряване за безработица и/или професионална квалификация.

Държавното обществено осигуряване предоставя обезщетения, помощи и пенсии при:

1. временна неработоспособност;
2. временна намалена работоспособност;
3. инвалидност;
4. майчинство;
5. безработица;
6. старост;
7. смърт.

Осигурените лица по този кодекс са описани в чл. 4, като включват следните основни групи:

1. работниците и служителите, наети на работа за повече от пет работни дни, или 40 часа, през един календарен месец, независимо от характера на работата, от начина на заплащането и от източника на финансиране.

2. държавните служители;

3. съдиите, прокурорите, следователите, държавните съдебни изпълнители, съдиите по вписванията и съдебните служители;

4. кадровите военнослужещи по Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България, държавните служители по Закона за Министерството на вътрешните работи и Закона за изпълнение на наказанията, държавните служители по Закона за

Държавна агенция “Национална сигурност;

5. членовете на кооперации, упражняващи трудова дейност и получаващи възнаграждение в кооперацията;

6. лицата, които работят по втори или по допълнителен трудов договор;

7. изпълнителите по договори за управление и контрол на търговски дружества, едноличните търговци, неперсонифицираните дружества, както и синдиците и ликвидаторите;

8. лицата, упражняващи трудова дейност и получаващи доходи на изборни длъжности, с изключение на лицата по т. 1 и 7, както и служителите с духовно звание на Българската православна църква и други регистрирани вероизповедания по Закона за вероизповеданията.

9. лицата, регистрирани като упражняващи свободна професия и/или занаятчийска дейност;

10. лицата, упражняващи трудова дейност като еднолични търговци, собственици или съдружници в търговски дружества и физическите лица - членове на неперсонифицирани дружества;

11. регистрираните земеделски производители и тютюнопроизводители;

12. лицата, които полагат труд без трудово правоотношение и получават месечно възнаграждение, равно или над една минимална работна заплата, след намаляването му с нормативно признатите разходи, ако не са осигурени на друго основание през съответния месец;

Допълнителното социално осигуряване се осъществява чрез участие в универсални и/или професионални пенсионни фондове, фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване и/или фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми и във фондове за допълнително доброволно осигуряване за безработица или за професионална квалификация, които се учредяват и управляват от лицензирани по реда на този кодекс пенсионноосигурителни дружества или от дружества за допълнително доброволно осигуряване за безработица и/или професионална квалификация.

С приетия Закон за здравното осигуряване (Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г) са уредени всички обществени отношения в тази насока. Здравното осигуряване според този закон е „дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и здравноосигурителни премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване

за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в Националния рамков договор и в договорите по доброволно здравно осигуряване."

Законодателят е определил, че здравното осигуряване може да е задължително и доброволно. В чл. 3 на закона задължителното здравно осигуряване е определено като „*дейност по набирането на средства от задължителни здравноосигурителни вноски, определени със закон, осъществявано от Националната агенция за приходите, тяхното управление и разходване за здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК*."

В Закона е казано, че Доброволното здравно осигуряване е допълнително и се осъществява от акционерни дружества, регистрирани по Търговския закон и получили лицензия при условията и по реда на този закон, като то представлява „*дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, осъществявана от лицензирани по този закон здравноосигурителни дружества срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на здравноосигурителни договори*." Чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечава предоставянето на здравни услуги и стоки извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Чрез доброволното здравно осигуряване може да се обезпечават и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

В закона изрично е споменато и определено, какво не се смята за доброволно здравно осигуряване, а именно:

- дейността на застрахователите по покриване на рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на застрахованите лица по застраховките по приложение [1] 1 към Кодекса за застраховането;

- дейността на изпълнители на извънболнична медицинска помощ по договори с физически и юридически лица за извършване на медицински услуги, когато те са с определен вид, обем и цени.

2.6 Европейските предизвикателства и приложимо законодателство

Най-големите предизвикателства пред българската система на пенсионно и здравно осигуряване в последните години идват от процеса на присъединяване и присъединяването на България към Европейския съюз. Приемайки ценностите на Европейската общност Р България се задължава да прилага в политиката и вътрешното си законодателство всички изисквания на общото европейско законодателство и политиките и стратегиите на Европа.

Основен документ в областта на социалната политика и сигурност е *Стратегията за икономическо и социално обновление на Европа* (Лисабон, 2000 г.), по известна като *Лисабонската стратегия*.

Основните предизвикателства отбелязани в нея, които се отнасят и за България са следните:

- Безработицата, която се дължи на следните основни причини
  - **Полова диспропорция**
  - **Секторна диспропорция**
  - **Териториална диспропорция**
  - **Трайна структурна безработица** – половината от безработните са без работа от повече от една година.
  - **Квалификационна диспропорция** – недостигът на професионална квалификация
  - **Възрастова диспропорция** – заетостта във възрастовата група на 55-65-годишните е твърде ниска.

ФАКТ - НЕДОСТАТЪЧНОТО ОПОЛЗОТВОРЯВАНЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ И В ПО-ШИРОК ПЛАН РАЗХОДИТЕ, СВЪРЗАНИ С НЕБЛАГОПРИЯТНИТЕ СОЦИАЛНИ ЯВЛЕНИЯ (В Т.Ч. ВЛОШЕНО ЗДРАВОСЛОВНО СЪСТОЯНИЕ И ПРЕСТЪПНОСТ), ВЪЗЛИЗАТ НА ЕДИН ДО ДВА МИЛИАРДА ЕВРО ГОДИШНО (12% ОТ БВП).

ФАКТ - ЕВРОПА Е ИЗПРАВЕНА ПРЕД СЕРИОЗНОТО ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО НА ЗАСТАРЯВАНЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО И ПОСЛЕДИЦИТЕ ОТ ТОВА ЗА УСТОЙЧИВОСТТА НА СИСТЕМИТЕ ЗА СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ И СОЦИАЛНИ ГРИЖИ. СЛЕДОВАТЕЛНО САМИЯТ ЕВРОПЕЙСКИ СОЦИАЛЕН МОДЕЛ ТРЯБВА ДА БЪДЕ ПРИГОДЕН КЪМ РАЗГРЪЩАНЕТО НА ПЪЛНИЯ ПОТЕНЦИАЛ НА ОБЩЕСТВОТО НА ПОЗНАНИЕТО.

Общите политически цели поставени пред страните членки в Лисабонската стратегия са:

- Създаване на даваща възможности на всекиго, динамична и основана на познанието икономика;
- Осигуряване на ускорен и устойчив икономически растеж;
- Да бъде възстановена пълната заетост като ключова цел на икономическата и социалната политика; безработицата да бъде сведена до равнищата, постигнати от най-напредналите страни;
- Да бъдат модернизирани системите за социална защита.

Постигането на тези цели е определено чрез две главни направления в политиката на държавите членки, а именно:

- Провеждане на икономическа реформа в подготовка на прехода към икономиката на познанието; и
- Укрепване на европейския социален модел чрез инвестиране в хората.

Приложимото европейско законодателство в областта на допълнителното пенсионно осигуряване включва:

- Регламент на Съвета на Европа (ЕИО) [1] 1408/71 за прилагането на схеми за социална сигурност на наети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността;
- Регламент на Съвета на Европа (ЕИО) [1] 574/72 от 21 март 1972 г. за определяне на реда за прилагане на Регламент (ЕИО) 1408/71 за прилагането на схеми за социална сигурност на наети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността;
- Директива 2003/41/ЕО за дейността и надзора на институциите, предлагащи пенсионно осигуряване в професионални схеми;
- Директива 98/49/ЕО за гарантиране на допълнителни пенсионни права на наетите и самонаетите лица при тяхното движение в рамките на Европейските общности ;
- Директива 86/378/ЕИО за въвеждане на принципа за равно третиране на мъжете и жените в схемите за професионално осигуряване.

През 2006 г. в Будапеща бе подписан и т.н. БУДАПЕЩЕНСКИ ПРОТОКОЛ - Протокол на Комитета на европейските надзорни

органи по застраховане и пенсионно осигуряване (CEIOPS) относно сътрудничеството между съответните компетентни органи в държавите-членки на ЕС по прилагането на Директива 2003/41/ЕО.

Процесът на транспониране (въвеждане в българското законодателство) на изброените по-горе директиви бе завършен с приемането на съответните изменения в Кодекса за социалното осигуряване. Едно от големите предизвикателствата бе въвеждането на директивите и изискванията, свързани с въвеждане в националното законодателство на проблемите по дейността и надзора на институциите за професионално пенсионно осигуряване. Основните цели на тази директива са създаване на възможности за трансгранична дейност на институциите за професионално пенсионно осигуряване и е първа стъпка към създаване на единен пазар на услугите по допълнително пенсионно осигуряване.

В областта на здравеопазването трябва да се отбележи, че няма достатъчно единна система и все още няма единно законодателство. В света са наложени много разновидности на основните осигурителни системи, тъй като, както е казано и в документите на СЗО – „Всяка страна създава система на здравеопазването според наличните си ресурси."

Въпреки това в последните години се забелязва активност от страна, както на политиците, така и на здравите професионалисти, които търсят пътища за сближаване и взаимовръзки и интегриране на здравеопазните системи. Пример за това е приетата и подписаната през м. юни в гр. Талин, Естония на Европейската министерска конференция по здравни системи на СЗО - Харта от Талин „**Здравни системи за здраве и благосъстояние**".

Целта на Хартата е да ангажира страните-членки от Европейския регион на СЗО и партньорски организации за подобряване на здравето на хората посредством укрепването на здравните системи, признавайки социалното, културното и икономическото разнообразие в Европейския регион на СЗО.

Основните ангажименти на страните членки подписали Хартата са да:

- **Съдействат за изпълнението на общите ценности на солидарност, справедливост и широко обществено участие** – в здравните политики, в планирането и разпределението на ресурсите с особено внимание към обезпечаване на нуждите на по-бедните слоеве на населението, а също така и по отношение

на практическото изпълнение;

- **Инвестират в здравните системи и в дейностите на другите сектори**, използвайки фактическите данни, потвърждаващи връзките между икономическото развитие и здравето;
- **Насърчават прозрачността и отговорността** за функционирането на здравната система за достигане на измерими резултати;
- **Направят здравните системи по-отзивчиви** към нуждите на хората, техните предпочитания и очаквания, включително тези, които не се изразяват открито като същевременно признаваме техните права и отговорности по отношение на собственото им здраве;
- **Привлекат заинтересованите страни** в процеса на формиране и изпълнение на политиките;
- **Насърчават международния обмен на опит** в областта на планирането и осъществяването на реформите в здравната система на национално и субнационално равнище; и
- **Обезпечат, че здравните системи са подготвени и са в състояние да отговорят ефективно при справянето с кризисни ситуации**, а също така да си сътрудничим помежду си и да налагаме спазването на Международните здравни правила.

Всяка страна членка, също така е длъжна да предприеме мерки, за да съдейства за социалното благосъстояние и укрепване на обществената сплотеност, при сигурност, че здравната й система:

• разпределя тежестта на финансирането справедливо в съответствие с материалните възможности на хората, по такъв начин, че отделните индивиди или семейства да не са лишени от средства като резултат от нарушено здравословно състояние или ползване на здравни услуги; и

• е отзивчива по отношение нуждите и предпочитанията на хората, отнася се към тях с достойнство и уважение, когато влезнат в контакт със системата.

Относно финансиране на системата в Хартата е казано, че:

• Не съществува единствен най-добър подход за финансиране на здравеопазването; различията между „моделите" губят очертанията си, тъй като страните разработват и внедряват нови съчетания на механизмите за събиране и обединяване на средствата и закупуване на услугите в съответствие със своите потребности, исторически, финансови и демографски условия, техните социални приоритети и предпочитания;

• До възможно най-голяма степен, механизмите за финансиране трябва да осигуряват възможности за преразпределение на ресурсите от области с по-ниски потребности към области с по-високи такива, намаляване на финансовите бариери за достъп до необходимите услуги и защита от финансов риск, свързан с получаване на медицинска помощ;

• Механизмите за финансиране трябва да предвиждат стимули за ефективната организация на медицинското обслужване, да свързват разпределението на ресурсите към доставчиците на основата на тяхното изпълнение и потребностите на населението („стратегическо закупуване") и да съдействат за повишаване отчетността и прозрачността при използването на средствата.

Друг особено важен документ е приетата **„Общностна рамка за прилагането на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване"** Брюксел, 2.7.2008 COM(2008) 415.

При спазване на принципите на *универсалност, достъп до качествена помощ, справедливост* и солидарност, целите на тази рамка следователно са:

- да внесе достатъчно яснота по отношение на правата за възстановяване на разходи за здравно обслужване, предоставено в други държави-членки;

- да гарантира, че необходимите изисквания за висококачествено, безопасно и ефикасно здравно обслужване се гарантират и за трансграничното здравно обслужване.

За постигането на тези цели се предлага създаване на единна рамка на общността, която да е структурирана около три основни области:

• **общи принципи за всички системи на здравеопазване в ЕС**, които определят коя държава-членка е отговорна за гарантиране спазването на общите принципи на здравното обслужване и какво включват тези отговорности, с оглед на това да се осигурят яснота и сигурност по отношение на това кои органи определят и наблюдават стандартите в здравното обслужване в целия ЕС. Ще бъде насърчено по-нататъшното сътрудничество между държавите-членки относно безопасността на пациентите и качеството на здравните услуги и относно вътреболничните инфекции.

• **конкретна рамка за трансгранично здравно обслужване**: изясняване правата на пациентите да получават здравно обслужване в друга държава-членка, включително ограниченията, които държавите-членки могат да налагат за подобно здравно

обслужване в чужбина и степента на финансово покритие, която се предвижда при трансгранично здравно обслужване въз основа на принципа, че пациентите имат право на възстановяване на разходи до стойност, която би им била заплатена, ако лечението е било проведено в собствената им държава;

• **Европейско сътрудничество в областта на здравното обслужване**: установяване на рамка за европейско сътрудничество в области като европейските референтни мрежи, оценката на здравни технологии, събирането на данни, както и качеството и безопасността, за да се осигури възможност потенциалният принос от това сътрудничество да се приложи ефективно и устойчиво в практиката.

Чрез наличието на ясна правна рамка относно правата за възстановяване на разходи за трансгранично здравно обслужване ще се смекчат неравенствата, характерни за настоящото положение на несигурност по отношение на общото прилагане на принципите, установени от съдебната практика. Гражданите ще бъдат сигурни в това кога ще им бъдат възстановявани разходи за грижи, получени в друга държава-членка и кога не, на каква основа ще става възстановяването и ще съществуват ясни процедури за вземане на решения или подаване на жалби. Държавите-членки също така могат да предприемат допълнителни стъпки за отстраняване на подобни неравенства, например чрез предплащане на разходите или изготвяне на спогодби за пряко възстановяване на разходите на здравните институции, вместо да се изисква предплащане от пациентите.

Успоредно с предложената директива ще остане в сила и съществуващата рамка за координация на схемите за социална сигурност с всички общи принципи, на които се основават разпоредбите за координация на схемите за социална сигурност, включително поставянето на пациента, който получава здравно обслужване в друга държава-членка, при равни условия с гражданите на тази държава-членка и съществуващата Европейска карта за здравно осигуряване.

Друг основен момент в този документ е свързан с гарантирането на качество и безопасност на трансграничното здравно обслужване чрез:

• ясна информация, която дава възможност на хората да направят информиран избор относно здравното им обслужване;

- механизми за гарантиране на качеството и сигурността на предоставяното здравно обслужване;
- приемственост в медицинското обслужване между различните лекуващи специалисти и организации;
- както и механизми за осигуряване на подходящо лечение и компенсиране за вреди, причинени от здравно обслужване

Като заключение в документа е казано „Общите цели на системите на здравеопазване в целия Европейски съюз отразяват някои от най-основните ценности за европейските граждани. Основните принципи на универсалност, справедливост, високо качество и солидарност трябва да се зачитат. Организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи е и ще остане от компетентността на държавите - членки, компетентност, която трябва да се упражнява при зачитане на Договора. Освен това, Европейският съюз може да създаде значителна добавена стойност чрез тясно сътрудничество в полза както на пациентите, които пътуват, така и на тези, които не го правят. С това ЕС ще помага в осъществяването на някои от най-важните приоритети на своите граждани и ще дава реален пример за ползите от европейската интеграция в тяхното ежедневие."

От представения документ е видно, че в политическите виждания за развитие на моделите на здравеопазване, съответно на здравно осигуряване се държи на принципите и ценностите, като универсалност, справедливост и солидарност или на т.н. социален модел на осигуряване.

Тук трябва да се отбележат и три директиви на Съвет на Европейските общности, които имат отношение към здравното осигуряване и застраховане.

Първа директива на Съвета от 24 юли 1973 година за координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби относно достъпа до и упражняването на пряка застрахователна дейност, различна от животозастраховане **(73/239/ЕИО)** е с цел: 1) синхронизиране на законодателството при пряката застрахователна дейност, различна от животозастраховане с оглед улесняване на достъпа до и упражняването на застрахователна дейност и 2) да бъдат премахнати определени различия, които съществуват между националните законодателства при различните видове застраховки; 3) класификация на рисковете; 4) синхронизиране на законодателството, поради това, че различните закони съдържат различни правила за едновременното извършване на здравно за-

страховане, кредитно и гаранционно застраховане и застраховане на права срещу трети лица и правна защита, в съчетание помежду им или с други видове застрахователна дейност; 5) разширяване и уеднаквяване на надзора; 6) въвеждане на общ метод за изчисляване на техническите резерви; 7) поставяне на общо изискване за минимален гаранционен фонд.

Тази директива се отнася за достъпа до самостоятелна заетост по прякозастраховане,коятосеосъществяваотвзаимозастрахователни кооперации, които са установени в държава-членка или желаят да се установят там, по отношение на дяловете от застраховането, които са определени в приложението към настоящата директива, а също и до упражняването на тази дейност.

Тази директива не се прилага за:

1. следните видове застраховане:

а) животозастраховане, т.е. онзи дял от застраховането, който по-конкретно обхваща застраховки само при достигане на определена възраст; застраховки само при смърт; застраховки при достигане на определена възраст или по-ранно настъпване на смърт; застраховки "Живот" с връщане на премии, тонтини, застраховки за женитба и застраховки за раждане;

б) анюитети;

в) допълнителни застраховки, извършвани от животозастрахователни предприятия, т.е. застраховки при телесна повреда, включително нетрудоспособност, застраховки при смърт в резултат на злополука и застраховки при инвалидност поради злополука или заболяване, когато тези различни застраховки са извършени като допълнение към застраховка "Живот";

г) застраховане, което съставлява част от законоустановена система на социално осигуряване;

д) съществуващия в Ирландия и Великобритания клас застраховане, известно като "постоянна здравна застраховка, която не подлежи на анулиране",

2. следните операции:

а) операции за обратно изкупуване на капитал, съгласно определенията в законодателството на всяка държава-членка;

б)операции на взаимоспомагателни институции, обезщетенията на които варират в зависимост от наличните средства, и в които размерът на вноските на членовете са в предварително уговорен размер;

в) операции, извършвани от организации, които нямат

юридическа правосубектност, с цел взаимно гарантиране на техните членове, без заплащане на премии или създаване на технически резерви;

Тази директива не е приложима за взаимозастрахователни кооперации, доколкото те отговарят едновременно на следните условия:

- устройственият им акт предвижда възможност за отправяне на покана за допълнителни вноски или намаляване на техните обезщетения,

- дейността им не покрива рискове, свързани с отговорност, освен ако последните не съставляват допълнително покритие по смисъла на точка В от приложението, или рискове, свързани с кредити и гаранции,

- годишният приход от вноски за дейностите, които са предмет на настоящата директива, не надвишава един милион разчетни единици, и

- най-малко половината от прихода от вноски за дейностите, които са предмет на настоящата директива, трябва да произхожда от лица, които са членове на взаимозастрахователна кооперация.

Освен това, настоящата директива не се прилага за взаимозастрахователни кооперации, които са сключили с други кооперации от същия вид споразумение, което предвижда пълно презастраховане на издадените от тях застрахователни полици или според което предприятието-цесионер се задължава да изпълни задълженията по тези полици вместо предприятието-цедент. В такъв случай предприятието-цесионер се подчинява на правилата на настоящата директива.

В приложението на тази директива са класифицирани и рисковете според класа застраховка – 17 групи.

Друга Директива, свързана с осигуряването и застраховането е **Директива 92/49/ЕИО** на съвета от 18 юни 1992 година относно координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби, свързани с прякото застраховане, различно от животозастраховането и за изменение на Директиви 73/239/ЕИО и 88/357/ЕИО (**Трета директива** за застраховането, различно от животозастраховане), свързана с:

1) необходимостта от завършване на изграждането на вътрешен пазар в сектора на прякото застраховане, различно от животозастраховането;

2) координирането на законовите и подзаконовите

разпоредби, свързани с прякото застраховане, различно от животозастраховането;

3) хармонизация с цел взаимно признаване на разрешителните и системите за разумен контрол;

4) хармонизиране на нормите за надзор, формирането на техническите резерви и покриването им със съпоставими активи;

5) определяне на минимални стандарти в дейността на застрахователните пердприятия;

6) хармонизиране на законодателството с отчитане на това, че в някои държави-членки частното или доброволното здравно осигуряване замества частично или напълно здравното покритие, предвиждано от системите за социално осигуряване, което налага поради характерът и социалните последици от здравноосигурителните договори да се изисква от компетентните органи системно уведомяване на общите и специалните условия на полицата;

7) отчитане на специфичния характер на здравната застраховка, когато заменя частично или цялостно здравното покритие, осигурено от социалното осигуряване и разграничаването й от други класове застраховки за вреди и животозастраховане;

8) отчитане на специфичните общи цели на отделните страничленки, приели специфично законодателство, които може да бъдат постигнати и като се изисква от предприятията, предлагащи частна здравна застраховка или доброволна здравна застраховка, да предлагат стандартни полици в съответствие с покритието, осигурено от законовите схеми за социално осигуряване при премийна ставка или под предписания минимум и да участват в схеми за компенсиране на загуби.

В чл. 54 на Директивата са посочени ясни разпоредби относно здравното осигуряване:

1. Независимо от всякакви разпоредби на противното държава-членка, в която договори, покриващи рискове от клас 2 от буква А от приложението към Директива 73/239/ЕИО могат да служат за частична или пълна алтернатива на здравното покритие, предвидено от правната система за социално осигуряване, могат да изискват тези договори да съответстват на специалните правни разпоредби, приети от тази държава-членка в защита на общия интерес в този клас застраховки и общите и специални условия на тази застраховка да бъдат съобщавани на компетентните органи на тази държава-членка преди използване.

2. Държавите-членки могат да изискват системата за здравно осигуряване, посочена в параграф 1, да функционира на техническа база, близка до тази на животозастраховането, където:

- плащаните премии се изчисляват на база таблици на заболяване и други статистически данни, относими към държавата-членка, където е разположен рискът в съответствие с математическите методи, използвани в застраховането,
- отделя се резерв за напреднала възраст,
- застрахователят може да прекрати договора само в рамките на фиксиран период, определен от държавата-членка, където е разположен рискът,
- договорът разпорежда, че вноските могат да бъдат увеличени или плащанията намалени, дори за текущи договори,
- договорът постановява, че титулярът на полица може да промени съществуващия си договор с нов договор, съобразявайки се с параграф 1, предложен от същото застрахователно предприятие или същия клон и вземащ предвид придобитите му права. По-специално трябва да се държи сметка за резерва за напреднала възраст и нов медицински преглед може да бъде изискан само за увеличено покритие.

В такъв случай компетентните органи на съответната държава-членка публикуват таблиците на заболявания и други съответни статистически данни, посочени в първата алинея и ги предават на компетентните органи на държавата-членка по произход. Премиите трябва да бъдат достатъчни, при благоразумно допускане от гледна точка на статистическия застрахователен риск, предприятията да са в състояние да изпълнят всичките си задължения спрямо всички аспекти на финансовото им състояние. Държавата-членка по произход изисква техническите резерви за изчисляване на премиите да се съобщават на компетентните органи преди продукта да бъде пуснат в обращение. Настоящият параграф се прилага и когато се променят съществуващи договори.

Директива 2002/83/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 5 ноември 2002 година е свързана с животозастраховането и отчита направените промени в предишните директиви и регламенти и представлява важна крачка към сливането на националните пазари в един интегриран пазар, като този етап трябва да се допълни с други инструменти на Общността с оглед да се даде възможност на всички титуляри на полици да се обърнат

към всеки застраховател с главно управление в Общността, който осъществява дейността си там съгласно правото на установяване или свободното предоставяне на услуги, като същевременно им осигурява и адекватна защита.

Тази директива се отнася до достъпа до и упражняването на дейност по пряко застраховане, която се извършва от застрахователни предприятия и която обхваща следните дейности:

1) Застраховане на договорна основа:

а) застраховка "Живот", а именно видът застраховка, който включва в частност застраховка само за доживяване до определена възраст, застраховка само за смърт, застраховка за доживяване до определена възраст или за по-ранна смърт, застраховка "Живот" с връщане на премии, застраховка за женитба, застраховка за раждане;

б) анюитети;

в) допълнителни застраховки, извършвани от животозастрахователните предприятия, и по-специално застраховка срещу телесна повреда, включително неработоспособност, застраховка срещу смърт, причинена от злополука, и застраховка срещу инвалидност, причинена от злополука или болест, когато тези различни видове застраховки са сключени като допълнение към застраховка "Живот";

г) "неотменяема пожизнена здравна застраховка".

2). Операции, свързани с продължителността на човешкия живот, определени в или предвидени от законодателството по социалното осигуряване, когато те се извършват или управляват от застрахователните предприятия на техен собствен риск в съответствие със законите на държавата-членка.

В Директивата е записано, че не може да се получава едновременно разрешително за дейност на нито едно застрахователно предприятие съгласно тази директива и съгласно Директива 73/239/ЕИО. В Директивата е записано, че може да се предвиди във вътрешното законодателство, че:

- предприятията-застрахователи, получили разрешително съгласно условията на тази директива, да могат също така да получат разрешително в съответствие с член 6 на Директива 73/239/ЕИО за рисковете, включени в класове 1 и 2 в приложението към настоящата директива (здраве),
- предприятията, получили разрешително съгласно член 6

от Директива 73/239/ЕИО единствено за рисковете, включени в класове 1 и 2 в приложението към тази директива, да могат да получат разрешително съгласно настоящата директива.

Директивата ясно изисква разделяне на управлението на дейностите по животозастраховане и застраховане, различно от животозастраховане.

Разделното управление трябва да бъде организирано по такъв начин, че дейностите по тази директива да се разграничават от тези по Директива 73/239/ЕИО с цел:

- интересите съответно на титулярите на животозастрахователни полици и титулярите на застрахователни полици, различни от животозастрахователни полици, да не бъдат засегнати и особено печалбите от животозастраховането да облагодетелстват титулярите на животозастрахователни полици все едно, че застрахователното предприятие извършва само дейността "животозастраховане",
- минималните финансови задължения, по-специално границата на платежоспособност, по отношение на която и да е от двете дейности, а именно дейност съгласно тази директива и дейност съгласно Директива 73/239/ЕИО, да не се покриват от другата дейност.

За постоянна здравна застраховка, неподлежаща на прекратяване, изискваната граница на платежоспособност е равна на:

а) 4 % от математическите резерви; плюс б) изискваната граница на платежоспособност за застрахователни предприятия, както е предвидено в член 16а от Директива 73/239/ЕИО, с изключение на разпоредбите на член 17 от същата директива. Въпреки това условието, което се съдържа в член 16а, параграф 6, буква б) от същата директива, да се предвиди резерв за увеличаване на възрастта, може да бъде заменено с изискването дейността да се извършва на групова основа.

3. ПРИНЦИПИ И ПРАВА В ОСИГУРЯВАНЕТО

Всяка политика, система или организация се подчинява на определени принципи, обективно обусловени от същността, характера и спецификата на ролята, която играе в обществото. Принципът представлява определена абстракция, изразяваща мястото (вероятност) за случването на дадено събитие, която позволява формулирането на определени правила и норми, чрез интерпретирането му. Правилата, нормите и законите зависят и се създават от специфичния контекст на формулирането им. Принципът е съществена част от основата на еволюционното, нормативно или формиращо се развитие, което е обект на субективния опит и/или тълкуване. Например, етиката може да се разглежда като група от принципи, на които индивидите са се подчинявали, изразени под формата на правила, нормативи или закони. Същността на принципите позволява определянето на всички вероятни възможности в определена област, като процесът на тяхното действително дефиниране/развитие в тази област е отворен, непредвидим и зависещ от определен избор или мнение. Следователно, принципът е свързан с определена ценност или желание на обществото за постигане на определена цел .

По своята същност принципите представляват регламентирани правила, изисквания и критерии за изпълнение на целите на дадената система. Познаването и прилагането им според обективните социално-икономически условия, както и условията на пазара, се явява основна предпоставка за ефективността на политиката, системата или организацията.

Разглеждайки принципите в осигуряването трябва да имаме предвид, че те не са еднакви при всички форми и модели, както и това, че има по-общи принципи, които се отнасят до цялата система и такива, които касаят отделните форми на осигуряване.

3.1 Принципи на задължителното осигуряване

Основните принципи, на които се гради социалното осигуряване обобщено могат да се определят като:

- Принцип на хуманност – отговарящ на основните ценности възприети от обществото и привеждането им към ценностната система прокламирана във Всеобщата декларация за правата

на човека (ООН-1948). Отношението на обществото към човека се явява водеща духовна ценност. Целта на обществото е да осигурява развитието на възможностите на всеки индивид и да предоставя условия за свободната му изява. Хуманизмът е приоритет на обществото изграждащо всяка личност. Хуманността се определя от начина на живот, преживяното от индивида и обществото и начина, по който то е възприето. Хуманността е свързана с човеколюбие, филантропия, състрадание, отзивчивост, благородство, милост, милосърдие.

- Всеобхватност и общодостъпност - отнася се до възможността на всички, без ограничения за различните институции, както и малцинствена или религиозна принадлежност, политически убеждения, пол, професия, здравно състояние и други да бъдат обхванати и да имат свободен достъп до организираните форми на осигуряване.
- Солидарност – съвместно посрещане и споделяне на рисковете от несгодите на живота и на непредвидимите явления, поради непрекъснато усложняващите се социално-икономически, производствени, пазарни и други връзки и взаимоотношения, както и отношения на зависимост, поради които човек не може да живее и оцелее сам без помощта и съдействието на другите.
- Комплексност – да обхваща всички видове осигурявани при всички възрасти, на всички места, където живеят хората и осигуряване на възможност за едновременно ползване на различни видове осигуровки.
- Задължителност/доброволност – задължителният характер на социалното здравно осигуряване е свързан с възможността за решаване на проблемите на всички лица в национален мащаб според социалните цели на държавата чрез споделяне на риска и прояви на солидарност между тях. Доброволността е в основата на частното осигуряване и е свързана с възможността за избор на начините за реализация на отделния индивид и свързаните с този избор предпочитания към определен вид и институция, параметри на осигуряването и неговите разновидности. Задължителността е свързана с „отговорността" на държавата към нейните граждани, докато доброволността е свързана с „личната отговорност" на човека към своето състояние, здраве, трудоспособност,

доходи и т.н.

- Финансиране – отнася се към различните форми на финансово участие на индивида, групата, обществото, работодателите, държавата при предоставянето на услугите, свързани с осигуряването.

Принципите на задължителното пенсионно и здравно осигуряване са представени на следващата таблица (Таблица 10).

Таблица 10. Принципи при задължителното пенсионно и здравно осигуряване

Задължително социално пенсионно осигуряване	Задължително здравно осигуряване
1. Задължителност и всеобщност на осигуряването; 2. Солидарност на осигурените лица; 3. Равнопоставеност на осигурените лица; 4. Социален диалог при управлението на осигурителната система; 5. Фондова организация на осигурителните средства.	1. Задължително участие при набирането на вноските; 2. Участие на държавата, осигурените и работодателите в управлението на НЗОК; 3. Солидарност на осигурените при ползването на набраните средства; 4. Отговорност на осигурените за собственото им здраве; 5. Равнопоставеност при ползването на медицинска помощ; 6. Равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с РЗОК; 7. Самоуправление на НЗОК; 8. Договаряне на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ; 9. Основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК; 10. Свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ; 11. Публичност в дейността на НЗОК и публичен контрол върху извършваните от нея разходи

От Таблица 10 е видно, че основните принципи и при двата вида осигуряване са: а) задължителност; б) солидарност; в) равнопоставеност; г) диалог при управлението на системите и д) фондова организация, което потвърждава основните принципи на социалното осигуряване.

Принципите при другите форми на осигуряване – допълнително–задължително и доброволно и т.н. се различават от тези основни принципи. Допълнителното социално осигуряване се осъществява чрез участие в универсални и/или професионални пенсионни фондове, фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване и/или фондове за допълнително доброволно пенсионно осигуряване по професионални схеми и във фондове за допълнително доброволно осигуряване за безработица или за професионална квалификация, които се учредяват и управляват от лицензирани по реда на Кодекса за социално осигуряване, пенсионноосигурителни дружества или от дружества за допълнително доброволно осигуряване за безработица и/или професионална квалификация.

3.1.1 Допълнителното задължително пенсионно осигуряване - принципи

1. Задължителност на участието;
2. Юридическа самостоятелност на пенсионноосигурителното дружество и на универсалните и на професионалните пенсионни фондове;
3. Прозрачност, разделност и изключителност на дейността;
4. Разрешителен режим и държавно регулиране;
5. Задължителна периодична отчетност и разкриване на информация;
6. Лоялна конкуренция между пенсионноосигурителните дружества;
7. Представляване интересите на осигурените лица.
8. Капиталово-покривен принцип на базата на дефинираните вноски.

3.1.2 Допълнителното доброволно пенсионно осигуряване - принципи

1. Доброволност на участието;
2. Юридическа самостоятелност на пенсионноосигурителното дружество и на фондовете за допълнително доброволно пенсионно осигуряване;
3. Прозрачност, разделност и изключителност на дейността;

4. Разрешителен режим и държавно регулиране;
5. Задължителна периодична отчетност и разкриване на информация;
6. Лоялна конкуренция между пенсионноосигурителните дружества;
7. Капиталово-покривен принцип на основата на предварително определени осигурителни вноски.

Разликата в принципите между двата вида допълнително пенсионно осигуряване е само в т. 1, където се определя задължителният или доброволен характер. Останалите принципи са свързани преди всичко с управлението и регулацията на системите. И двата вида осигуряване са на разрешителен режим и са държавно регулиране, като се основават на капиталовопокривен принцип (ще бъде изяснено по-късно) при предварително определени (дефинирани) вноски.

Доброволното здравно осигуряване се осъществява при спазване на принципа на доброволност. В българското законодателство няма определени други принципи за този тип осигуряване.

3.2 Осигурителни права

Осигурените лица при социалното осигуряване за всички рискове имат право на:

1. парични обезщетения за:

а) временна неработоспособност поради общо заболяване, трудова злополука и професионална болест, за санаторно-курортно лечение и при належащ медицински преглед или изследване, карантина, отстраняване от работа по предписание на здравните органи, гледане на болен или на член от семейството под карантина, належащо придружаване на болен член от семейството за медицински преглед, изследване или лечение, както и за гледане на здраво дете, върнато от детско заведение поради карантина в заведението или на детето;

б) трудоустрояване при временно намалена работоспособност поради общо заболяване, трудова злополука или професионална болест;

в) трудоустрояване поради бременност и кърмене;

г) бременност и раждане;

д) отглеждане на малко дете;

2. парични помощи за:

а) инвалидност поради общо заболяване, когато няма основания за отпускане на пенсия;

б) профилактика и рехабилитация;

в)помощно-технически средства, свързани с увреждането;

3. обезщетения за безработица;

4. пенсии за:

а) осигурителен стаж и възраст;

б) инвалидност поради трудова злополука или професионална болест;

в) инвалидност поради общо заболяване.

5. пенсии

а) наследствена;

б) социална пенсия за старост.

При **допълнителното задължително пенсионно** осигуряване осигурените лица в универсален пенсионен фонд имат право на:

1. допълнителна пожизнена пенсия за старост;
2. осигурените в професионален пенсионен фонд - на срочна професионална пенсия за ранно пенсиониране;
3. има право на унаследяване (чл. 170 от КСО);
4. право на прехвърляне в друг фонд (чл. 171 от КСО);
5. право на изтегляне на набраната сума (чл. 172 от КСО) и
6. право на безплатна информация (чл. 173 от КСО).

При **допълнително доброволно пенсионно осигуряван**е осигурените лица имат право на:

1. лична пенсия - за старост или за инвалидност;
2. наследствена пенсия - при смърт на осигуреното лице или на лице, което получава пенсия по този дял;
3. еднократно или разсрочено изплащане на натрупаните средства по индивидуалната партида;
4. еднократно или разсрочено изплащане на средства на наследниците на починало осигурено лице или на пенсионер.

Осигуряването по **професионални пенсионни схеми** на предприятия осигурители, създадени съгласно законодателството на Република България, дава право на:

1. срочна пенсия за старост;
2. еднократно или разсрочено изплащане на натрупаните

средства по индивидуалната партида;

3. еднократно или разсрочено изплащане на средства на наследниците на починало осигурено лице или на пенсионер.

При осигуряване във **фонд за допълнително доброволно осигуряване за безработица или за професионална квалификация**, осигурените лица имат право на:

1. на парично обезщетение за безработица.

2. право на изплащане на средства за обучение при заявена потребност от осигуреното лице и осигурителя - заедно или поотделно

3. на разпореждане със средствата, натрупани по индивидуалната им партида при условията и по реда на този дял, правилниците на фондовете и осигурителните договори.

Осигурените лица в **задължителното здравно осигуряване** имат право на:

1. здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;

2. да избират един изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с РЗОК;

3. на спешна помощ там, където попаднат;

4. да получават информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ;

5. да участват в управлението на НЗОК чрез свои представители;

6. да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите;

7. да получат документ, необходим за упражняване на здравноосигурителните им права в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност.

8. да получат частично или напълно стойността на направените разходи за медицинска помощ в чужбина само когато са получили предварително разрешение за това от НЗОК.

Осигурените лица при **доброволно здравно осигуряване** имат право на:

1. Обезпечаване на предоставяне на здравни услуги и стоки извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

2. Чрез доброволното здравно осигуряване може да се обезпечават и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване.

3. Възстановяване на разходи, прикоето здравноосигурителното

дружество частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на осигурените лица при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи. Разходите могат да се възстановяват както на изпълнителите, така и на осигурените лица за предоставените или за заплатените здравни услуги и стоки.

4. Абонаментно обслужване, при което здравноосигурителното дружество при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на осигурените лица от определени изпълнители на медицинска помощ, с които здравноосигурителното дружество е сключило договор.

4. МОДЕЛИ В ЗДРАВНОТО И ПЕНСИОННО ОСИГУРЯВАНЕ

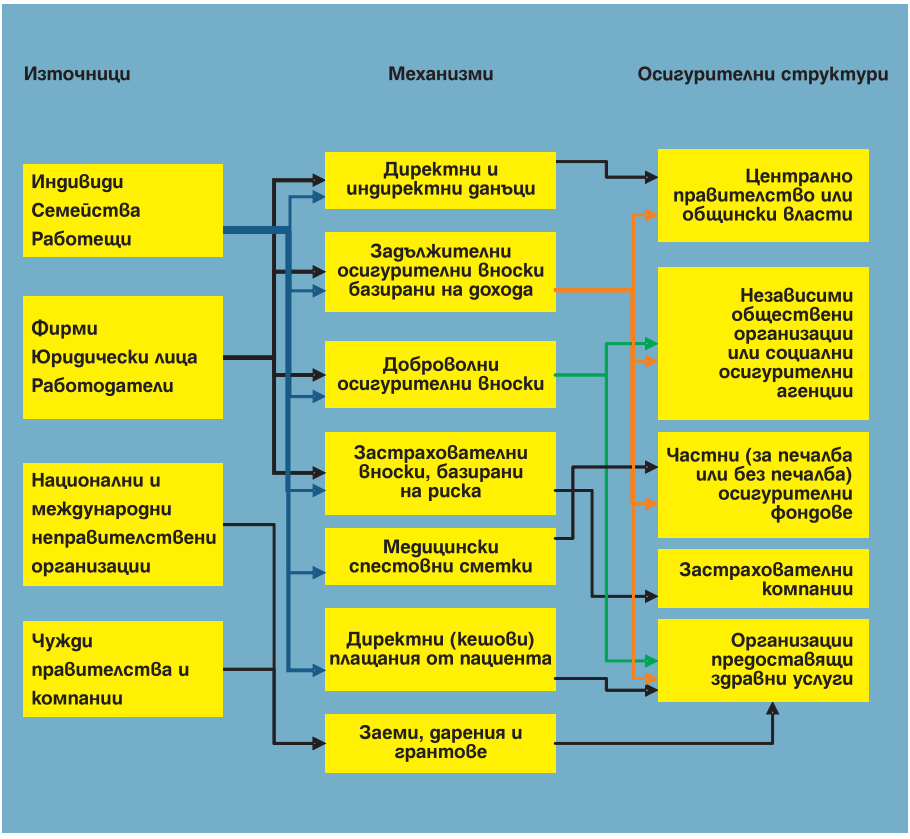
Моделът е постигане на възможно най-голямо подобие, адекватност на действителността (обекта, явлението, процеса, системата и т.н.) при представянето на тази действителност по определен умозрителен (субективен) начин чрез описание (възпроизвеждане) на съществените й характеристики, свойства, връзки, елементи, параметри и други. Моделът представлява опростен, умален образ, подобие на действителността, което позволява и улеснява изучаването и анализирането й. Моделите най-общо могат да се определят като: а) физически – при които доминират определени физически параметри и характеристики; б) математически – при които е използвана математическата логика и математическия формулен апарат; в) цифрови – когато са използвани цифри и числа за изразяване на параметри, структури, пропорции и т.н.; г) логически – при използване методите на логиката; д) статистически – при използване на инструментариума на статистиката; е) функционални – при които е използвана функционалната характеристика на обекта; ж) графично-изобразителни – при използване на нагледното, схематично представяне на връзки, зависимости, процеси в обекта чрез графично-изобразителни модели (графики, схеми, диаграми, рисунки и т.н.); з) дескриптивни – при описание на „поведението" на модела; и) нормативни – когато се изясняват законово-нормативните връзки, закономерности, зависимости и параметри; й) други – в зависимост от същността и спецификата на изучавания обект – фирмени, регионални, национални, международни, демографски, на заболеваемостта и т.н.

Специфичното за моделите на здравното и пенсионно осигуряване, което прави трудно тяхното описание и систематизиране е високата динамичност, свързана с висока рискова неопределеност и трудно предвидими тенденции и параметри на изменение. При описание на моделите на пенсионното и здравно осигуряване могат да бъдат изполвани всички посочени по-горе – математически, цифрови, статистически, функционални и т.н. с изключение на физическите. При представянето на моделите на здравно и пенсионно осигуряване ще бъде основно използван функционалния модел.

4.1 Модели на здравно осигуряване

Стабилността на една здравна система се гради на достъпа до човешки, финансови и материални ресурси. Модерната здравеопазна система не може да бъде финансирана само от директните плащания от пациентите. Смесването на индивидуалните ресурси и нерекъснато повишаващите се потребностите от здравни грижи диктува разходите за индивидуални здравни грижи да позволяват нашироко да бъдат посрещани от споделено участие на различни групи, които могат да придобиват различни форми – от семейството и доброволните здравноосигурителни фондове, през частните и социалните осигурителни програми до държавните фондове (Фиг. 4).

Фигура 4. Пример за финансови източници, механизми за участие и осигурителни структури



Източник: Адаптирано по Kutzin, 2001

4.1.1 Исторически преглед

Развитието на здравната система и пазара в нея зависи от осигурителните схеми, които съответната страна е избрала. Исторически, здравното осигуряване се развива като начин на разрешаване на проблемите за запазване на доходите, в случай на заболяване и много по-късно за осигуряване получаването на приемливи по стандарт здравни грижи. Тази схема е развита в началото на XIX век и е покривала по-добре квалифицираните работници и не много бедните фермери (A. Abel-Smith, 1989). Тези групи са имали ниски доходи, които не са им позволявали да плащат на частните лекари за здравните услуги в случай на заболяване и не са имали възможност да използват болничните услуги (обществени или частни), които са приемали пациентите на тези лекари. Същината на създаващото се здравното осигуряване била в плащането на седмична или месечна вноска за осигуряване, когато си в добро здравно състояние (съпроводена със съучастието на работодателя в някои страни), за да имаш правото на здравна услуга, когато си болен, осигурена от приемлив, финансово и като качество, предоставящ тази услуга, на базата на специално договорени ниски цени, които осигурителя може да постигне, превръщайки се в голям купувач на услуги, от името на своите членове. Споделянето на риска (солидарността) прави възможно получаването на тази здравна услуга.

Някои фондове са били създадени от работодателите, но повечето са били образувани от групи работещи, като и едните, и другите са били основавани на базата на местожителството. Споделянето (ранжирането) на риска е позволило покриването на големи групи, което е дало възможност за включването на вече болни индивиди, които иначе биха били отхвърлени, като членове на тези фондове. Поради разширяването на системата са се създавали възможности за допълнително договаряне с предоставящите здравните услуги и за намаляването на цените, а развитието на конкуренцията между тях, както и въвеждане на система на договаряне с лимитиран (определен) брой от тях, ги принуждавало да приемат по-ниските цени.

Задължителното здравно осигуряване е създадено в Германия през 1883 г. То е имало предимството поради това, че работодателите вече са били задължени да участват в него, което е позволило и групи от хора с ниски доходи да бъдат включени

в схемата. Постепенното му разширяване е позволило в схемата на осигуряване да бъдат включени и семействата на работещите. Разпределението (споделянето) на риска е идеологията на развитието на социалната сигурност – индивидите плащат на базата на своите доходи и осигуряват своите и на членовете на семействата си, здравни потребности, независимо от риска или броя на членовете на семейството.

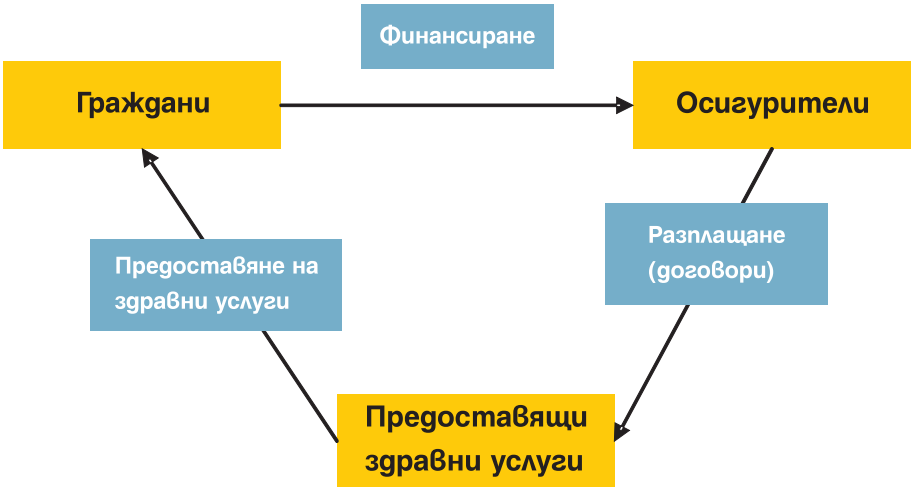
След развитието на социалната схема на осигуряване пред здравните политици се е изправил проблемът за разширяване правото на здравни грижи и покритието със здравно осигуряване на самонаетите (работещите самостоятелно занаятчии, свободни професии, земеделски стопани), повечето от които са имали много ниски доходи, както и на безработните. Едно от възможните решения е било субсидирането на публичните болници, както е в Швеция. Друго решение е било да се изведат болниците от осигурителната схема и да оставят болничните услуги на доброволни организации, както е било във Великобритания. Третото възможно решение е било да се накарат други фондове кръстосано да субсидират хората с ниски доходи (например субсидиране на здравноосигурителните схеми от пенсионните фондове). Четвъртото решение е било да се субсидират всички задължителни здравноосигурителни фондове с обществени средства или тези фондове, които осигуряват тези групи лица.

Крайният стадий на развитие на здравното осигуряване е осигуряването и достъпа до здравни услуги на всички, които имат определени потребности. Великобритания създава прецедент през 1948 година, когато държавата поема всички фондове и осигурява гражданите си на базата на плащаните от тях данъци и такси. Швеция и Япония я последват през 1960, Канада през 1970 г., Италия, Португалия, Испания и Южна Корея през 1980 и Тайван през 1994 г., като разгъват задължителните осигурителни схеми за всички или за големи групи от гражданите си.

4.1.2 Здравноосигурителни схеми

Здравноосигурителните модели са свързани с взаимоотношенията в т.н. триъгълник на здравните грижи (Фиг. 5). В него основни участници са гражданите (потребителите), предоставящите здравните услуги и осигурителите (купувачите на здравните услуги).

Фигура 5. Триъгълник на здравното осигуряване



Моделите на здравно осигуряване зависят от взаимоотношенията между гражданите и осигурителите, както и от вида на осигурителя.

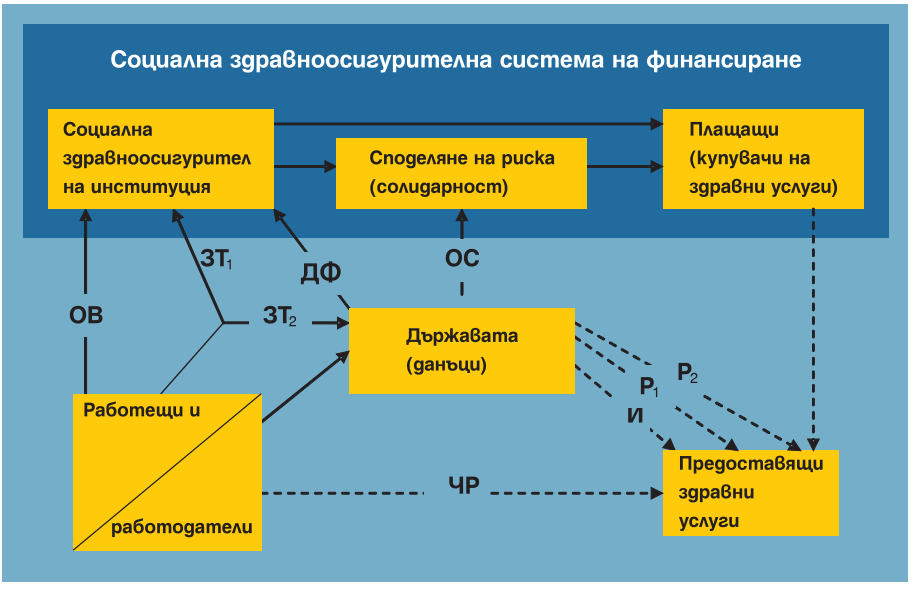
На базата на тези взаимоотношения, както и от формата на собственост здравноосигурителните модели могат да бъдат разделени класифицирани, както следва:

1. според характера на осигуряването – задължително и доброволно;
2. според вида собственост на осигурителя – публично и частно;
3. според формите на споделяне на риска – солидарно (споделен риск и разпределение поравно на всички) и основано на риска (застрахователен принцип);
4. според видовете осигурителни вноски:
   - 4.1. данъци и такси;
   - 4.2. осигурителни вноски, базирани на дохода;
   - 4.3. осигурителни вноски, базирани на риска;
   - 4.4. спестовни осигурителни вноски;
   - 4.5. застрахователни вноски;
   - 4.6. директни (кешови) плащания от страна на пациента.

4.1.3 Социално здравно осигуряване

Социалното здравно осигуряване не е свързано с риска, там има споделяне на риска (солидарност) и формите на плащане към осигурителите се основават на доходите на гражданите. Често в него участие вземат и работодателите. За премахване влиянието на риска и осигуряване на солидарността, участие вземат и други социални фондове или държавата чрез субсидиране (Фиг. 6). Социалното здравно осигуряване се характеризира със задължителен характер; солидарност; плащания, базиране на доходите; публичен характер на осигурителя, контролиран от осигурените, работодателите и държавата; споделяне на вноските между работещи и работодатели; съучастие на държавата.

Фигура 6. Опростен модел на социално здравно осигуряване



Източник: Адаптирано по Mossalios,2002

Легенда:
ОВ = осигурителни вноски
Д = данъци
ЧР = частни разходи (доброволно здравно осигуряване, директно плащане, плащане за допълнителни услуги и т.н.
ОС = общи субсидии за подсигуряване на солидарността (напр. за пенсионери, социално слаби)
ДФ = държавно финансиране (за студенти и др.)
И = инвестиции
Р1 = реимбурсиране на разходи за обществени услуги (нац. програми, обществено здравеопазване и т.н.)
Р2 = реимбурсиране за определени лица, които не са покрити от социалното осигуряване (напр. затворници)
ЗТ = други здравни такси приети по закон

4.1.4 Частно здравно осигуряване

Частното здравно осигуряване се основава на принципа на свободния пазар. Нео-либералните икономисти вярват, че пазарът може оптимално да разпредели ресурсите в здравната система. Но това се базира на допускането, че може да има перфектна конкуренция. В здравеопазването, където има специфични регулации и пазарни ограничения, това е невъзможно (Таблица 11). Обобщено, един нерегулиран, основан на свободната конкуренция здравноосигурителен пазар, не може да работи ефективно поради следните причини:

- индивидите не са достатъчно информирани относно здравето си и могат да бъдат селектирани от осигурителя (неблагоприятна селекция) – adverse selection;
- влошеното здраве е твърде вероятно при хора с предразположения или поради наследствени фактори или поради хронични заболявания или при възрастни хора, което ги прави „неосигуряеми";
- осигурителите нямат информация относно сегашния или бъдещ здравен статус на индивидите, което прави изчисляването на риска и бъдещите претенции трудни за калкулиране на премиите (вноските);
- веднъж осигурен, индивида може да започне нездравословен и рисков начин на живот или да увеличи потребностите си от услуги (морален хазарт). Този „риск" често е изключен при частното здравно осигуряване по време на сключването на договора;
- вероятността от заболяване не винаги зависи от индивида поради това, че има заболявания, които се предават (инфекциозни и други).

Една от формите на частно здравно осигуряване са т.н. медицински спестовни сметки. Тази форма се развива успешно в последните години в някои страни на Азия – Сингапур и Америка. Индивидите правят спестовни влогове за здраве, като при сключването на договорите с банките (осигурителите) могат да договарят обема на средствата, които ще ползват. Тези сметки се олихвяват и се наследяват.

Таблица 11. Пазарни ограничения при частното здравно осигуряване

Пазарни ограничения	Последствия	Мерки предприемани за да се коригират ограниченията	Резултати
Неблагоприятна селекция (adverse selection)	Много малко споделяне на риска, липса на осигурителен пазар, само някои хора се осигуряват	Информиране на населението да се възползва от осигуряването Субсидиране Задължително универсално покритие	Неефективни Неефективно Ефективно
Селекция на риска	Изключване от осигурителната схема на инвалиди, болни, бедни и възрастни	Осигурителните вноски се изчисляват през осреднен риск	Неефективно и технически неприложимо
Монопол или картел на осигурителите	Голяма печалба Лошо качество на услугите и ниска производителност	Антитръстово законодателство	Ефективно
Морален хазарт	Свръхизползване на услуги от пациентите	Удръжки или такси за използване на услуги Лист на чакащите Общопрактикуващите като регулиращи входа на системата	Недоволство от страна на пациентите

4.1.5 Доброволно здравно осигуряване

За доброволното здравно осигуряване в литературата има различни класификации, които го подреждат между осигуряването, което дублира задължителното социално и това, което е свързано с най-разширените средства за социална сигурност на групи от населението (Couffinhal,1999). Други го свързват с различни животозастрахователни схеми. В контекста на разбирането, възприето от Европейския съюз, доброволното здравно осигуряване е акуратно да бъде класифицирано според това, доколко то замества задължителното, доколко осигурява допълнително покритие за услугите, които са изключени или не са напълно покрити от държавата или социалното осигуряване, или доколко осигурява допълнително покритие за по-бърз достъп и повишаване на избора на пациентите. Трябва да се отбележи че разликата между доброволно и допълнително осигуряване не е винаги много ясна и може да има значително смесване между тях.

Във връзка с горното определение могат да бъдат определени следните видове доброволно здравно осигуряване:

- Заместващо доброволно здравно осигуряване (*substitutive voluntary health insurance*) – замества задължителното;
- Допълнително доброволно здравно осигуряване (*complementary voluntary health insurance*) – осигурява здравни услуги, които не са включени в основния пакет на задължителното или не са напълно финансирани (напр. стоматологични услуги);
- Допълващо доброволно здравно осигуряване (*supplementary voluntary health insurance*) – за осигуряване на по-бърз достъп, по-голям избор на пациента.

В посредните години по подобие на пенсионното осигуряване се заговори за „стълбов" модел, което означава, че то се крепи на един, два или три стълба, които определят и неговия характер. Т.н. стълбове на здравно осигуряване са както следва:

- Първи стълб – задължителното (социално) здравно осигуряване
- Втори стълб – допълнителното задължително здравно осигуряване
- Трети стълб – допълнителното доброволно здравно осигуряване.

4.1.6 Двустълбов модел за здравно осигуряване

Двустълбовата система се състои от задължително и доброволно здравно осигуряване:

- задължително здравно осигуряване, осъществявано от НЗОК на базата на пълна солидарност, като размера на осигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице, осигурените ползват при нужда услуги от минималния пакет на НЗОК.

- доброволно здравно осигуряване, осъществявано от ЗОД на базата на ограничената солидарност, като всеки може доброволно да се осигури за избран от него пакет от услуги, който ползва в случай на нужда.

Между задължителния първи стълб на здравното осигуряван (в лицето на НЗОК) и доброволния втори стълб (допълнително здравно осигуряване – в лицето на фондовете за доброволно осигуряване) съществуват три основни различия:

1. *Здравноосигурителна защита* (пакет от услуги)

Осигурителната защита, предоставяна от НЗОК, е еднаква за всички граждани. Съществува само един минимален пакет от услуги. Дружествата за допълнително здравно осигуряване имат право да предлагат всички или отделни пакети от услуги, дори и такива, които са предлагани от НЗОК.

2. *Размер на вноските*

Вноските за задължително здравно осигуряване зависят от дохода, като е определен максимален размер. Покритията, предлагани от доброволното здравно осигуряване не зависят от дохода на осигуреното лице: премията, дължима на дружествата за допълнително здравно осигуряване за определен пакет от услуги не зависи от дохода на клиента.

3. *Покритие*

Покритието на НЗОК е задължително, докато покритието при всички форми на допълнително здравно осигуряване, понастоящем предлагани в България, е доброволно.

4. *Задължителното* здравно осигуряване се основава на разходно-покривния модел (бърза ликвидност на набраните средства). Допълнителното здравно осигуряване има елементи на индивидуална вноска със спестовен характер.

4.1.7 Двустълбов модел с възможност за излизане от задължителната система

Този модел е свързан с правото на лицата да закупуват комплексни доброволни здравни осигуровки (които заместват покритието на социалното - НЗОК) за сметка на намаляване на размера на задължителната осигурителна вноска към социалното (НЗОК).

Този двустълбов модел се състои от:

- задължително здравно осигуряване, осъществявано от обществени фондове (НЗОК) на базата на пълна солидарност, като размера на осигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице, осигурените ползват при нужда услуги (всички или някои) от основния пакет на социалното осигуряване (НЗОК).
- доброволно здравно осигуряване, осъществявано от ДДЗО на базата на ограничената солидарност, като всеки може доброволно да се осигури за избран от него пакет услуги, който ползва ако има нужда
- заместващо здравно осигуряване, при което лица с доходи над дадено ниво могат да се осигурят изцяло в ДДЗО, като спрат да бъдат покривани от основния пакет на социалното (НЗОК), но продължат да плащат макар и редуцирана вноска за задължително здравно осигуряване (ЗЗО).

Действително, закупуването на комплексно здравно осигуряване на доброволна основа ще е по-привлекателно за онези, които имат възможност да си го позволят, ако те бъдат освободени да плащат поне частично обвързаната с дохода осигурителна вноска на задължителното (НЗОК). Но не трябва да се забравя, че финансовата стабилност на задължителното социално осигуряване (НЗОК) се базира на финансовото участие на цялото работещо население.

Ако тези, които имат средства да си закупят пълни здравни осигуровки на доброволни начала, имат право напълно да бъдат изключени от плащане към задължителното здравно осигуряване (НЗОК), това ще доведе до:

- Увеличаване на потреблението на здравни услуги от социалното здравно осигуряване (НЗОК) на осигурено лице, тъй като бедните и възрастните, които като цяло се нуждаят от повече грижи, ще съставляват по-голямата част от осигурените, и
- Намаляване на приходите на задължителното социално

осигуряване (НЗОК), тъй като държавните субсидии за социално слабите и пенсионерите са значително по-малки от средните вноски на работещото население и далеч по-малки от размера на максималните вноски, които плащат лицата с високи доходи.

Посочените по-горе възможности показват, че задължителното социално осигуряване (НЗОК) ще бъде изправена пред финансов дефицит, освен ако държавата не увеличи плащанията си. Следователно, ако се възприеме такъв модел не е разумно да бъде предоставяна възможност за пълно излизане от системата, с оглед на запазване принципа на солидарност и финансовата стабилност на социалното здравно осигуряване (НЗОК), както и на ограничение на вноските от страна на държавата. И докато пълното излизане от системата е неприемливо поради вероятността от нарушаване на стабилността на системата, както и на нейния социален характер, то в случай че бъдат спазени някои условия, частичното излизане – остава ангажиментът да бъде заплатена поне част от задължителната здравно-осигурителна вноска към НЗОК, може да се окаже целесъобразно и приемливо тъй като онези, които излизат от системата на задължителното здравно осигуряване няма да използват пакета на НЗОК и като резултат, във фонда ще се натрупат спестявания.

Този модел ще бъде сравнително приемлив за една малка част от населението с високи доходи, тъй като намаляването на размера на задължителната здравноосигурителна вноска за онези лица, които излизат от задължителната система (финансов стимул) ще доведе до по-голям интерес към закупуването на доброволни осигуровки, като ефективно ще намали цената им.

4.1.8 Тристълбов модел за здравно осигуряване

Тристълбовата система се състои от задължително, задължително допълнително и доброволно здравно осигуряване:

- задължително здравно осигуряване, осъществявано от НЗОК на базата на пълна солидарност, като размера на осигурителната вноска зависи от дохода на осигуреното лице; всеки, който има нужда, ползва необходимите услуги от минималния пакет на НЗОК.

- задължително допълнително осигуряване, осъществявано от ДДЗО на базата на частичната солидарност, като всеки се

осигурява според доходите си или срещу определена сума, като ползва услугите, ако има нужда, но не са включени в минималния пакет

- доброволно здравно осигуряване, осъществявано от ДДЗО на базата на ограничената солидарност, като всеки може доброволно да се осигури за избран от него пакет от услуги, който ползва в случай на нужда.

Включването на заинтересованите лица и закупуване на покрития за частно здравно осигуряване изисква свиване на основния (задължителен) пакет на здравните услуги, осигурявани от НЗОК. Услугите, извадени от задължителния пакет, могат да влязат в обхвата на новия втори стълб, който да бъде покрит от избраното лицензирано ДДЗО. Покритието от втория стълб ще бъде задължително за всички, с изключение на онези категории лица, за които държавата ще продължи да отговаря.

Функционирането на тристълбова система за здравно осигуряване е свързано с редица предизвикателства, относно:

- *Солидарността и взаимното субсидиране*: финансовата стабилност на задължителното социално здравно осигуряване (НЗОК), предвид отговорността за предоставяне на определени услуги за защитената част от населението, ще изисква увеличение на плащанията от страна на защитеното население или осигурителните институции ще трябва да субсидират НЗОК със средства, набрани от вноските на осигурени в тях лица.

- *Координиране на пакета от услуги между осигурителните стълбове*: при съществуващите трудности, свързани с информационните потоци и взаимодействия между различните институции, възниква въпросът как изпълнителите на медицински услуги, с които има сключени договори, ще се ориентират къде следва да изпратят сметката за определена услуга - на НЗОК или на частна осигурителна институция? Опитът от пенсионната реформа помогна да се създаде механизъм за правилно насочване на вноските в съответните пенсионни фондовете и да се избегне възможността, при която хората се записват в повече от един фонд. При здравното осигуряване този проблем е далеч по-сериозен, тъй като осигурително събитие може да настъпи веднага, а не след десет или двадесет години, а и изпълнителите на здравните услуги са много и разнообразни.

- *Икономията от мащаба*: Всяко допълнително усложняване на системата за здравно осигуряване увеличава административните

разходи и най-малкото повърхностно и първоначално, намалява прозрачността от гледна точка на потребителя/платеца, тъй като отговорностите във всеки един стълб могат да не бъдат ясни. От друга страна, конкуренцията между отделните осигурителни институции може да увеличи възможностите за нововъведения в предлаганите пакети услуги в новия втори стълб на осигуряване.

- *Задължително или доброволно участие*: ако закупуването на покритието, предлагано от новия втори стълб на осигуряване, допълва пакета от услуги, който сега се покрива от НЗОК стане задължително, ще бъдат увеличени общите разходи на потребителите.

Функционирането на такъв тип здравно осигуряване изисква да се помисли и по следните въпроси:

- изключване на възможността за селектиране на риска - дружествата не трябва да имат право да отказват сключване на договори по задължителното допълнително осигуряване;

- защитни механизми - диверсификацията на риска да се осъществява чрез въвеждане на съответните финансови, организационни и други изисквания към ДДЗО, както и въвеждането на изискването за минимален брой осигурени;

- информираността на населението - въвеждане на завишени изисквания по отношение на рекламата и обективността и пълнотата на информацията по договорите, предлагани от ДДЗО, особено в периода на първоначалния избор на фонд;

- времевия хоризонт за реализиране на модела - за реализирането на този модел е необходима основна промяна в Закона за здравното осигуряване или приемане на нов Кодекс за здравното осигуряване, на подзаконовата нормативна база, синхронизация Националния рамков договор и финансовите разчети по макрорамката, както и време за пререгистрация и регистрация на здравноосигурителните дружества и за кампания за набиране на осигурени. По тази причина законът трябва да бъде приет най-малко осем месеца преди старта на системата;

- законодателни промени – освен законодателно въвеждане на този модел чрез закон, кодекс или друго, то е необходимо преосмислянето и съгласуването му Закона за лечебните заведения и Законите за съсловните организации. Тук е необходимо да се даде отговор на въпроса за мястото и ролята на съсловните, професионалните и синдикалните организации;

- развитие на договорната система – въвеждане на контролни

механизми – акредитация, стандарти, лицензиране, диагностично-свързани групи и т.н.

- въвеждане на механизми за избягване на възможностите за изключване на определени рискови групи или лица от схемата на втория стълб.

В свое проучване работна група[1] под ръководството на AAMP (Български здравен проект) – С. Матис и колектив, са анализирали и представили възможните предимства и недостатъци при въвеждането на различните модели на здравно осигуряване в България (Таблица 12).

4.1.9 Смесени модели

В търсенето на най-адекватни форми на развитие на здравноосигурителните модели в различни страни са разработени и смесени модели на здравно осигуряване, които имат своите особености. Както бе посочено по-горе в някои от азиатските страни (Сингапур) и в Америка са приложени модели, които обединяват в себе си елементи на осигуряване и застраховане - медицински спестовни сметки - спестовни влогове за здраве, които се наследяват.

В Европа (Холандия, Германия, Израел) поради развитието на пазарана ориентация на социалноосигурителните системи на базата на възприетите либерални принципи се разработват модели за по-активно включване на частни осигурителни с обществени функции. Този т.н. смесен социално-пазарен модел за разлика от чисто либералните модели в частното здравно осигуряване е свързан с прилагането на пазарни механизми, съчетани с регулация, осигуряваща солидарността и ограничаваща несправедливостта в осигуряването и достъпа до здравни услуги. Като пример може да бъде посочен въведения през 1990 г. модел в Холандия, по известен като „План Декер", характеризиращ се с разработването и въвеждането на задължителен (гарантиран) пакет услуги за цялото население, но покрити от множество равнопоставени частни и социални здравноосигурителни фондове. Основните характеристики (Гладилов, Делчева, 2000 г.) на този модел са:

- Осигурените лица плащат два вида осигурителни вноски: 1) вноски с еднакъв процент от дохода, независещи от здравния риск и осигуряващи солидарността; и 2) фиксирани вноски, в

Таблица 12. Предимства и недостатъци при въвеждането на

Модел	Предимства
Задължително здравно осигуряване – първи стълб	Солидарност; плащания, базиране на доходите; публичен характер на осигурителя, контролиран от осигурените, работодателите и държавата; споделяне на вноските между работещи и работодатели; съучастие на държавата.
Двустълбов модел за здравно осигуряване	- Не е нужно ново законодателство; - Не са нужни големи промени в нормативната уредба, но би могло да бъдат изяснени съществуващите неточности и проблеми по отношение на доброволното здравно осигуряване; - Съществуват условия за по-нататъшното развитие на този двустълбов модел след стабилизиране и уточняване на някои неясноти в него; - Не се изисква голяма увеличаване на задължителните здравноосигурителни вноски; - Не би трябвало да се отрази на задължителните здравноосигурителни вноските и това няма да доведе до увеличаване на безработицата или скриване на доходи; - Не би трябвало да се увеличава държавната субсидия на НЗОК; - Предлагането на ясно дефинирани и не препокриващи се покрития (здравноосигурителни пакети) от НЗОК и дружествата за допълнително здравно осигуряване ще увеличи търсенето му; - Съвместим с директивите на Европейския съюз;
Двустълбов модел с възможност за излизане от задължителната система	- Необходими са неголеми промени в закона за здравното осигуряване и нормативната уредба, които могат да бъдат направени бързо; - Би стимулирало декларирането на реалните доходи - условие, което в момента не е налице при задължителното здравно осигуряване; - Премахва до известна степен монопола на НЗОК и дава известна възможност поне на част от осигурените за избор на здравноосигурително дружество и по отношение на задължителното осигуряване; - Ще позволи на лицензираните ДДЗО, които предлагат задължително покритие на лицата, които са излезли от НЗОК да натрупат опит по отношение на предлагането на цялостно покритие, без да съществува опасност за лицата с ниски доходи да останат без здравно покритие; - Ще увеличи възможностите на ДДЗО да инвестират в собствени лечебни заведения; - Съвместим с директивите на Европейския съюз.
Тристълбов модел за здравно осигуряване	- Увеличение на приходите в здравеопазването чрез доброволното здравно осигуряване, което би могло да доведе до намаляване на “плащанията на ръка” (създава навици за осигуряване на населението); - Диверсификация на риска на съвкупностите от осигурени на ДДЗО поради големия брой лица, които трябва да бъдат осигурени във втория стълб; - Намаляване на монопола на НЗОК и даване на известна възможност поне за част от осигурените за избор на друг здравно осигурителен фонд и по отношение на задължителното осигуряване; - Увеличаване възможностите на ДДЗО да инвестират в собствени лечебни заведения. -Стимулиране на потребителите да имат право на избор по отношение на осигурителната институция, която да осигурява задължително допълнително покритие.

различните модели на здравно осигуряване в България

Недостатъци
Бюрократизиране на системата; липсата на избор; липса на конкуренция; всяко задължително нещо е нежелано; гражданите не го считат за осигуряване, а за плащане на допълнителни данъци.
Привличането на нови клиенти от дружествата за допълнително здравно осигуряване ще зависи от ясното дефиниране на задължителното и допълнителните покрития, маркетинга, цената и начина за определяне на пакетите на ДДЗО, условия които в настоящия момент не са налице.
- За гарантиране на финансовата стабилност на НЗОК, ще бъде необходимо минималния деклариран доход, който да позволява излизане от задължителната здравноосигурителна система да бъде по-висок от максималния осигурителен доход; - Може да се наложи увеличаване на размера на субсидията за НЗОК, защото излизането от задължителната система ще доведе до намаляване на приходите на НЗОК от здравноосигурителни вноски; - Поради разширяване на покритието което ДДЗО предлагат, би могъл да се увеличи финансови риск за тях, като този проблем е разрешим чрез презастраховане
- Необходимост от значителни промени в действащата нормативна уредба, може да се наложи изготвянето на нов закон или Кодекс; - Увеличаване на задължителната вноска за здравно осигуряване за работещите, работодателите и самоосигуряващите се; - Увеличаване на размера на държавната субсидия, ако пенсионерите, социално слабите и другите категории лица, за които плаща бюджета ползват услуги, които са покрити от втория стълб; - Фаворизиране на втория стълб, в случай че не всички граждани имат достъп до него – социално недоволство и социално-икономическа стратификация на населението; - Значително увеличаване на изискванията към лекарите и лечебните заведения на ИМП за установяване в реално време на статуса на осигурените лица и съответно правилно да разделяне на плащанията за извършените услуги между НЗОК и ЗОД; - Недоволство от страна на лекарите и лечебните заведения за увеличаване обема на информация и подавани документи по различни плащания към различни здравноосигурителни дружества; - Значително увеличаване на обема от информация, който е необходим на осигурените лица за да могат те да знаят правата и финансовите си задължения по отношение на задължителното и задължителното допълнително осигуряване – недоволство от страна на нискообразованите и хората в неравностойно положение и социално слабите.

зависимост от здравния риск и определени от всеки осигурителен фонд на пазарен принцип. Осигурителните вноски от първия тип се натрупват в централен преразпределителен фонд, който извършва преразпределението към избраните фондове на базата на възрастовата струтура на осигурените лица.

- Задължително участие на всички граждани в осигуряването за гарантиран пакет здравни услуги;
- Свободен избор на фонд от страна на осигурените лица за гарантирания пакет здравни услуги;
- Независимост на финансирането от предоставянето на здравните услуги – договорна система;
- Доброволно участие на осигурените лица в свободен конкурентен пазар за допълнително здравно осигуряване извън гарантирания пакет здравни услуги
- Свободна конкуренция между множество частни и обществени фондове. Конкуренцията на фондовете е в размера на втората вноска по допълнителното осигуряване и по качеството на предоставяните услуги.

4.2 Модели на пенсионно осигуряване

Навсякъде по света, дори и в най-богатите държави, възрастните хора живеят по-бедно от работещите. Теорията за потреблението, базирано на житейската цикличност (Modigliani and Brumberg, 1954) определя, че човешкият живот условно може да се раздели на три етапа: млада, средна и пенсионна възраст. Според тази теория по време на младостта си човек консумира по-малко и главно на кредит, през средната възраст консумира повече, като изплаща натрупаните дългове и спестява останалото. Човекът в третата възраст съществува на базата на спестяванията направени през средната възраст. Пенсионното осигуряване е свързано с живота и възпроизводството на обективно нетрудоспособни, безработни и бедни, с присъщите затях потребности и характерната им еластичност на задоволяване на минимално, нормално и максимално равнище; зависимостта на степента на задоволяване на тези потребности от икономическите възможности на обществото, заетоста и работната заплата; структура на потребностите; характера, съдържанието и преспективите на възпроизводство. Най-разпространеното разбиране за пенсията е, че тя представлява серия от парични

плащания към индивида или неговите наследници след неговото пенсиониране. Пенсионната схема (модел) представлява поредица от финансови, административни, законово-нормативни, социални и други дейности, насочени към осигуряване на пенсии за определена група пенсионирани работници или техните наследници. Осигурителната схема и нейната продължителност зависи преди всичко от видовете осигурителни вноски, които са плащани от работника преди неговото пенсиониране. По-общо пенсионния модел е спестовен модел, с отложено изплащане на спестените средства. Пенсионните модели могат да бъдат организирани по различен начин – от държаната, работодателите, синдикатите или от други типове организации. Организираните от работодателите пенсионни схеми могат да се финнасират и управляват колективно, докато други, могат да се финасират индивидуално. Един работодател може да организира различни пенсионни схеми и работниците могат да се осигуряват от повече от една схема. Въпреки че при повечето схеми пенсиите се изплащат като серия от периодични суми при приблизително еднакъв размер, има и такива където пенсията се изплаща като глобална сума наведнъж или като комбинация от сравнително голямо начално плащане следвано от малки периодични плащания. Пенсионните схеми организирани от държавата са педи всичко социални осигурителни модели и се базират на организирани политически и социално-икономически действия от страна на държавата. Много от пенсионните схеми са вид застрахователни модели поради това, че те се предоставят като анюитет (доход) под формата на периодично плащане за живот, като често сумата се коригира на базата на инфлацията или други фактори. Общата сума получавана от индивида зависи от годините живот и големината на плащанията.

4.2.1 Кратък исторически преглед

Началото на задължителното социално осигуряване за наетите работници е поставено през 1883 година в Германия. Канцлерът Бисмарк въвежда за първи път държавна социално- осигурителна система през 1889 г. Развитието на системите за пенсионно осигуряване след края на Втората световна война е свързано с редица промени в концепциите за социално справедливо разпределение на доходите от пенсии и най-вече към ниско обезпечените лица.

Редица страни по целия свят въвеждат разходнопокривната пенсионна системата. Това може да се обясни със състоянието на икономиките по това време – Втората Световна Война и голямата криза от 30- те години водят до хиперинфлация в много страни, която стопява спестяванията на хората, капиталовите пазари не функционират нормално, демографските особености на населението по това време позволява въвеждане на този вид пенсионна система. Разходнопокривната пенсионна система е основана на теоретичната концепция за държава на благоденствието (welfare state). В по-широк смисъл това е идеализиран модел, според който държавата поема главната отговорност за благосъстоянието на нейните граждани във всички аспекти на благоденствието. В по-тесен смисъл това е концепция, според която всички социални и осигурителни услуги би следвало да бъдат предоставяни от държавата, поради неспособността на хората да поемат цялата отговорност за собственото си благоденствие по време на старини и други непредвидени събития като заболявания. Нещо повече, държавата изземва правото на хората да решават някои аспекти от живота си поради налаганата теза, че именно държавата може да вземе по-добрите решения в името на доброто на хората и следователно предоставянето на редица услуги се превръща в монопол на държавата и се изземва от правомощията на частния сектор. Промените в пенсионните модели са свързани непосредствено с развитието на по-общата система за социална сигурност, появата и развитието на пенсионната система на базата на реформата предложена от лорд Бевъридж във Великобритания (1942), развитието на принципите за социалната солидарност и справедливост. Един от съществените елементи на съвременните пенсионни системи и законодателства е въведеното в много страни изискване, гарантиращо минимален размер на пенсията на всички осигурени лица.

Пенсионните модели се разделят най-общо на три вида:

- Капиталопокриващ;
- Разходнопокриващ;
- Смесен

Тези модели имат различни модификации, но тук ще обобщим двете концепции, които стоят зад тях, без да се впускаме в подробен анализ на различните пенсионни системи, които съществуват.

Капиталопокриващият пенсионен модел (fully funded) е близък до частните застрахователни системи като форма и начин на

функциониране. При него човек акумулира капитал под формата на индивидуални спестовно-осигурителни вноски в лична сметка и при настъпване на определена възраст, той получава пенсия във вид на доживотен анюитет. Сметките се управляват от частни пенсионни компании, които се конкурират по между си. Тези компании фукционират до голяма степен като взаимни фондове, защото инвестират натрупания капитал в ценни книжа на фондовите пазари. Капиталовият модел предполага, работещите да заделят средства от трудовото си възнаграждение, които вместо да се изплащат като пенсии на неработещите, се инвестират в инвестиционни инструменти. При настъпване на нетрудоспособност, осигуряващото се лице получава направените вноски заедно с реализирания доход от инвестициите. Както бе обяснено по-горе индивидът докато е млад работи и може да заделя средства, които се инвестират (или се спестяват под формата на пари), а когато изпадне в нетрудоспособност ползва инвестициите и спестяванията.

Няколко са основните предимства на капиталовата система пред разходно-покривната система:

Първо, капиталовият модел е независим от демографските тенденции в обществото, а зависи единственно от рентабилността на капитала и действащите лихвени проценти. Поради това, че възвращаемостта на капитала и преобладаващите лихвени проценти са по-високи от естествения прираст на населението, което е в основата на възращаемостта на разходно-покривната система, капиталовата пенсионна система е по-ефективна от разходно-покривната система (Kotlikoff, 2000). Единственият риск, който съществува е пазарния риск, но както знаем от финансовата теория този риск може да се сведе до минимум чрез диверсификация на инвестициите.

Второ, капиталовата система създава директна връзка между направените вноски и получаваните пенсии. Тъй като вноските се правят по лична сметка и по тази сметка стоят реални средства (подобно на депозитите в банката или сметките в инвестиционните посредници), във всеки един момент осигуряващият се може да провери какви средства са набрани по личната му сметка. При разходно-покривната система въпреки, че всеки осигуряващ има лична сметка, то реално по тази сметка не стои нищо, освен обещанието на бъдещите поколения.

Трето, при капиталонатрупващия модел хората акумулират

парични средства в лични сметки, които служат за инвестиции и увеличават капитала в икономиката. Нещо повече, пенсионните сметки представляват "дълги пари", които могат да бъдат инвестирани в инфрасктруктурни проекти и инвестиции с дългосрочен период на възвръщаемост. Този вид капиталонатрупване е двигател на икономическия растеж.

Съществуват изследвания, които твърдят, че капиталовата пенсионна система води до по-високи спестявания в икономиката, което има ефект върху инвестициите, а от там и върху икономическия ръст. Corsetti и Schmidt-Hebbel (1995) посочват, че след преминаването към капиталова система Чили регистрира ръст в спестяванията и икономиката.

Разходнопокриващият пенсионен модел (известната като PAYG система - pay-as-you-go) е преди всичко социално ориентиран, при който пенсионерите получават пенсии от обществени осигурители (държавата). Средствата за пенсиите са на базата на трудовите доходи на хората в трудоспособна възраст под формата на пенсионно-осигурително вноски. Срещу тези вноски те получават обещание (сигурност) за получаване на пенсия, когато встъпят в пенсионна възраст.

Основните характеристики на разходнопокриващия пенсионен модел са:

1. Липсата на пряка връзка между личния принос на всеки осигурен и размера на пенсията, която получава. Тази връзка е косвена, доколкото пенсиите се модифицират на база на показатели и коефициенти като стаж и заплата. Но доходът, който бива разпределян, зависи от броя на работещите в икономиката, размера на работните заплати, които се декларират официално, размера на социално-осигурителните вноски, които се определят пряко от управляващите. Това поставя пенсионерите в положение на зависимост от политическата воля от една страна и от икономическата активност на сегашното поколение от друга.

2. Зависимост от демографските фактори при функциониране на модела. Размера на осигурителните вноски като процент от брутната заплата се определя от коефициента на заместване и коефициента на зависимост (Таблица 13 и Таблица 14). Коефициентът на възрастова зависимост показва броя на лицата от населението в „зависимите" възрасти - населението под 15 и на 65 и повече години, на 100 лица от населението в „независимите" възрасти - от 15 до 64 години, и се изчислява в проценти.

Увеличаването на този коефициент говори за застаряване на населението и е следствие от няколко демографски фактора: увеличаване на продължителността на живот, намаляване на раждаемостта, емигриране на млади хора в трудоспособна възраст, увеличаване на безработицата.

Коефициентът на заместване е съотношението между средната работна заплата и размера на средната пенсия. За да се поддържа стабилен коефициент на заместване в условията на застаряващо население, е необходимо да се увеличава социално-осигурителната тежест. Вътрешната небалансираност на PAYG система води до изземване на все по-голяма част от дохода на хората, което допълнително влошава демографските фактори и намалява стимула на младите да остават в страната ни.

3. Този модел би могъл да създаде стимули за развитие на сива икономика, тъй като голяма част от работещите и работодателите им предпочитат да не декларират официалните си доходи. Това затруднява целия стопански живот и се изопачава така необходимата достоверна информация и възможността да се правят необходимите актюерски разчети (calculation), на които хората базират рационалното си поведение.

4. Пенсионните вноски имат ефект на данък върху търсенето и предлагането на труд. В резултат на разходопокривната пенсионна система се изкривява пазара на труда и се увеличава безработицата, в следствие на свръхданъчното бреме, което намалява количеството труд, вложено в производството. Независимо в какво съотношение формално се разпределят вноските за пенсионно осигуряване между работещи и работодатели, разпределението на данъчното бреме зависи от еластичностите на търсене и предлагане на труд.

5. В резултат на действието на този модел може да се натрупа скрит вътрешен дълг под формата на „обещания" за изплащане на пенсии. Плащането му се прехвърля на бъдещите поколения, което в даден момент може да се окаже безсилно да финансира поетите обещания. Този дълг е имплицитен и не се взема предвид при отразяване на настоящото фискалното състояние.

6. Разходнопокривният модел по дефиниция не акумулира капитал. Т.е. той има много висока алтернативна цена и лишава икономиката от икономически растеж и технологичен напредък, който би бил възможен при инвестиране на принудително иззетите парични средства от работниците.

7. От икономическа гледна точка един от най-силните

аргументи срещу този модел е неговата доказана икономическа неефективност по същество. Той не е Парето-оптимален, защото увеличаване на благоденствието на едно поколение става за сметка на друго поколение.

8. Този модел не е съвместим с интеграцията на пазара на труда, с естествените процеси на глобализация и идеята на ЕС за премахване на границите между нациите. В днешно време работната сила е мобилна и хората все по-рядко идентифицират стариите си с мястото, където са родени или където са се трудили.

9. Този модел се характеризира с огромни транзакционни разходи, с поддържането на голям брой административни служители, чиито заплати биват получавани отново от данъци от работещите. Тези разходи също следва да се прибавят към изчисляване на неефективността на пенсионната система и нейната алтернативна цена. Този трудов ресурс може да се пренасочи към създаване на добавена стойност.

4.2.2 Смесени пенсионни модели

Смесените пенсионни модели вкючват елементи от двата предидущи модела: разходно-покривен и капиталов. На базата на това са създадени двустълбов и тристълбов модел. При двустълбовия модел основен елемент (първи стълб) е разходно-покривната система, а вторият е капиталовата система, като тя има задължителен характер.

Вторият стълб на този тип системи съдържа различни типове осигуряване на капиталов принцип, като за България то е:

- Професонално – за ранно пенсиониране на работещите при тежки условия на труд, финансиран от работодателя;
- Универсално – за всички родени след 31.12.1959 г., осигуряващи втора пожизнена пенсия, финансиран от работодателя и лични вноски;

При тристълбовия (каквато е системата в България) основен елемент е разходно-покривната система, а другите два стълба (единия задължителен, а другия доброволен) са базирани на капиталовата система. Третият стълб доброволното пенсионно осигуряване с лични вноски или вноски от работодателя.

Таблица 13. Тенденция на коефициента на зависимост в Европа (прогнози)

Страна/ година	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
EU (27 страни)	25.9	28.26	31.05	34.23	38.04	42.07	45.36	48	50.42	52.45	53.47
Белгия	26.09	28.18	30.6	33.79	37.58	40.47	42.27	43.01	43.87	44.72	45.84
България	25.29	28.17	31.1	33.75	36.28	39.1	43.58	49.7	55.44	61.35	63.54
Чехия	21.83	26.49	31.07	33.75	35.71	37.79	42.71	50.17	54.81	58.81	61.4
Дания	24.98	29.09	31.85	34.49	37.85	41.09	42.69	42.69	41.31	41.16	42.66
Германия	31.17	32.22	35.28	39.53	46.23	52.79	54.73	55.13	56.43	58.25	59.08
Естония	25.01	26.7	29.18	31.88	34.42	36.11	38.96	42.17	47.19	53.68	55.55
Ирландия	16.67	18.37	20.23	22.27	24.63	27.21	30.6	35.27	40.4	42.93	43.57
Гърция	28.22	30.58	32.75	35.37	38.47	43.19	48.25	53.23	56.99	57.58	57.12
Испания	24.43	25.82	27.42	30.17	34.32	39.72	46.39	53.88	58.69	59.98	59.07
Франция	25.81	29.3	32.77	35.85	39.02	41.74	43.99	44.18	44.68	45.18	45.2
Италия	30.99	33.6	35.47	37.97	42.45	48.29	54.07	57.89	59.24	59.43	59.32
Кипър	18	19.86	22.26	24.93	27.44	29.03	30.76	33.32	37.65	41.37	44.47
Латвия	25.17	26.23	28.08	31.15	34.57	37.08	40.72	44.72	51.18	59.95	64.45
Литва	23.18	24.02	25.98	29.7	34.71	38.83	42.81	45.96	51.13	59.06	65.65
Люксембург	21.07	22.3	24.23	27.08	30.8	34.37	36.31	37.23	37.82	38.13	39.1
Унгария	24.22	26.3	30.31	33.26	34.06	36.21	40.11	46.69	50.83	54.49	57.64
Малта	21.19	26.69	31.25	35.86	39.14	40	41.71	45.37	49.77	54.47	59.07
Холандия	22.82	27.09	30.69	34.95	40	44.51	46.77	46.14	45.61	45.96	47.18
Австрия	26.01	27.37	29.18	32.7	38.09	43.4	46.03	46.76	48.31	49.34	50.65
Полша	18.98	21.88	27.19	32.86	35.98	37.89	41.29	47.19	55.69	63.46	68.97
Португалия	26.58	28.55	30.66	33.19	36.63	40.15	44.59	49.49	52.96	54.23	54.76
Румъния	21.34	22.54	25.67	29.11	30.32	35.37	40.75	47.77	54	62.67	65.27
Словения	23.91	26.25	31.21	36.15	40.83	45.43	49.4	54.65	59.4	62.29	62.19
Словакия	16.95	19.23	23.85	28.5	32.3	35.26	39.98	47.58	55.46	62.93	68.49
Финландия	25.7	31.73	36.75	40.64	43.89	45.69	45.06	45.51	46.61	47.51	49.3
Швеция	27.81	31.5	33.69	35.46	37.43	39.59	40.78	41.11	41.91	43.99	46.71
Великобритания	24.72	27.11	28.58	30.37	33.23	35.89	36.92	36.72	37.96	40.23	42.14
Норвегия	22.73	25.66	28.32	31.32	34.32	37.74	40.24	40.94	41.43	42.38	43.92
Швейцария	24.94	27.48	29.93	33.2	37.72	41.81	43.74	44.61	45.74	47.05	48.51

Източник: Евростат

Таблица 14. Коефициент на заместване в Европа

страна/година	2003	2004	2005	2006
EU (25 страни)	:	:	0.51	0.51
Белгия	0.4	0.41	0.42	0.42
България	:	0.63	0.6	0.6
Чехия	:	:	0.51	0.52
Дания	0.34	0.35	0.35	0.37
Германия	:	:	0.46	0.46
Естония	:	0.45	0.47	0.49
Ирландия	0.34	0.38	0.43	0.35
Гърция	0.48	0.5	0.49	0.49
Испания	:	0.52	0.56	0.48
Франция	:	0.55	0.57	0.58
Италия	:	0.59	0.58	0.58
Кипър	:	:	0.28	0.28
Латвия	:	:	0.61	0.49
Литва	:	:	0.47	0.44
Люксембург	0.61	0.61	0.62	0.65
Унгария	:	:	0.61	0.54
Малта	:	:	0.54	0.49
Холандия	:	:	0.43	0.43
Австрия	0.67	0.59	0.67	0.65
Полша	:	:	0.58	0.59
Португалия	:	0.53	0.59	0.59
Румъния	:	:	:	:
Словения	:	:	0.42	0.41
Словакия	:	:	0.55	0.57
Финландия	:	0.46	0.46	0.47
Швеция	:	0.6	0.58	0.6
Великобритания	:	:	0.41	0.44
Исландия	:	0.47	0.47	0.44
Норвегия	:	0.46	0.49	0.48

Източник: Евростат

Съществува и още един модел за реформа на разходно-покривната система и е приложен за първи път в Швеция. Това е т.н. модел на фиктивни сметки (notional accounts system). Всеки осигуряващ се има фиктивна сметка, по която се акумулират осигурителните вноски за целия трудов живот. Сумата по сметките се индексира с т.н. курс на възвращаемост, който може да зависи или от номиналния ръст в заплатите или от ръста на БВП. При навлизане в пенсионна възраст набраните средства по фиктивната сметка се превръщат в анюитети, които пък зависят от продължителността на живота на поколението към което принадлежи пенсиониращия се. Чрез тези персонални фиктивни сметки се цели да се създаде връзка между получаваната пенсия и правените осигурителни вноски през трудовия живот.

4.2.3 Видове пенсии

В нашата страна приложение намират следните видове пенсии (Таблица 15):

1. При разходно-покривния модел (първи стълб)
   - Пенсии за осигурителен стаж и възраст
   - Пенсии за гражданска и военна инвалидност
   - Пенсии за особени заслуги
   - Наследствени пенсии
   - Социални пенсии за старост
2. При капиталонатрупващия модел
   - Допълнително задължително пенсионно осигуряване и по професионални схеми (2-ри стълб)
   - Доброволно пенсионно осигуряване и по професионални схеми (3-ти стълб)

Тук пенсиите могат да бъдат
- Лична – за старост и инвалидност, срочна и пожизнена
- Наследствена
- С еднократно изплащане или разсрочено изплащане

Таблица 15. Видове пенсии, нормативни изисквания, фактори на размера и размер на пенсията

Вид на пенсията	Нормативно изискване	Фактори на размера	Размер
За осигурителен стаж	Възраст Точки Осигурителни вноски	Личен осигурителен доход Осигурителен доход за страната	Регламентиран, нормативно ограничен
За инвалидност	Осигурителен стаж Осигурителен доход Възраст Осигурителна вноска Загубена трудоспособност	Осигурителен стаж Процент неработоспособност Индивидуален коефициент	Регламентиран – минимален размер поради общо заболяване е в процент от социалната пенсия за старост (СПС)
Социална - За старост – лица навършили 70 год. без издръжка - За инвалидност лица навършили 16 г. с призната нетрудоспособност - За особени заслуги - персонални	Трудов стаж Възраст Заслуги Доходи на член от семейството Инвалидност Безработица	Държавните институции - народно събрание - министерски съвет - общински съвети - НОИ Икономическо състояние	Нормативно регулиран за социалните Диференциран за персоналните
Наследствени	Възраст Родство Издръжка	Брой наследници Степен на инвалидност на наследниците Трудов стаж на наследниците	Регламентиран Минимален размер не по-малък от 90% от социалната % от полагащата се лична пенсия на починалото лице, както следва: - При 1 наследник – 50% - При 2-ма – 75% - При 3 и повече – 100%

Вид на пенсията	Нормативно изискване	Фактори на размера	Размер
Допълнителни пенсии (задължително пенсионно) - Универсален или професионален фонд -допълнителна пожизнена пенсия за старост - професионална пенсия за ранно пенсиониране	Възраст – за лица родени след 31.12.1959 Осигурителни вноски Индивидуален коефициент След придобиване на право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по задължителното - натрупаните средства по индивидуалната партида; - биометричните таблици, одобрени от заместник-председателя на комисията; - техническия лихвен процент, одобрен от заместник-председателя на комисията	Осигурителна вноска + дялове Дялове - всеки дял представлява пропорционална част от нетните активи на фонда Инвестиционната политика на ДДПО	На основата на натрупаната сума в индивидуалната партида в зависимост от продължителността на живота след пенсиониране в съответствие с утвърдените биометрични таблици регламентиран на базата на: - натрупаните средства по индивидуалната партида; - срока на получаване; - техническия лихвен процент, одобрен от заместник-председателя на комисията
Допълнителни пенсии (доброволно осигуряване) : 1. лична пенсия - за старост или за инвалидност; 2. наследствена пенсия - при смърт на осигуреното лице или на лице, което получава пенсия по този дял; 3. еднократно или разсрочено изплащане на натрупаните средства по индивидуалната партида; 4. еднократно или разсрочено изплащане на средства на наследниците на починало осигурено лице или на пенсионер. 1. срочна пенсия за старост;	Всяко физическо лице, навършило 16 години Доброволно внасяне на вноски След придобиване право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по задължителното	Осигурителни вноски: 1. физически лица - за своя сметка; 2. работодатели, които са осигурители - за своите работници и служители; 3. органи, които са осигурители на държавни служители и др. Индивидуални патриди – записи от вноски и дялове Инвестиционна политика на фонда	Регламентиран в договора на базата на: 1. натрупаните средства по индивидуалната партида; 2. биометричните таблици, одобрени от заместник-председателя на комисията; 3. техническия лихвен процент, одобрен от заместник-председателя на комисията; 4. срока на получаване;

5. ПРАКТИКИ В ПРИЛОЖЕНИЕТО НА ЗДРАВНО И ПЕНСИОННО ОСИГУРИТЕЛНИТЕ СХЕМИ

Кратко описание на опита на различните държави

Всяка страна на базата на своя исторически опит, социално-икономическо развитие, както и на наличните ресурси организира здравно и пенсионно осигурителните си схеми. Те се придържат към описаните по-горе модели и принципи, но се различават в начина на приложение, което ще бъде разгледано по-долу.

Голяма част от осигурителните схеми в Европа са т.н. публични системи. Разнообразието на здравноосигурителните схеми не позволява да бъдат лесно систематизирани, докато тези в пенсионната сфера могат най-общо на бъдат разделени на публични – пенсионни схеми за навършилите трудоспособната възраст и пенсионни схеми за ранно пенсиониране и пенсионни схеми с отложено плащане.

В повечето европейски страни публичните пенсионни схеми предлагат както капиталово-покривни схеми, така и гарантиран минимум на пенсията. Само в Дания, Ирландия, Холандия и виртуално във Великобритания публичните схеми предлагат еднакъв размер на получаваната пенсия при пенсиониране. Повечето европейска страни при схемите за пенсиониране се прилагат дефиниран (определен предварително) размер на пенсията. Това означава, че пенсионните права са определени във връзка с доходите на работниците преди пенсионирането и годините стаж, без директна връзка с финансовото им участие и реалния или виртуален (абстрактен) акумулиран капитал. Само четири страни – Италия, Латвия, Полша и Швеция прилагат принципа на абстрактно определени принципи на участие (акумулиран капитал), според които този т.н. капитал се преобразува в анюитети по време на пенсионирането. Част от социалните осигурителни системи пренасочени към законово определени частни схеми в голяма част от страните на Европа. Такова пренасочване е направено в Естония, Латвия, Литва, Унгария, Полша, Словакия и Швеция.

В повечето страни пенсионните схеми за ранно пенсиониране са включени в общата схема на пенсионирането, като в Ирландия, Кипър (за работещите в частния сектор), Малта и Великобритания нямат разработена схема за ранно пенсиониране, а в Дания и

Холандия тя е отделена. В допълнение някои страни предлагат няколко възможни подхода за ранно пенсиониране. В Белгия, Германия и Финландия продължителните плащания за безработица или пенсиите за ранно излизане от пазара на труда са включени в пенсионните схеми.

Всички страни в света в последните години реформират своите здравноосигурителни системи. Особено засилен е този процес в страните от Източна Европа и то през 90-те години на миналия век, като реформите продължават. Основните задачи, които си поставят при реформите различните страни могат да бъдат обединени в три основни групи:

- съответствие на разходите за здравеопазване с наличните ресурси;
- превръщането на здравеопазването в по-справедлива система – равнопоставеност в достъпа и еднаквостта на здравните грижи, независимо от финансовите възможности на отделния индивид;
- подобряване ефективността и качеството на здравните услуги.

Здравноосигурителните системи на държавите от ЕС са се установили в резултат на специфични политически, исторически, културни и социално- икономически дадености. Това е причината за многобройните различия между тях. Чл. 129 от договора на ЕС изрично изключва хармонизирането на националните законодателства в областта на здравното осигуряване.

Като универсален принцип все пак може да се изтъкне взаимопомощта. В много от страните се преминава през различни етапи при търсене на решение на въпроса относно наличието на една или няколко здравноосигурителни институции. Общото е, че при първоначално решение за множественост на здравноосигурителните институции, сега се обсъждат вариантите за централизацията им. Това е породено от по-големите възможности на централизираните фондове да решават предимно финансовите си въпроси и да осигурят по-качествено медицинско обслужване, съчетано с по-стриктен контрол върху изразходването на средствата. Множествеността на здравноосигурителните фондове се сочи като едно от предимствата на социално-пазарния модел в здравното осигуряване. Единственото условие за реализиране на подобно положение е достигането на определено ниво на икономическо развитие. При решаването на проблемите,

свързани с икономическото развитие, нарастването на доходите и платежоспособността на населението и нарастването на финансовите възможности на самата държава е възможно да се създадат и успешно да функционират повече от една здравноосигурителни институции.

АВСТРИЯ

Австрийската система за социално осигуряване се базира на принципа на всеобщо задължително осигуряване, което обхваща 99 % от населението. Осигуровката е срещу болест, злополука, пенсионна и срещу безработица.

Здравно осигуряване[2]

Системата за здравно осигуряване в Австрия до голяма степен е децентрализирана. Конституцията предвижда разпределяне на отговорностите между федералните служби, провинциите и общините. 99 % от населението се осигурява в някоя от 27–те здравноосигурителни каси – задължително здравно осигуряване. Изборът на каса се определя от трудовото правоотношение, регионални и исторически особености. Касите са самоуправляващи се институции и имат леки разлики в предлаганите пакети здравни услуги. Те набират приходите си главно от вноски (90 %). Около 40 % от населението плаща допълнителни вноски за частно здравно осигуряване. Финансирането става чрез вноски на членуващите в здравноосигурителните каси (59 %), данъци (24 %), частно осигуряване (7,5 %). Делът на допълнителното пряко заплащане за здравни услуги е 14 %. Вноските се плащат поравно от работодатели и служители и варират между 6 и 8,5 % в различните каси

Пенсионно осигуряване[3]

Тристълбов модел на пенсионно осигуряване. Първи стълб – след приемане на Закон за хармонизиране на пенсионната система – януари 2006. Основното на този закон е въвеждането на единна система за пенсионно осигуряване на всички работещи под 50 год. Всички пенсии от задължителното осигуряване се основават

[2] *Данните са от www.euro.who.int/document/e72787.pdf*
[3] *Данните са от www.ose.be/files/MOCpension/AustriaOMC.pdf*

на pay-as-you-go (PAYG) модела. Правото на пенсия е свързано с доходите на лицето, като пенсията е до 80% от средния доход при 45 години осигурителен стаж и законоустановена възраст за пенсиониране 65 год. при мъжете и 60 години при жените.

Ранното пенсиониране е възможно при навършването на 62 години при редуциране на пенсията с 4,2% за всяка година. Има определен минимален праг на пенсията, но няма максимален.

Втори стълб – частично задължителен и свързан с фирменото осигуряване ("Mitarbeitervorsorgekasse"). Обхваща около 15 % от работещите. В момента съществуват 15 професионални и 6 фирмени фонда.

Трети стълб – частно осигуряване, зависещо от индивидите (свързано с животозастраховането) ("Zukunftsvorsorge").

БЕЛГИЯ

Белгийската осигурителна система се базира основно на задължителното (публично) осигуряване срещу различни рискове, като държавата играе съществена регулаторна роля и взема относително голямо участие във финансирането.

Здравно осигуряване[4]

Системата на здравно осигуряване в Белгия е базирана на задължително осигуряване срещу риск – малък и голям. Съществува един задължителен държавен здравен фонд и други (5) осигурителни фондове с идеална цел, организирани на религиозна или политическа основа.

Групите рискове са както следва:

- малки – извънболнична медицинска помощ, закупуване на лекарства и стоматологична помощ
- големи – болнична помощ и техническо осигуряване

По-голямата част от населението – работещи, пенсионери, инвалиди (около88% от населението) са осигурени и за двата вида рискове, останалите – самоосигуряващите се са осигурени само за големите рискове. Те могат да се осигурят и срещу малките рискове, но в рамките на допълнителното осигуряване по контролирана от правителството схема.

Минималният пакет здравни услуги и здравноосигурителните

[4] *Данните са от www.euro.who.int/document/e71203.pdf*

вноски се фиксират от правителството, така че конкуренцията се проявява в допълнителното доброволно здравно осигуряване.

Финансирането на здравеопазването се извършва чрез осигурителни вноски (36 %), постъпления от данъци (38 %) и пряко заплащане (17 %). Останалите 9% идват от допълнително доброволно осигуряване и акцизи (2005).

Пенсионно осигуряване[5]

Белгийската пенсионна система се базира на задължителното социално (обществено) осигуряване – първи стълб, като обществените разходи за пенсии са около 9,4 % от БВП (2005). Пенсиите от задължителното осигуряване се основават на pay-as-you-go (PAYG) модела. Професионалните (допълнителните) пенсионни схеми (втори стълб) са по-малко разпространени, като техния дял от БВП е около 1.4% през същата година. Доброволните индивидуални пенсионни схеми (трети стълб) има несъществена роля. В задължителното пенсионно осигуряване, съществуват три основни пенсионно схеми – обща схема, схема за самоосигуряващите се и схема за държавните служители, като размерът на пенсията се калкулира по различен начин. Годините за пенсиониране са 65 за мъжете и 64 за жените (65 до 2009 г.) и не по-малко от 35 години осигурителен стаж. При самоосигуряващите се са същите изисквания. Възможно е ранно пенсионира за всеки при следните условия – възраст 60 години и 35 години трудов стаж, като който се пенсионира по-рано губи 5% от пенсията си за всяка година по-ранно пенсиониране. За държавните служители изискуемия стаж е минимум 20 години.

Има гарантиран минимален праг на пенсиите, както и определен максимален праг.

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Здравно осигуряване[6]

Здравното осигуряване е отговорност на държавата – системата е финансирана на базата на данъци. Здравната система е силно регулирана от държавата.

Въпреки, че силно разчита на обществения сектор, системата

5Данните са от www.ose.be/files/mocpension/BelgiumOMC.pdf
6Данните са от http://www.npr.org/news/specials/healthcare/healthcare_profiles.html

винаги е била подпомагана от малък, но разрастващ се независим сектор, който се състои от различни частни, доброволни и благотворителни организации.

Държавната осигурителна система се асоциира с малкия частен сектор, който бързо нараства през 80-те и началото на 90-те. След 2000 година около 9% от населението предпочита допълнителното частно осигуряване, за да си осигури консултативни болнични услуги и да избегне дългите списъци на чакащите. През 1997 г. са гласувани и данъчни облекчения за частното осигуряване.

Пенсионно осигуряване[7]

Усложнена пенсионна схема, включваща няколко елемента:

- основна държавна пенсия (BSP) – задължително осигуряване чрез вноски на осигурените лица на базата на дохода (освободени от вноски са лицата с определен нисък доход) – първи стълб.

- допълнителна държавна пенсия (pension credit – S2P – second state pension) -2002 г. – задължително участие (само за работещите, но не за самоосигуряващите се), базирана на вноските от дохода – състояща се също то два елемента – „гарантиран кредит" и „спестовен кредит" (капиталов принцип). Вноските са за сметка на работещите и работодателите, а при самоосигуряващите се във индивидуални сметки в осигурителни дружества – втори стълб.

- За работещия в публичния сектор се предлага участие в професионални схеми (над 200), които са задължителни за разлика на частните (доброволни) и се управляват от държавата – 2-ри стълб.

- Доброволно допълнително пенсионно осигуряване (3-ти стълб) – изключително работещо на частен принцип.

Годините за пенсиониране са 65 за мъже и 60 за жените (трябва да достигне 65 до 2020 г.)

Има определен лимит за минималната и максималната пенсия от 1-ви и 2-ри стълб.

ГЪРЦИЯ

Здравно осигуряване[8]

Здравното осигуряване се базира на задължителен солидарен

[7]Данните са от www.adviceguide.org.uk/index/your_world/consumer_affairs/pensions.htm
[8]Данните са от http://www.greeceindex.com/greece-health/greece_health_system.html

принцип, като основно се финансира от бюджета и в малка степен от подоходни вноски в здравноосигурителни фондове. Вноските в задължителното здравно осигуряване са на трипартиден принцип – работещи (1/3), работодатели (2/3) и държава.

Цялото население (над 90%) е обхванато от около 300-те самоуправляващи се социални здравни фондове, работещи като публични дружества. Членството в тях е задължително за работещите и членовете на техните семейства и се урежда по месторабота.

В Институтът за социално осигуряване (ИСО) се осигуряват около 50% от населението, главно работници, служащи и живеещи в селата. Организацията за земеделско осигуряване (ОЗО) покрива около 25% от населението, главно в селата, докато 13% от населението е регистрирано в TEVE-TAE – фонд на дребни и средни занаятчии и търговци. 9% от населението се осигурява от държавата, а останалите са регистрирани в някои от малките фондове. Повечето от тези малки фондове предлагат и допълнителни осигуровки.

Пенсионно осигуряване[9]

Пенсионното осигуряване е организирано на принципа на задължителното (1-ви стълб) чрез финансиране на трипартиден принцип (след 1993 г.) – работници, работодатели и държава (1% от НБП всяка година -IKA-ETAM-scheme). За самоосигуряващите се има различни схеми на осигуряване. Осигурителните вноски са в рамките на 20%, от които 6,67% за сметка на работника и 13,33% за сметка на работодателя (на базата на модела pay-as-you-go (PAYG). Годините за пенсиониране са 65 за мъжете и 63 за жените (65 за осигуряваните слез 1993 г.). Има възможност за ранно пенсиониране:

- без ограничения във възрастта ако има трудов стаж 37 години или 11 000 работни дни;
- на 62 години при мъжете и 57 при жените при 10000 работни дни.

Право на редуцирана пенсия при следните условия:

- на 65 години при 3,500 работни дни (осигурителни);
- на 60 г. при мъжете и 55 при жените, ако има 15 години трудов стаж или 4500 работни дни, като 100 от тях са през последната година.

9Данните са от www.ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/gr_en.pdf

Има възможност за отлагане на пенсионирането до 67 години. Има определен максимален и минимален праг на пенсиите (за тези отпреди 1993 и след това).

Съществуват три големи частни осигурителни фонда: IKA – пенсионно осигуряване на по-голямата част от частния сектор; TEBE – основно за самоосигуряващите се и OGA – пенсионно осигуряване за фермерите. Освен тях има над 20 малки фонда за юристи, инженери и други.

Вторият стълб не е добре разработен като има смесване на фондовете между I и II стълб – напр. IKA-TEAM.

Третият стълб основно се предлага от животозастрахователните компании.

ГЕРМАНИЯ

Здравно осигуряване[10]

Здравно-осигурителната система е на базата на задължителното (социално) здравно осигуряване и допълнителното здравно осигуряване. Задължителната система покрива над 88% от населението на страната, а участието в доброволните здравни фондове (над 600 на брой през 1997, но драстично намалели след продължилите няколко години сливания до около 200) е на около 14-15% от населението. Не е задължително здравното осигуряване на граждани с доход над определения от държавата 48 500 € за 2008 г. Около 10% от населението, главно държавни служители се оси-гуряват от своите работодатели, а високоплатените частни служители се застраховат в множеството застрахователни компании. Здравните фондове са организирани на различни принципи – регионален, професионален или по месторабота, като осигурените лица имат право на избор на фонд.

След 1994 година е въведена система на финансови компенсации между фондовете поради различни осигурителни ставки, в зависимост от структурата на риска на техните клиенти (резултат от възрастовия и полов профил). Здравните разходи на фондовете (заплащането на здравните услуги) е процес на силно децентрализирано договаряне между фондовете и предоставящите здравните услуги, което повишава конкуренцията и качеството на услугите.

[10] *Данните са от www.med-kolleg.de/healthinsurance_e.html*

Осигурителната система в Германия се базира на традиционните принципи на социалната солидарност, децентрализацията и саморегулирането. Социално-осигурителната система покрива около 88% от населението на Германия. Заетите с доход под определен минимум се осигуряват на законова основа, а безработните изцяло се осигуряват от държавата.

Пенсионно осигуряване[11]

Пенсионното осигуряване в Германия е организирано на тристълбов модел, като основна роля в него играе първия стълб – задължителното социално пенсионно осигуряване. Над 90% от работещите са включени в него. Основният модел на осигуряване е pay-as-you-go (PAYG), който включва над 80%, докато пенсионната схема на държавните служители (life-time) включва около 6% от населението. От 2003 г. задължителната осигурителна вноска е 19,5 % разпределени поравно между работника и работодателя. Държавата дава допълнителни субсидии за пенсионната система. Пенсионната система се управлява от "Deutsche Rentenversicherung" и е под контрола на Министерството на труда и социалните дейности.

Задължителните години за пенсиониране са 67. Има създадена възможност за ранно пенсиониране при различни условия.

Няма определени минимален и максимален праг на пенсиите.

През 2003 година на базата на анализите за демографското и социално-икономическо развитие на страната започва бързото развитие на допълнителното задължително осигуряване (втори стълб) и на доброволното осигуряване (трети стълб).

ДАНИЯ

Дания базира своите осигурителни схеми предимно на социалното (задължителното) осигуряване.

Здравно осигуряване[12]

Здравното осигуряване в страната е базирано на двустълбов модел – задължително (финансирано от държавата) и доброволно осигуряване.

---

[11] Данните са от www.ose.be/files/mocpension/GermanyOMC.pdf
[12] Данните са от www.euro.who.int/document/e72967.pdf

Цялото население е обхванато в задължителното държавно здравно осигуряване. То покрива основните здравни услуги. Системата предлага избор между две осигурителни схеми за извънболнична помощ:

1 схема – достъп до вторична здравна помощ по указание на избран домашен лекар и при фиксирани цени на извънболничната помощ.

2 схема – свободен избор на общопрактикуващ лекар и на специалист, при по-висока такса от фиксираната за 1 категория за сметка на пациента.

Около 95 % от населението са избрали 1 схема осигуряване.

Около 27 % от населението имат и доброволни частни здравни осигуровки, главно под формата на допълнително осигуряване, което покрива частта от разходите, заплащани от пациента.

Финансирането е главно от данъчни постъпления (83 % за 2005 г.) на национално, областно и общинско ниво. Останалите 17 % се разпределят както следва: около 15 % - лично участие на осигурените и около 2 % частно осигуряване.

Пенсионно осигуряване[13]

Пенсионната система на Дания е базирана на тристълбов модел, като всеки от стълбовете има свои цели и начини на финансиране.

Първият стълб е насочен към осигуряване за трудов стаж и е насочен да осигури достоен жизнен стандарт на възрастните хора. Този стълб е основен (смесено финансиране - данъчно финансиран и на базата на pay-as-you-go (PAYG) модела) и е насочен към осигуряване на всички граждани на достатъчен доход при тяхното пенсиониране, независимо от тяхното участие в пазара на труда. Пенсията е гарантирана след навършване на 65 год. при минимум 40 години живот в страната след навършването на 15 годишна възраст. Ако местожителството е под 40 год., то пенсията съответно се редуцира. Съществува възможност за доброволно ранно пенсиониране при определени условия – участие във фонд за осигуряване при безработица.

Вторият стълб обхваща около 90% от работещите на пълен работен ден и целта му е да осигури трудещите се след тяхното пенсиониране с приемлив размер на пенсия. Размерите на пенсията зависят от дефинираното участие, схеми на спестовни фондове и

[13] *Данните са от www.ose.be/files/mocpension/DenmarkOMC.pdf*

други. Вторият стълб обикновено е задължителен, но избраните схеми и фондове зависят от индивидуалното предпочитание.

Основната цел на третия стълб е да се осигури флексибилност, т. е да отговарят на индивидуалните потребности. Застрахователните компании, които оперират в този сегмент предлагат голям набор от пенсионни спестовни схеми.

Има фиксиран горен и долен праг на пенсиите.

ЕСТОНИЯ

Здравно осигуряване[14]

Задължително здравно осигуряване за цялото трудово активно население, останалите групи се осигуряват на базата на солидарността или от държавата.

Допълнителното здравно осигуряване е за лица, които получават пенсии от други държави или за такива лица, които повече от 12 месеца са осигурявани в доброволни здравни фондове.

Пенсионно осигуряване[15]

Тристълбова пенсионна система:

- 1-ви стълб - задължително осигуряване в държа-вен пенсионен фонд (PAYG – модел на финансиране)

- 2-ри стълб - задължително допълнително оси-гуряване на новопостъпващите на работа и за родените след 1984 г. – извършва се от частни оси-гурителни компании. Работещият плаща 2% от дохода, а държавата доплаща 4%.

- 3-ти стълб - доброволно осигуряване – избира се между три вида – осигуряване с гарантиран доход; осигуряване с инвестиционен риск и пенсионен фонд.

Пенсионирането при първи стълб - на 63 години при местожителство през последните 5 години в страната.

Първи стълб се финансира от т.н. социални такси (разделени между работник, работодател и държава), които са около 33 процента от БВП и се разделя на 13 % за здравеопазване и 20% за пенсии.

[14] *Данните са от www.euro.who.int/document/e91376.pdf*
[15] *Данните са от www.pensionikeskus.ee/*

ИРЛАНДИЯ

Здравно осигуряване[16]

Всички граждани имат достъп до медицинско обслужване като правото на безплатно или частично платено обслужване се основава на платежоспособността на гражданите и на тази база на разделянето им на две групи:

- първа група - с нисък доход (около 35%) от населението – заплащането на услугите е директно от държавата (финансирането е от данъци)

- втора група – останалите (около 65%), които заплащат директно здравните услуги (плащане за услуга) или участват в доброволно здравно осигуряване.

Около 1/2 от населението от втората група след създаването на Доброволния здравноосигурителен борд (1957) членува в него с цел допълнително здравно осигуряване, а след 2000 година и в BUPA.

Пенсионно осигуряване[17]

Пенсионната осигурителна система на Ирландия е разделена на три основни стълба:

- първи стълб - социалното задължително осигуряване базирано на модела pay-as-you-go (PAYG), управлявано от правителството и финансирано чрез осигурителни вноски и държавни субсидии (данъци)

- втори стълб - доброволното допълнително осигуряване, което е на същия модел (PAYG)

- персонални пенсии, които се организират от работещите и се финансират от професионални пенсионни схеми, организирани от работодателите.

Пенсионирането е възможно при навършване на 65 г. Няма възможност за ранно пенсиониране. Има определен минимален и максимален праг на пенсиите.

[16]Данните са от www.oecd.org/dataoecd/55/29/29157620.pdf
[17]Данните са от www.ose.be/files/mocpension/IrelandOMC.pdf

ИТАЛИЯ

Здравно осигуряване[18]

Твърде сложна здравна система, която се финансира на базата на държавно субсидиране и задължително здравно осигуряване. Съществува и допълнително доброволно здравно осигуряване (в т.н. взаимоспомагателни фондове), което обаче не играе съществена роля във финансирането на системата. Основната част от финансирането е на база на разпределени субсидии от централното правителство към регионите (около 40%), субсидии от регионите („фискален федерализъм") здравноосигурителните вноски – на базата на участие на работещите и работодателите (около 40%) и останалото е съучастие на пациентите и на доброволното здравно осигуряване.

Пенсионно осигуряване[19]

Пенсионното осигуряване в Италия е основно организирано на тристълбов модел, като базата е задължителното (публично) осигуряване основано на модела pay-as-you-go (PAYG). Като допълнение тя е фрагментирана на над 50 различни пенсионни схеми, от които 5 основни покриват над 9/10 от общите пенсионни разходи. След проведените реформи от 1997-2004 свързани с децентрализацията на системата 61% от пенсионните разходи се падат на работещите в частния сектор, 24% - в обществения сектор и 15% на самоосигуряващите се. След 1995 год. се възприема метода на изчисляване на базата на направените вноски за пенсионно осигуряване. Предприетите реформи в този период са насочени към бързо въвеждане на мултистълбовата пенсионна система, която включва допълнителното и доброволното осигуряване. Годините за пенсиониране са 65 за мъжете и 60 за жените. Има възможност за ранно пенсиониране при навършени 58 години и 35 години трудов стаж или при 40 год. трудов стаж независимо от възрастта, но не повече от 5 години преди навършването на пенсионната възраст. Има определен минимален праг на пенсиите, но няма максимален. Пенсиите са данъчно облагани.

Осигурителните вноски (в частния и публичния сектор) са съответно 32,7 %, като 183 е за сметка на работника и 2/3 на работодателите. Осигурителните вноски на самоосигуряващите

[18] *Данните са от www.euro.who.int/document/e73096.pdf*
[19] *Данните са от http://www.world-pensions.org/docus/uno23.doc*

се са средно 19%, като зависят от професионалния статут.

Вторият стълб е разделен на два основни вида – т.н. „договорен" – създаден от професионалните и синдикални организации и „отворен" – организиран от банки, осигурителни компании и различни финансови организации. Основна роля в този стълб играе „договорния" вид.

Третият стълб е доброволен частен и основно се организира и менаджира от застрахователни компании.

ИСПАНИЯ

Осигурителната система на Испания е базирана на две основни схеми: базова –(неконтрибутивна), и базирана на пазара на труда социално-осигурителна система (контрибутивна). Основната схема е насочена към хората, които имат доход под определен от правителството праг в Закона за бюджета, който се приема всяка година (4,046 € за 2005 г) и се управлява от регионалните и централни власти. Втората е задължителна публична система

Здравно осигуряване[20]

Сложна система, поради наличието на автономни области - 7.

Над 98 % от населението на

Испания се осигурява от обществената осигурителна система (задължително здравно осигуряване), 93% от тях се осигуряват от системата за задължително осигуряване, а 1% (с най-нисък доход) получават помощи от държавата. Около 4 - 5%, главно държавни служители, се осигуряват по специална осигурителната система.

Около 17% от населението се осигуряват в допълнително доброволно частно осигуряване.

Основно - около 80% от финансирането се осигурява от държавата, чрез данъците, а около 18% от финансирането е за сметка на здравноосигурителни вноски, поделени между работодателя и работника и малка част се финансира от други осигурителни системи.

Испания е една от няколкото страни от ЕС, които изработват глобален национален бюджет за разходите по здравеопазването.

Общественият дял от разходите за здравеопазване възлиза на около 80%.

[20] *Данните са от www.euro.who.int/document/e70504.pdf*

Частното осигуряване обхваща около 10% от населението (взаимоспомагателни фондове).

Пенсионно осигуряване[21]

Пенсионното осигуряване е на тристълбов принцип – задължително, допълнително и доброволно.

Задължителното осигуряване покрива служителите в регионалната държавна администрация, работещите в частни предприятия и самоосигуряващите се лица, като се финансира на базата на модела pay-as-you-go (PAYG) и се управлява от Социалното осигуряване Social Security (SS). Осигуряването на военните и служещите в централната администрация се администрира и управлява от държавата. Финансирането е на трипартиден принцип – работещи, работодатели и държавни субсидии, като военните и служителите от централната администрация са освободени от участие.

Частните пенсионни схеми са доброволни и професионални, като доброволните са над 60%, а професионалните около 40% от всички и се финансират на базата на определени осигурителни вноски. При професионалните схеми осигурителните вноски зависят от заплатите на осигурените лица и се финансират от работника и работодателя.

Възрастта за пенсиониране при задължителното осигуряване е 65 години при миниум 15 години трудов стаж. Възможно е и ранно пенсиониране с редуциране на заплатата при навършване на 61 години и ако не си безработен. При допълнителното осигуряване ранното пенсиониране е възможно и на 60 год., но при условие че има минимум 30 години участие във фонда.

Има определен минимален и максимален праг на пенсиите.

КИПЪР

Здравно осигуряване[22]

Здравната система е финансирана от държавата и осигурява всички услуги при нужда на всички граждани на страната и на тези от ЕС. Гражданите заплащат определени суми за услугите.

Няма създадена доброволна осигурителна система в Кипър.

---

[21] Данните са от www.ose.be/files/mocpension/SpainOMC.pdf

[22] Данните са от www.euro.who.int/Document/E82865CY.pdf

Има разработени частни услуги, но развит осигурителен частен пазар няма. Заплащането става директно за извършената услуга.

65% от здравните услуги се осигуряват от публичните лечебни заведения, а 35% от частните.

Пенсионно осигуряване[23]

Задължително социално осигуряване финансирано на базата на осигурителни вноски от трудово активното население и самоосигуряващите се, основаваща се на осигурителния стаж (PAYG-модел).

Осигурителните вноски са 12,6% от дохода, разпределени по равно между работник и работодател (11,6% за самоосигуряващите се) и 4% от дохода вноски от държавата.

Пенсионна възраст за мъжете – 65, за жените – 63 години. Има възможност за ранно пенсиониране (63 г.) при определени условия. Възможно е отлагане на пенсионирането до 68 год.

Има създадени и други (професионални) обществени задължителни осигурителни схеми за постоянно наетите в обществените институции, локалните администрации и държавните служители.

Допълнителното осигуряване се извършва от т.н. „Спестовни фондове", които изплащат при пенсионирането глобална сума. Те са с незначително влияние – през 2001 г. 65% от тези фондове имат не повече от 20 членове.

Има определени минимални и максимални прагове на пенсиите.

ЛАТВИЯ

Здравно осигуряване[24]

Финансирана от данъци задължителна здравноосигурителна система за всички граждани (базирана на гражданството).

Има създадени фондове за допълнително осигуряване за покриване на доплащанията от пациентите:

- такса за посещение на общопрактикуващ лекар - € 0.72;
- такса при специалист - € 2.86, за лица с пенсия под € 86 таксата е € 1.43;

23Данните са от ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2006/ageing_cyprus_fiche_en.pd
24Данните са от www.euro.who.int/Document/E82865LT.pdf

- домашно посещение – лекарят определя цената. За лица над 80 години, инвалиди, нуждаещи се от палиативни грижи таксата е € 2.86.

Пенсионно осигуряване[25]

Тристълбов модел на пенсионно осигуряване, като първите два са задължително социално, финансирано от осигурителните вноски на трудовото население:

- 1-ви стълб – PAYG – схема зависеща от доходите и трудовия (осигурителен) стаж.

- 2-ри стълб – капиталов принцип – организирана от държавата

- 3-ти стълб - допълнително осигуряване - частно пенсионно осигуряване зависещо от размера на вноските (капиталов-спестовен) принцип.

- Осигурителните вноски в първи стълб са 33,09% от общия доход, разпределени между работника (9%) и работодателя (24,09%). При самоосигуряващите се 30,44% от декларирания доход. Държавата плаща 20% от минималния осигурителен доход за определени групи от населението (напр. за лица грижещи се за деца под 1.5 г.)

Пенсионната възраст е 62 години. От 2008 г. е възможно ранно пенсиониране (до 2 годишен период) за лица, които имат осигурителен стаж над 30 год.

Има определен минимален праг на пенсиите.

ЛИТВА

Здравно осигуряване[26]

Задължително здравно осигуряване, което покрива по-голямата част от цената на услугите. Лицата, които не участват в това осигуряване заплащат пълния размер на услугата. Държавата осигурява спешната помощ за всички лица без значение на осигурителния им статус. Осигурителните вноски са 3% от работодателя, работника не плаща нищо, но 30% от данъка върху дохода се пренасочва като вноска за здравно осигуряване.

Доброволното здравно осигуряване е като допълнително на задължителното.

25Данните са от www.ose.be/files/mocpension/LithuaniaOMC.pdf
26Данните са от www.euro.who.int/Document/E82865LV.pdf

Пенсионно осигуряване[27]

Основно организирана на тристълбов модел

- 1-ви стълб – задължително социално осигуряване за всички граждани осигуряваща пенсия с еднакъв размер и допълнителен елемент свързан с дохода. (PAYG-модел).

- 2-ри стълб (2004) – лицата, осигурени за пълно пенсионно покритие (основна и допълнителна част на задължителното осигуряване) могат да изберат дали да останат в рамките на първия стълб или да се прехвърлят във втория стълб чрез прехвърлянето на частта за допълнителния елемент (5,5%) и в бъдеще в персонални сметки в частен осигурителен фонд. Но един път прехвърлили се във втори стълб не се допуска връщане в 1-ви.

- 3-ти стълб – има несъществено влияние в момента.

Осигурителните вноски са в размер на 26,35 % от общия доход, разпределени между работника (2,5 %) и работодателя (23,85 %). Държавата участва със субсидия за покриване на дефицита.

Пенсионната възраст е 62,5 години за мъжете и 60 год. за жените. Има възможност за ранно пенсиониране при 30 години осигурителен стаж, остават им 5 години до пенсиониране и са регистрирани като безработни през последните 12 месеца. Отлагането на пенсионирането е възможно до 5 години. Няма определен минимален и максимален праг на пенсиите.

ЛЮКСЕМБУРГ

Здравно осигуряване[28]

Основната част от населението се осигурява в задължително здравно осигуряване, разделено на 9 самостоятелни фонда „Заболяване", които са под контрола на държавата. Някои професионални групи се осигуряват в специални трудови фондове. Обхватът на допълнителното здравно осигуряване е ограничен и покрива разходите за определени услуги – специални условия в болничната и стоматологичната помощ. Осигурителните вноски са разделени по равно между работник и работодател и са около 5% от брутния доход. Има доплащане за услугите от срана на пациентите, които достигат до 8% от цената на услугата. Държавата участва със субсидия, която достига до 40% от общия размер на

[27] *Данните са от www. ec.europa.eu/employment_social/news/2003/jan/latvia_en.pdf*
[28] *Данните са от www.euro.who.int/document/e67498.pdf*

разходите за здравна помощ.

Пенсионно осигуряване[29]

Пенсионното осигуряване в страната е организирано в две направления:

- обща схема – осигуряваща (минимална равна част и свързана с доходите част) персонална пенсия на лицата, които са навършили определена възраст (65 г.) и минимум 120 месеца осигурителен стаж (в задължителен или доброволен фонд) и специални схеми – за държавните служители, железопътните работници, за локалните администрации и обществени институции.

Общата схема се базира на задължителното пенсионно осигуряване (прилича на системата Бисмарк). Осигурителните вноски са 24% от общия доход, поравно разделени между работник и работодател и държавата (8%).

Има определен минимален и максимален праг на пенсиите.

Има възможност за ранно пенсиониране – 60 годишна възраст и 480 месеца осигурителен стаж. Няма възможност за отлагане на пенсионирането – ако работещия продължи да работи над 65 г., осигурителните вноски се връщат на края на годината.

Втори и трети стълб са представени от допълнително осигуряване по професионален и индивидуален признак. Тези два стълба имат малко значение в пенсионната система.

ПОРТУГАЛИЯ

Здравно осигуряване[30]

Здравното осигуряване е основна отговорност на държавата, която финансира системата на здравеопазване чрез данъци. Националната система на здравеопазване осигурява покритие на над 75% от населението, останалите участват в специални допълнителни системи на осигуряване (основно държавните служители и военните). Финансирането е на данъчна основа – около 60% от общите разходи, около 13 % се добавят от социалното осигуряване, частното осигуряване дава около 2 % и останалото – около 25 % е доплащане от страна на пациентите (без обществените здравни услуги – специализирана извънболнична медицинска и стоматологична помощ и болнична помощ). Осигурителните

[29] *Данните са от www.ose.be/files/mocpension/LuxOMC.pdf*
[30] *Данните са от www.euro.who.int/document/e82937.pdf*

вноски към социалното осигуряване са приблизително 35% от БВП, като 24% се заплащат от работодателите и 11% от работещите.

Основна цел на предприетата реформа след 1993 г. е да се разреши на частния сектор да участва в обществено финансираната система на здравеопазването. През същата година е приет закон, с който се разрешаваше обществените услуги да се управляват и доставят на базата на договор от други организации (outsourcing и концесиониране), като например местните здравни администрации или доброволни организации.

Допълнителното доброволно здравно осигуряване покрива около 10% от населението в осигурителни компании и около 7% са включени във взаимоспомагателни схеми.

Пенсионно осигуряване[31]

Пенсионната система на страната е организирана на базата на два модела:

- за работещите в публичния сектор (*CGA model - Caixa Geral de Aposentaзxes*) – задължително осигуряване

- за работещите в частния сектор и новонаетите в публичния сектор (ModPensPer model)

При първия модел има поставени следните параметри:

- преди реформата – години за пенсиониране 60 при 36 г. трудов стаж, има възможност за ранно пенсиониране при редуциране с 4,5% за всяка година. Отлагане на пенсионирането е възможно до 70 години.

- след реформата (2015 г.) – години за пенсиониране – 65 и трудов стаж 40. Останалите възможности за ранно пенсиониране и отлагане остават същите.

- има определен минимален праг на пенсиите, но няма максимален.

Вторият модел за работещите в частния сектор е на базата на pay as you go финансови принципи.

Частните осигурителни (професионални) схеми играят малка роля, като само при банковите служители има създадени силни фондове на капиталов принцип.

Вторият стълб е малко развит в страната, като основна роля там играят частни компании.

Третият стъл е предимно частен, доброволен и на индивидуално участие и сметки от страна на осигурените.

[31] *Данните са от www.ose.be/files/mocpension/PortugalOMC.pdf*

ПОЛША

Здравно осигуряване[32]

Здравното осигуряване е организирано на основата на задължителното осигуряване на цялото население на базата на осигурителни вноски (7,5% от дохода) от осигурените и самоосигуряващите се лица.

Допълнителното здравно осигуряване е за лица, които не са включени в задължителното, напр. членовете на надзорни съвети на осигурителните каси, лица, които живеят от инвестиционни доходи, като плащат осигурителна вноска 9% от средния за страната осигурителен доход.

Структурата на задължителното осигуряване е децентрализирана (над 16 каси-регионални и ведомствени), финансирани от осигурителните вноски и държавни субсидии. От 2000 г. осигурените лица имат право на избор на осигурителна каса, независимо от региона, в който живеят.

Здравноосигурителните вноски покриват пакет от основни и специализирани грижи в болници и клиники, както лекарства и консумативи. В последните години се експериментира системата на съвместно заплащане (co-payment) за диагностика, стоматологични услуги, и ортопедични приспособления с цел ограничаване на ненужните разходи при прекомерна употреба.

Пенсионно осигуряване[33]

Пенсионната система в страната се базира на три стълба:

- 1-ви стълб – задължително осигуряване (PAYG-модел), финансиран от вноските на осигурените лица и работодателите им. Държавата финансира дефицита на системата.
- 2-ри стълб – капиталов принцип – пенсионни системи, създадени от работодателите, индивидуални пенсионни сметки и други форми на осигуряване.
- 3-ти стълб – доброволно осигуряване

Задължителното осигуряване има две форми – за работещите и самоосигуряващите се (около 78% от населението) и отделно за фермерите (около 18% от населението). Има създадени отделни форми за военните, полицията и съдебната система.

---

[32] *Данните са от www.euro.who.int/document/e88670.pdf*

[33] *Данните са от www.ier.hit-u.ac.jp/pie/Japanese/discussionpaper/dp2003/dp168/text.pd; www.dpt.gov.tr/oecd_ing/topkapi_a/27June2007/9.00-10.30/Pava_%20Nunes-Powe_%20point_presentation_Pensions.ppt*

Пенсионната възраст при 1-ви стълб е 62 год. за жените и 65 за мъжете. Няма създадена възможност за ранно пенсиониране. Осигурителните вноски са 19,52 % от дохода, разпределени поравно между работник и работодател. Ако дадено лице е член на частен фонд, то част то вноската (7,3%) се трансферира от задължителното осигуряване към този фонд, а останалите средства (12,22%) остават в него.

Има определен минимален и максимален (100% от референтна заплата) праг.

Трети стълб се подразделя на две основни схеми – PPE (работнически пенсионни схеми – от 1999 г.) и IKE (индивидуални пенсионни схеми – 2004 г.)

РУМЪНИЯ

Здравно осигуряване[34]

Задължително здравно осигуряване с децентрализация и автономност на администрацията на осигурителния фонд при осигурен основен пакет на здравните услуги чрез рамков осигурителен договор.

Доброволно осигуряване за определени групи:

- членове на дипломатически мисии;
- чужденци, живеещи в Румъния без постоянно местожителство;
- румънци с местожителство в чужбина

Съществуват частни здравноосигурителни схеми, които не са задължителни. Здравното осигуряване се финансира чрез вноски на осигуреното лице (7%), вноски на работодателя (7%), държавни субсидии и други.

Пенсионно осигуряване[35]

Обща задължителна социална осигурителна система основана частично на: осигурителни вноски базирани на дохода, PAYG метода.

Пенсионната възраст е определена на 65 год. (2014 г), като за мъжете в момента е 62, а за жените 58 год.

Няма определен минимален и максимален размер на пенсията.

Вноските са за сметка на работниците, работодателите и

34Данните са от www.cmj.hr/2002/43/4/12187523.pdf
35Данните са от www.leidykla.eu/fileadmin/Vadyba/12-13/5-10.pdf

държавата за безработните.

От 2004 година със закон е въведен 2-ри стълб на пенсионното осигуряване. То е задължително за всички над 35 годишна възраст.

През 2006 г. със закон е въведен и третият стълб на пенсионната схема – доброволно, частно с индивидуални пенсионни сметки.

СЛОВЕНИЯ

Здравно осигуряване[36]

Задължително здравно осигуряване финансирано от осигурителни вноски (модел на Бисмарк) – осигурява както здравни услуги, така и парични придобивки - компенсации за намалена заплата по време на отсъствие по болест, пътни разноски, надбавки при смърт и разноски за погребения.

Възможност за допълнително здравно осигуряване (от 1993 г.) за доплащането (между 5-75% от цената на отделните услуги), на медицинските здравни услуги, които не са напълно покрити от задължителното. Обхваща над 95% от населението.

Пенсионно осигуряване[37]

Пенсионната система в страната е комбинация между:

1) модернизиран модел на Бисмарковата PAYG – система – 1-ви стълб

2) задължителна и доброволна допълнителна осигурителна система (капиталов модел) – 2-ри стълб

3) трети стълб – напълно частен – индивидуални пенсионни сметки

Осигурителните вноски по първия стълб са 24,35% от общия доход, разпределени по 15,5% от работодателя и 8,85% от работника.

За самоосигуряващите се осигурителните вноски са 24,35% от определената осигурителна база, а за фермерите – 15,5%.

Възрастта за пенсиониране е 61 год. за жените и 63 год. за мъжете.

Няма специална схема за ранно пенсиониране.

Има определен минимален праг, но няма максимален праг на пенсиите.

36Данните са от www.euro.who.int/document/E76966.pdf

37Данните са от www.ose.be/files/mocpension/SloveniaOMC.pdf

СЛОВАКИЯ

Здравно осигуряване[38]

Схема на задължително универсално социално здравно осигуряване – след промяна на цялото здравно законодателство през 2004 г.: 1) Закон за здравно осигуряване (*Zákon o zdravotnom poistení*) No. 580/2004. 2) Закон за здравните грижи и услугите, свързани с тях (*Zákon o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti*) No. 576/2004. 3) Закон за обсега на здравните грижи покривани на базата на общественото здравно осигуряване и реимбурсирането на услугите свързани със здравето.(*Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti*) No. 577/2004. 4) Закон за предоставящите здравните услуги, медицинските работници и професионални медицински асоциации (*Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve*) No. 578/2004. 5) Закон за здравноосигурителните агенции (*Zákon o zdravotných poisťovniach*) No. 581/2004. 6) Закон за спешната медицинска помощ (*Zákon o záchrannej zdravotnej službe*) No. 579/2004.

Финансирането на осигурителната схема е на базата на осигурителни вноски от работници (4% от заплатата), работодатели (10% от дохода) и държавни субсидии (около 89%). Осигуряването се осъществява от 5 големи компании (нон-профит), като основа е една – GHIC – обща здравноосигурителна компания с покритие на около 66% от населението.

Пенсионно осигуряване[39]

Пенсионната система на Словакия се състои от три стълба (2005).

- 1-ви стълб – първо направление - задължително осигуряване – реформиран PAYG модел разходно покривен (с директна връзка – осигурителни вноски – полза); второ направление (полица) – задължително с капиталов принцип напълно частно.

- 2-ри стълб – задължителен/доброволен – напълно капиталов модел

- 3-ти стълб – допълнително осигуряване . допълнителни

[38] *Данните са от www.oecd.org/dataoecd/30/48/29878719.pdf*
[39] *Данните са от www.ose.be/files/mocpension/SlovRepOMC.pdf*

финансови продукти

Пенсионната възраст е определена да достигне 62 години за мъжете (60) и за жените (57). Пенсионната възраст за жените се редуцира с 1 година за всяко родено дете, но не повече от 4.

Осигурителните вноски във втория стълб са в размер на 14%, като 5 % отиват в социалния (задължителен) фонд/ове, а останалите 9% в доброволните (частни) фондове.

Третият стълб се основава на капиталовия (спестовен) принцип и на индивидуалния избор или договореност между работник и работодател.

Има възможност за ранно пенсиониране на 60 г. при условие от минимум 15 години трудов стаж и осигурителна вноска по-голяма от 1,2 от минималната.

Няма определен минимален и максимален праг на пенсиите.

УНГАРИЯ

Здравно осигуряване[40]

Здравното осигуряване на населението в Унгария е на задължителен принцип за цялото население и се финансира на базата на осигурителни вноски от работниците и работодателите. Всички имат свободен достъп до здравната помощ, независимо от осигурителния им статус. Здравноосигурителната система осигурява почти универсално покритие за всички осигурителни случаи. Предоставянето на здравните услуги е на база на договарянето между осигурителния фонд (НАЗОК) и предоставящите ги лекари и лечебни заведения. Държавата чрез преки субсидии от държавния бюджет покрива недостига на средства.

Доброволно (частно) осигуряване е възможно за чужденци, които не попадат в системата на задължителното, като могат да влязат в тази система чрез плащане на осигурителни вноски на минимална заплата, а при студенти (чужденци) до 30% от минималната заплата.

Пенсионно осигуряване[41]

След 1997 год. унгарската пенсионна система е организирана на модифициран тристълбов модел

40 www.euro.who.int/Document/E84926.pdf
41 www.ose.be/files/mocpension/HungaryOMC.pdff

- 1-ви стълб – първо направление – задължителен социално осигурителен модел, финансиран на метода PAYG, с определени нива на пенсиите, на базата на възрастта и осигурителния стаж и второ направление - задължителен капиталово-спестовен, основан на личното участие в части осигурителни фондове (18 в момента).

- 2-ри стълб – доброволно частно осигуряване – ивдивидуални сметки, взаимоспомагателни фондове и др. форми при частни компаниии

Осигурителните вноски в първото направление са на трипартиден принцип – работник (9,5% от общия доход), работодател (24%) и държава – гарантира покриването на дефицита.

Вноската във второто напраление е 8% за сметка на работника.

Има създадена схема за ранно пенсиониране - вноската е 13% от доходите, като от 2008 г. 25% от тази вноска е за сметка на работника, а останалите 75 са за сметка на държавата.

Пенсионната възраст е 62 години.

Има определен минимален праг на пенсията за първия стълб, няма определен максимален праг.

ХОЛАНДИЯ

Здравно осигуряване[42]

Системата на задължително осигуряване се администрира от приблизително 23 фонда "Заболяване" и покрива приблизително около 69% от населението. Значителна част от населението (около 29 %), главно тази с високи доходи и тази, на самоосигуряващите се, които не могат да се впишат според закона в системата на социалното осигуряване, следва да се осигуряват частно.

Държавните служители, които съставляват около 6% от населението, са осигурени по специална задължителна система. Членовете на задължителните осигурителни фондове могат да участват и в допълнително осигуряване, за да покриват допълнителни рискове.

Приблизително 90% от членовете на фондовете "Заболяване" се осигуряват допълнително, за да покрият стоматологичната помощ.

[42] *www.euro.who.int/Document/E84949.pdf*

Системата на здравеопазване на Холандия се финансира главно от социалното и частно осигуряване, като социалното осигуряване покрива 62% от населението, а частното – 31%. Финансирането се подпомага и от директни плащания от страна на пациентите, както и от държавни субсидии.

Конкуренцията в частния сектор има дълга традиция в системата на здравно осигуряване на Холандия. Вноските се определят индивидуално от частните осигурители и са в съответствие с възрастта.

Системата има три компонента

- първи компонент - задължителен за цялото население - покрива извънредни здравни разходи
- втори компонент - фондове "заболяване" (задължителни под определен доход) и частно осигуряване (обикновено доброволно)
- трети компонент – допълнително осигуряване (доброволно)

Пенсионно осигуряване[43]

Холандската пенсионна система е на базата на задължителното осигуряване (1-ви стълб) на базата на осигурителни вноски, основани на доходите, осигуряващи еднакво ниво на пенсии и допълнителното (квази- задължително и доброволно – 2-ри стълб). 3-ти стълб е доброволен с частно индивидуално осигуряване.

Допълнителното (професионално) пенсионно осигуряване е четири типа:

- пенсионни фондове, организирани от големи предприятия;
- пенсионни фондове, организирани от отделни индустрии и браншове (задължително и доброволно);
- осигурителни компании, които имат не по-малко от 30 000 участници по животозастраховане за различни фирми;
- пенсионни фондове за професионални групи и самоосигуряващи се.

Финансирането на задължителната схема е на базата на модела pay-as-you-go (PAYG).

Финансирането на допълнителното осигуряване е на капиталов принцип и се базира на договори между социалните партньори (част от индивидуалния и колективен трудов договор).

Във всички схеми е възможно ранно пенсиониране, финансирано на базата на PAYG модела (въведено в последните години от някои

43 www.ose.be/files/mocpension/NetherlandsOMC.pdf

фондове).

Пенсионната възраст е 65 години.

Няма минимален и максимален праг на пенсиите – еднакво ниво на пенсиите. След предприетата през 1986 г. реформа в здравната система на Холандия има две главни постижения: въвеждане на еднакво задължително осигуряване за основната здравна и социална помощ за цялото население и регулирана конкуренция на осигурителния пазар. Основните цели на реформата са били: координиране финансирането на здравната и социална помощ; увеличаване финансовите стимули за по-ефикасно предоставяне на здравна помощ; засилване координирането между финансиране и планиране на здравните услуги; увеличаване саморегулацията в сложния пазар на здравното осигуряване на Холандия.

ФИНЛАНДИЯ

Социално-осигурителните схеми (пенсионно и здравна) във Финландия са държавно регулирани и планирани, като превес имат задължителното осигуряване.

Здравно осигуряване[44]

Здравеопазването и здравното осигуряване във Финландия е държавно планирана и регулирана система, която се финансира от данъчни постъпления.

Финансирането на здравеопазването и социалните грижи става чрез постъпления от общински подоходен данък, държавни субсидии, здравноосигурителни вноски, а остатъкът се поема от личното участие на пациента (out-of pocket) и частното осигуряване, чийто дял обаче не надхвърля 2 %. Здравноосигурителните вноски се плащат под форма на фиксирана сума от работещите и твърд процент от трудовите възнаграждения, които изплаща работодателят.

Пенсионно осигуряване[45]

Финландската пенсионна система е организирана на тристълбов модел.

Първият стълб е организиран на задължително участие в

[44] *www.euro.who.int/document/e74071.pdf*
[45] *www.ose.be/files/mocpension/FinlandOMC.pdf*

две пенсионни схеми: едната е националната пенсионна схема (*Kansaneldke*) – при 65 г., гарантираща минимална пенсия на всички граждани на страната, а другата е базирана на трудовия стаж и осигурителния доход (*Tyqeldke*) – по избор между 63-68 год..

Доброволните пенсионни схеми (втори и трети стълб) играят малка роля в пенсионното осигуряване на страната, поради относително високото ниво на заместване на дохода от публичните пенсии, липсата на таван за пенсиите и поради пълното покритие от страна на задължителната схема.

Финансирането на задължителната пенсионна схема е на базата на pay-as-you-go (PAYG) модела, като участието на работещите е около 46% (2005), а останалото е за сметка на държавата (данъците) и на работодателите (трипартиден модел).

Работещите в частни фирми принадлежат към 6 различни секторно свързани схеми организирани от конкуриращи се частни фондове – около 60 за страната.

Пенсиите, получавани от първия стълб са данъчно обложени по прогресивна скала. Няма определен минимален и максимален праг на пенсията

ФРАНЦИЯ

Здравно осигуряване[48]

Системата на здравно осигуряване във Франция е твърде усложнена поради участието, както на частния, така и на обществения сектор едновременно в финансирането и организацията на предоставянето на здравните услуги.

Задължителното здравно осигуряване е в основата на системата, но допълнителното доброволно осигуряване играе също съществена роля в нея.

Здравно осигуряване дава право на всеобщ достъп до здравни услуги и е придадено към социалното осигуряване. Около 99% от населението са включени в тази система, която се контролира от Министерството на труда и социалните грижи. Осигурителните институции са здравноосигурителните каси, обособени по отраслов признак. В най-голямата от тях са осигурени около 80 % от населението – заетите в промишлеността и търговията

48www.bahamashealthcarereform.org/documents/france.pdf

и членовете на семействата им. Има здравноосигурителни каси на земеделци, еднолични търговци и специфични групи от населението, напр. студенти, държавни служители, лекари.

Задължителното здравно осигуряване не дава пълно покритие, поради което приблизително 87 % от населението плаща допълнителни доброволни осигуровки във фондове за осигуровка срещу болести или в частни осигурителни фондове. Основната идея на това допълнително осигуряване е да се покриват високите разходи за пациента извън частта, която се поема от задължителното здравно осигуряване.

Задължителните здравноосигурителни вноски се плащат от работодателя и от работещия.

Здравното осигуряване е организирано в:

- 1 общ фонд (CNAMTS) – за работещите на заплата (обхват около 80% от населението);

- 2 допълнителни фонда (MSA)- обхват от 9% предимно фермери и земеделски работници;

- 4 фонда (CANAM) – обхват около 6% от населението – предимно самоосигуряващи се;

- 11 допълнителни фонда – обхват около 5% от населението – предимно миньори, жп и метроработници, артисти, счетоводители и т.н.

Усложнена система на осигуряване с множество фондове и схеми. Финансирането е за сметка на работещите и работодателите (двупартиден принцип)

Пенсионно осигуряване[49]

Пенсионната система на Франция се базира тристълбов модел.

- 1-ви стълб – задължителен обществен, базиран на pay-as-you-go (PAYG) модела, като финансирането й е основно от осигурителните вноски на работещите и работодателите (с изключения на работещите в централните правителствени органи) плюс такси.

Пенсионните схеми при пенсиониране по трудов стаж са групирани в три основни групи:

- за работещи в частния сектор – две схеми – основна и допълнителна, заплащана от задължителното допълнително осигуряване.

- Работещите в обществения сектор имат техни пенсионни

49www.ose.be/files/mocpension/FranceOMC.pdf

схеми.

- Самоосигуряващите се попадат в една от професионалните групи – занаятчии, свободни професии, фермери, адвокати.

Годините за пенсиониране са 60 години за работещите на заплата, а за останалите – 65 г.

Има определен минимален и максимален праг за т.н. обща схема (задължителното осигуряване), докато при другите пенсионни схеми няма. При общата схема няма предвидено ранно пенсиониране, докато при другите схеми се допуска при редуциране на пенсията между 7% (пенсиониране при 55-59 год.); 5% при 60-62 г. и 4% при 63-65 г.

Пенсионните институции са няколко и имат различни организационни схеми за пенсионно осигуряване:

(1) Национален пенсионен фонд на работници на заплата (National Pension Fund For Salaried Workers); (2) Общ солидарен земеделски фонд (Mutual Agricultural Solidarity Fund); (3) Асоциация на допълнителните пенсионни схеми за неръководен персонал (Association of Complementary Pension Schemes for non-executive employees); (4) Асоциация на пенсионните институции за ръководен персонал (General Association of Pension Institutions for Executives); (5) Национален пенсионен фонд за служители на местната администрация (National Pension Fund For Local Government Employees); (6) Допълнителен пенсионен фонд за административни служители на централно и местно ниво (Complementary Pension Institution for Non-Established Central and Local Government Employees); (7) Пенсионна схема за занаятчиите (Craftsmen's Pension Scheme); (8) Пенсионна схема за собственици на бизнес, търговци и занаятчии (Scheme for business leaders, tradesmen and craftsmen).

2-ри и 3-ти стълб са представени чрез допълнително и доброволно осигуряване на капиталов принцип.

Поддържането на разнообразието на предлаганите схеми е свързано с развитието на финансов компенсационен механизъм насочен към осигуряване на солидарност на национално ниво между пенсионните схеми.

ЧЕХИЯ

Здравно осигуряване[46]

Здравното осигуряване е задължително солидарно, като осигурителните вноски са за сметка на работника, работодателя и държавата. Осигурява се от 9 фонда. Изискването е да имат минимум 50 000 члена.

Доброволното (допълнително) здравно осигуряване няма голям дял в системата, като е насочено към покриване разходите за някои услуги, които не се покриват от задължителното или за чужденци, които не отговарят на условията за задължително здравно осигуряване - Закон за общественото здравно осигуряване N 48/1997 (*Zákon o veřejném zdravotním pojištění*), както и останалите закони - N 551/1991 за главните здравноосигурителни институции (*Zákon o všeobecné zdravotní pojišťovně*); Закон 280/1992 за Здравноосигурителните фондове (*Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách*) и 592/1992 за основните премии при здравното осигуряване (*Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*).

Пенсионно осигуряване[47]

Пенсионната система е организирана на двустълбов принцип:

- задължителна (PAYG модел) осигурителна схема, с определен размер на пенсията при осигурителни вноски от работник, работодател и държава (разходнопокривен принцип) – 1-ви стълб
- доброволна (капиталово-спестовен модел) – предварително определени вноски – 2-ри стълб

Основното (задължително) пенсионно осигуряване покрива цялото население без оглед на доходите, които то има. Тук се говори за солидарност при доходите – осигурявана чрез формулата използвана за калкулиране на размера на пенсиите. Осигурителните вноски при задължителното осигуряване (*Důchodovй pojištěnи*) са както следва – 28% от общия доход, които се разделят на 21,5% за работодателя и 6,5% за работника, като има таван на дохода 48 средни месечни работни заплати. При самоосигуряващите се 28% от декларирания доход при същия таван.

Пенсионирането е на 65 год. при минимум 15 год. осигурителен период или при 25 год. осигурителен период и определена по закона възраст. Годините през които не е осигурено лицето

[46] *www.euro.who.int/Document/E86823.pdf*
[47] *www.ose.be/files/mocpension/CzechRepOMC.pdf*

се включват също в осигурителния период. При жените има намаляване на пенсионната възраст ако имат деца. Максимум до 62 години. Пенсията има два компонента – основен (еднакъв за всички) и допълнителен, в зависимост от осигурителния стаж. Това означава, че има определен минимум равен на основния компонент. Няма определен тава на пенсиите.

Възможно е предварително пенсиониране до 3 години при условие от минимум 25 години осигурителен период, но при редуцирана пенсия.

Допълнителното осигуряване (2-ри стълб и 3-ти стълб) е няколко вида: доброволно, допълнително, капиталово (спестовно) и държавно субсидирано (при допълнителното осигуряване). Тук може да се отнесат и някои от схемите на животозастраховането, предлагано от някои застрахователни компании.

ШВЕЦИЯ

Здравно осигуряване[50]

Социално ориентиран модел на осигурителна система, в голяма степен финансиран от държавата и от вноски от работодателите. Частното осигуряване почти няма никаква роля във финансирането.

Националният борд за социално осигуряване управлява социалната осигурителна система, която покрива цялото население на Швеция и всички чужденци – жители на Швеция.

Окръжните съвети покриват по-голямата част (приблизително 65%) от разходите за здравеопазването, чрез данъци върху дохода. Останалите средства се събират от комбинация между държавата (10%), частното осигуряване (3%) и 4% директни плащания от пациентите.

Пенсионно осигуряване[51]

Швеция реформира пенсионната си система през 1999 г. като пълното й въвеждане става през 2003. Старата пенсионна система е осигурявала еднакъв размер на пенсията за всеки гражданин на страната, който през последните 40 години е живял в страната след 16 год. възраст. Системата е включвала елемент основан на доходите на базата на модела pay-as-you-go (PAYG) осигуряващ

[50] *www.euro.who.int/document/e88669.pdf*
[51] *www.ose.be/files/mocpension/SwedenOMC.pdf*

покритие до 60% от средния размер на набраните вноски за 15 години с най-висок доход.

Новата пенсионна система съчетава един абстрактно определен, основан на доходите (PAYG) компонент и втори напълно капиталов, с дефинирано участие компонент. И двата се основават на доходите и индивидуалните сметки. В допълнение има и един гарантиран минимум, който се финансира от държавата чрез данъците (1-ви стълб). Пенсионната система е еднаква за всички, независимо от работата им – държавна, частна или самоосигуряващи се. Управлението на първия компонент е независимо от държавата и е самофинансиращо се. Осигурените и работодателите им плащат 16%. Годините за пенсиониране са 61, като този компонент работи на актюерски разчети, като времето и размера на пенсията се изчислява по специална формула. Вноската във вторият компонент (капиталовия) е 2,5% , като индивидите избират между голям брой фондове на базата на инвестиционната им политика и периода на спестяване. При пенсионирането си след 61 год. всеки има право да избира между изплащането на ежемесечна фиксирана сума или еднократно изплащане на събраните средства. Третият компонент – гарантираният минимум се осигурява от държавата и се индексира от нея. Той зависи и от продължителността на годините, които индивида е живял в страната, като се редуцира при по-малко от 40 години за всяка година. Няма определен минимален или максимален праг на пенсиите, освен гарантирания минимум по третата компонента.

Повечето работещи се осигуряват и в професионални фондове (2-ри стълб), договорени от синдикатите и професионалните организации. Тази схема се финансира от вноските на работещите като допълнение на обществената система и осигурява допълнителна пенсия над тавана на тази от първия стълб. Тя е особено популярна при високоплатените работещи. Съществуват четири основни осигурителни плана:

1) за частния сектор (сините якички) – капиталов модел – 3,5% от доходите се плащат в индивидуалните сметки;

2) за частния сектор (белите якички) – смесен модел;

3) за работещите за централното правителство – две схеми – една капиталова (2,5% се инвестират в фондове) и една смесена;

4) за работещите в локалните правителствени учреждения – смесена.

Частни пенсионни схеми (3-ти стълб) – различни модели на капиталовия принцип и индивидуалните спестовни сметки.

ИЗРАЕЛ

Здравно осигуряване[52]

Здравната система (след 1995) е основно финансирана от държавата на базата на прогресивни такси като се гарантира основен пакет от услуги за всички граждани на страната, определен от правителството. Този основен пакет се допълва от допълнителното осигуряване, което в последните години се разширява непрекъснато. Включването в държавния план и плащането на таксите е задължително.

Освен тези два стълба на осигуряване – задължително (100% покритие от населението) и допълнително (72% покритие), голям дял в последните години заема и доброволното (частно) осигуряване (34% покритие от населението), което покрива болнични услуги, таксите за хирургия и анестезия, таксите на лекарите, консултации, майчинство, извънболнични процедури и радиотерапия. Развитието на доброволното осигуряване е свързано с разширяване броя на частните лечебни заведения. Пазара на частното осигуряване включва както животозастрахователните, така и осигурителни компании. Вноските за доброволно осигуряване са в размер на 25% от 5% на брутната годишна заплата.

Пенсионно осигуряване[53]

Пенсионното осигуряване в страната е организирано на два основни принципа:

- пенсионно осигуряване за държавните и общинските служители (PAYG-метод)
- осигуряване за работещите на капиталово-спестовен принцип (индивидуални сметки), основно опериращи са банките или взаимоспомагателните каси.

В края на 2005 г. на пазара има над 40 пенсионни фондове и 439 взаимоспомагателни каси.

Вноските плащани от осигурените лица са в размер на 6% от дохода.

Пенсионната възраст е 65 г. за мъжете и 60 г. за жените.

52www.ishm2006.hu/abstracts/files/ishmpaper_032.doc
53www.mof.gov.il/hon/doch00/eng/perek_e.pdf

РУСИЯ

Здравно осигуряване[54]

От 2007 г. след приемане на Закона за здравното осигуряване е въведена системата на задължително здравно осигуряване – поема предимно скъпите здравни услуги и трансплантациите.

Различни видове осигурители и застрахователи предлагат различни видове пакети за доброволно (частно) здравно осигуряване, като най-често потребители са големи руски или чужди компании, които осигуряват работещите в тях. Особено силно развитие има на животозастрахователния пазар.

Пенсионно осигуряване[55]

Пенсионната система в страната е базирана на тристълбов модел:

- първи стълб – смесен метод на PAYG и субсидии от държавата
- втори стълб (трудови пенсии) – смесен модел на PAYG и капиталово-спестовен принцип
- трети стълб – доброволно осигуряване – на базата на вноски от работещите или работодателите за сметка на работещите, като само някои големи компании и такива, които са собственост на чуждестранни инвеститори участват в този стълб.

От 2004 г. е разрешено на работещите да избират между държавния пенсионен фонд или частни компании за инвестиции на пенсиите от втория стълб.

Години за пенсиониране – 60 за мъжете и 55 за жените.

СИНГАПУР

Това е една интересна и малко проучена система на пенсионно и здравно осигуряване, където отговорността е индивидуална с малка намеса на държавата.

Здравно осигуряване[56]

Здравните разходи на страната са в рамките на 3,7 % от БВП (2007), като държавата отделя само ¼ от този размер. Гражданите

54www.watsonwyatt.com/europe/pubs/healthcare/render2.asp?ID=16651
55ns.worldbank.org.ru/files/rer/RER_5.3_eng.pdf
56www.american.com/archive/2008/may-june-magazine-contents/the-singapore-model

и работодателите плащат за останалото.

Сингапурската система изисква от гражданите да вземат отговорност за тяхното здраве. Както казва Министерството на здравеопазването „Очаква се от пациентите да доплащат за медицински разходи и да заплащат повече когато изискват (потребяват) повече и на по-високо ниво услуги. В същото време правителствените субсидии ще са насочени към подпомагане основните здравни грижи". Следователно финансирането на системата е оставено в ръцете на пациентите. Както се казва осигурителната система е организирана според 3М „Medisave, Medishield и Medifund" – медицинско спестяване, защита и капитал.

Програмата „Medisave", която покрива над 85% от населението е елемент на задължителната пенсионна програма. Работещите плащат обикновено 20% от тяхната заплата на Централния взаимоспомагателен фонд, а работодателите 13%. Там се образуват индивидуални здравни сметки на всяко осигурено лице, чрез които се заплаща за направените здравни разходи. Има определен лимит на заплащаните разходи с цел покритие на повече хора.

Програмата „Medishield" – е втората част от осигурителния план, която покрива по-голямата част от разходите за сериозните заболявания и инцидентите и е наречена „катастрофична част". Сингапурците могат да избират между нея и някои частни схеми предлагани от фирми листвани на Сингапурската борса.

Третата част „Medifund" – създадена през 1993 г. от правителството със 150 млн. долара за около 10% от сингапурците, които нямат достатъчно доходи да участват в предните две програми. Тя няма капиталов характер, а разходопокривен.

Като допълнение има създадена и допълнителна програма „Eldershield" защита при старост, която предлага частно застраховане срещу инвалидност при старите хора.

Пенсионно осигуряване[57]

Пенсионната система е организирана на базата на социално осигуряване (създадено през 80-те години) - основно за държавните служители и на взаимоспомагателните фондове, създадени през 50-те години. Предпочитана форма за осигуряване от гражданите са именно взаимоспомагателните фондове, които предлагат допълнителни възможности на осигурените лица. Взаимоспомага-

57 go.worldbank.org/SH0PYSAW83

телните фондове събират вноски от осигурените лица в индивидуални сметки, които се инвестират в различни инструменти, които позволяват да се получават и допълнителни ползи - закупуване на жилище, здравни услуги и висше образование. Освен това в голяма част от плановете е осигурена възможност за унаследяване на тези сметки. За разлика от основните пенсионни схеми този вид осигуряване е основно инвестиционен инструмент и е разширение над основните пенсионни схеми. Всички работещи са задължени да участват в тези фондове, като вноските са за сметка на работника и работодателя според договорените в трудовите договори съотношения. Самоосигуряващите се могат да се осигуряват доброволно в тези фондове, но са задължени да участват в здравното осигуряване чрез индивидуални сметки.

6. РАЗВИТИЕ НА ПЕНСИОННОТО И ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

6.1 Социално-демографска среда

Осигуряването в България зависи от множество фактори – демографски, социално икономически, здравни, отношението на населението към тези проблеми.

Население на България е 7 640 238 души в края на 2007 г. (Таблица 16). В сравнение с предходната година населението е намаляло с 39 хил. души, или с 0.5%.

Таблица 16. Население към 31.12. 2007 по години и пол

Години	Общо	Мъже	Жени
1990	8 669 269	4 269 998	4 399 271
1995	8 384 715	4 103 368	4 281 347
2001	7 891 095	3 841 163	4 049 932
2005	7 718 750	3 743 327	3 975 423
2006	7 679 290	3 720 932	3 958 358
2007	7 640 238	3 699 689	3 940 549

Източник: НСИ

В общия брой на населението жените са повече (51.6%). През 2007 г. на 1 000 мъже се падат 1 065 жени.

Промените във възрастовата структура на населението се изразяват в продължаващия процес на остаряване, което естествено води до нарастване на показателя за средната възраст на населението. През 2001 г. този показател е бил 40.4 години, а през 2006 г. - 41.4 години. Сега средната възраст на населението общо за страната е 41.5 години. Процесът на остаряване се проявява както в селата, така и в градовете, като в селата средната възраст на населението е по-висока в сравнение с тази в градовете. В градовете този показател има стойност 39.9 години, а в селата той е 45.4 години

Таблица 17. Население под, във и над трудоспособна възраст

Години	Общо	Възрастови групи		
		под трудоспособна възраст - %	във трудоспособна възраст - %	над трудоспособна възраст - %
1990	100	21.6	55.5	22.9
1995	100	19.1	56.6	24.3
2001	100	16.3	59.2	24.5
2005	100	14.8	62.4	22.8
2006	100	14.6	62.8	22.6
2007	100	14.5	63.0	22.5

Източник: НСИ

Населението във трудоспособна възраст към края на 2007 г. е 4 817 хил. души или 63.0% от цялото население (Таблица 17). В сравнение с предходната година тази категория население е намаляла с по-малко от 3 хил. души.

РАЖДАЕМОСТ

През 2007 г. продължи нарастването на броя на ражданията в страната и повишаването на равнището на раждаемостта (Таблица 18). През 2007 г. в България са родени 75 915 деца, от които 75 349, или 99.3%, са живородени. В сравнение с предходната година броят на живородените се е увеличил с 1 371 деца. Коефициентът на раждаемост е 9.8 ‰

Таблица 18. Коефициенти на раждаемост и естествен прираст на населението

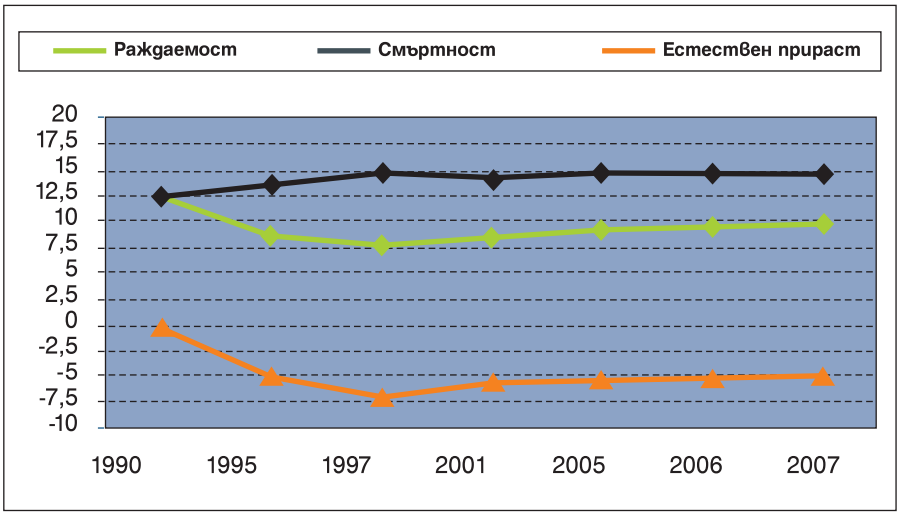
Години	Раждаемост (на 1000 души)	Естествен прираст (на 1000 души)	Тотален коефициент на плодовитост[4]
1990	12.1	-0.4	1.81
1995	8.6	5.0	-1.23
2001	8.6	-5.6	1.24
2005	9.2	-5.4	1.31
2006	9.6	-5.1	1.38
2007	9.8	-5.0	1.42

Източник: НСИ

В общата смъртност сред населението не настъпиха съществени изменения както в нейния обхват, така и в нейното равнище (Фиг. 7). През 2007 г. броят на умрелите е 113 хил. души.

През 2007 г. абсолютният брой на естествения прираст е минус 37 655 души. Това е най-малкото намаление на населението в резултат на естествения прираст след 1995 година. Стойността на коефициента на естествения прираст е минус 5.0‰8. Той е с много голяма отрицателна стойност в селата - минус 12.2‰, докато в градовете тази стойност е минус 1.9‰.

Фигура 7. Коефициент на раждаемост, смъртност и естествен прираст (‰)– България – 1990-2007 г.



Източник: НСИ

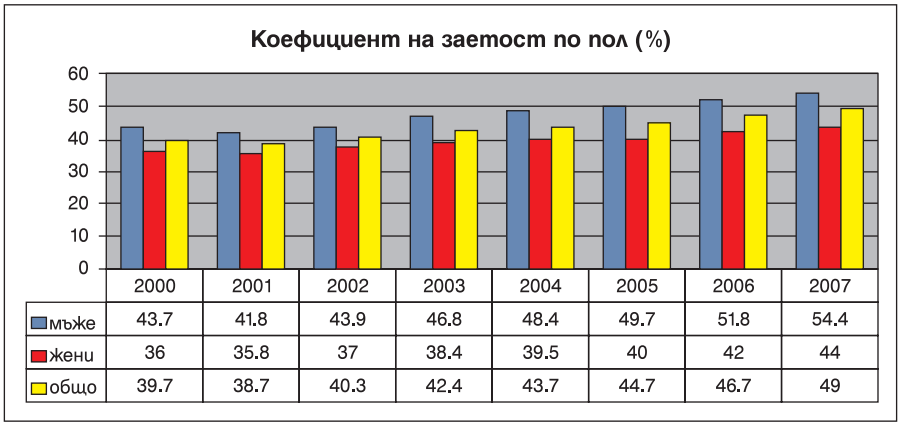
В Европа (освен нашата страна) с отрицателен естествен прираст, но с по-ниски стойности са Естония, Румъния, Германия, Унгария и Литва – от минус 1.8**‰** до минус 4.0‰. Близък до този в България е отрицателният естествен прираст в Латвия (-4.7‰). Всички останали европейски страни имат положителен естествен прираст със стойности от 0.1‰ в Словакия и Полша до 0.4‰ в Португалия и Австрия. Сравнително висок положителен естествен прираст има в Люксембург (3.7‰) и Франция (4.8‰). С най-висок естествен прираст е Ирландия (8.1‰).

РАБОТНА СИЛА ПРЕЗ 2007 ГОДИНА

През 2007 г. икономически активните лица на възраст 15 - 64 навършени години са 3 447.9 хил., или 66.3% от населението на същата възраст. В сравнение с 2006 г. коефициентът на икономическа активност (15 - 64 навършени години) нараства с 1.8 пункта. Общият брой на заетите лица достига 3 252.6 хил., от които 3208.8 хил. са на възраст 15 - 64 навършени години.

Коефициентът на заетост за населението на 15 - 64 навършени години е 61.7%, или с 3.1 пункта по-голям в сравнение с 2006 година (Фиг. 8). Коефициентът на заетост на жените (15 - 64 навършени години) е 57.6%, или с 8.4 пункта по-нисък от този на мъжете. Коефициентът на заетост за възрастовата група 55 - 64 навършени години се увеличава с 3.0 пункта в сравнение с 2006 г. и достига 42.6%. По пол той е съответно 51.8% за мъжете и 34.5% за жените.

Фигура 8. Коефициент на заетост по пол (%)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
мъже	43.7	41.8	43.9	46.8	48.4	49.7	51.8	54.4
жени	36	35.8	37	38.4	39.5	40	42	44
общо	39.7	38.7	40.3	42.4	43.7	44.7	46.7	49

Броят на безработните лица е 240.2 хил., от които 120.7 хил. са мъже и 119.5 хил. – жени (Таблица 19). Коефициентът на безработица е 6.9% - с 2.1 пункта по-нисък в сравнение с 2006 година. От общия брой на безработните 44.5 хил. са на възраст 15 - 24 навършени години. Коефициентът на младежка безработица е 15.1%. Продължително безработните лица са 141.5 хил., или 58.9% от всички безработни. Коефициентът на продължителна безработица е 4.1%. Икономически неактивните лица на възраст 15 - 64 навършени години са 1 750.3 хил., от които 757.3 хил. са мъже и 993.1 хил. - жени.

Таблица 19. Икономическа активност на населението на 15 - 64 навършени години по местоживеене и пол през 2007 година

Местожи-веене / Пол	Икономически активни лица (работна сила)			Лица извън работ-ната сила	Коефи - циент на икономи - ческа активност	Коефи-циент на заетост	Коефи-циент на безрабо-тица
	общо	заети	безработ-ни				
	хиляди				%		
Общо	3 447.9	3 208.8	239.1	1 750.3	66.3	61.7	6.9
Мъже	1 820.3	1 700.5	119.8	757.3	70.6	66.0	6.6
Жени	1 627.6	1 508.2	119.3	993.1	62.1	57.6	7.3
В градовете	2 645.1	2 497.7	147.5	1 214.4	68.5	64.7	5.6
Мъже	1 372.9	1 299.8	73.0	515.2	72.7	68.8	5.3
Жени	1 272.3	1 197.8	74.5	699.2	64.5	60.8	5.9
В селата	802.7	711.1	91.6	536.0	60.0	53.1	11.4
Мъже	447.5	400.7	46.8	242.1	64.9	58.1	10.5
Жени	355.3	310.4	44.8	293.9	54.7	47.8	12.6

Източник: НСИ

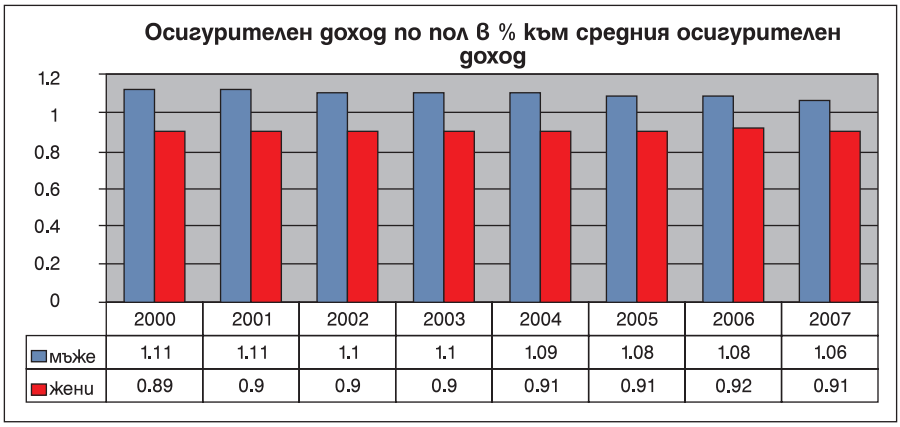
За периода 2000-2007 г. тенденциите в осигурителния доход на жените и мъжете се изменят в различни посоки (Фиг. 9). Средният осигурителен доход (СОД) на жените от 89 на сто от средния за страната, се покачва макар и леко до 91 на сто в 2007 г. Средният осигурителен доход на мъжете от около 11 на сто по-висок от този за страната, спада до 6 на сто спрямо средния за страната в 2007 г. Наблюдаваме, макар и бавно, сближаване в равнището на СОД на жените и мъжете. В 2000 г. мъжете са се осигурявали върху СОД с 24,6 на сто по-висок в сравнение с жените, а през 2007 г. – със 17,3 на сто. Най-важните причини за това състояние са:

а) жените основно са заети в икономически дейности с традиционно по-ниско заплащане ;

б) жените по-често ползват отпуск по болест и работят на непълно работно време, свързано е с отглеждане на децата;

в) не малка част от жените имат образователен статус средно образование, докато мъжете по-често имат някакво специализирано образование

Фигура 9. Осигурителен доход по пол в % към средния осигурителен доход



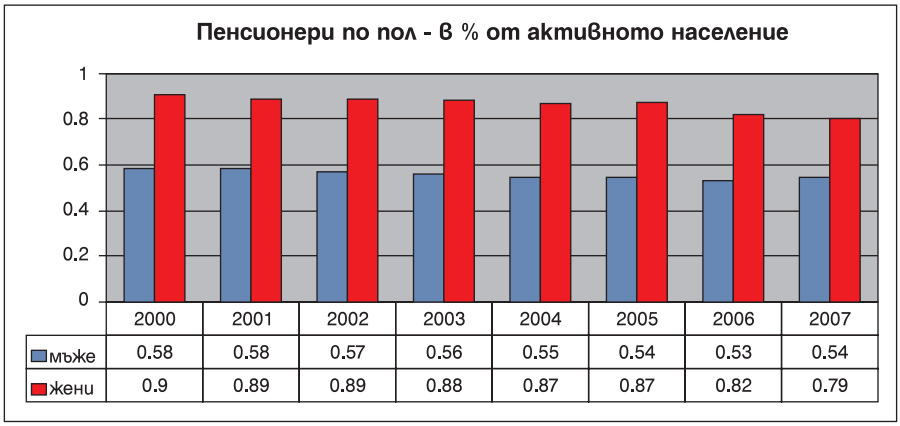
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
мъже	1.11	1.11	1.1	1.1	1.09	1.08	1.08	1.06
жени	0.89	0.9	0.9	0.9	0.91	0.91	0.92	0.91

Източник: НОИ

ПЕНСИОНЕРИ

Традиционно жените пенсионери са повече от мъжете, поради законодателните условия за пенсиониране (Фиг. 10). В 2000 г. на 100 жени в работоспособна възраст се падат по 90 жени пенсионери, докато в 2007 г. това съотношение вече е 100 към 79. В 2000 г. на 100 мъже в работоспособна възраст се падат по 58 мъже пенсионери, докато в 2007 г. това съотношение вече е 100 към 51. Причини за това са повишаване възрастта за пенсиониране и коефициента на икономическа активност.

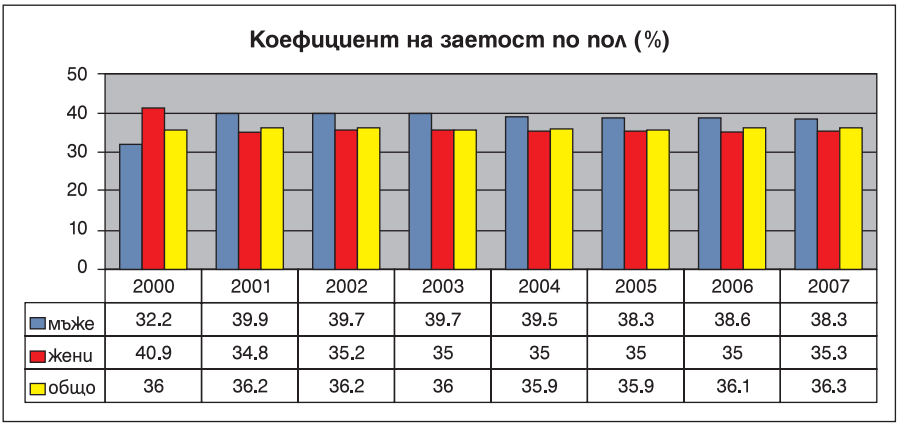
Фигура 10. Пенсионери по пол – в % от активното население



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
мъже	0.58	0.58	0.57	0.56	0.55	0.54	0.53	0.54
жени	0.9	0.89	0.89	0.88	0.87	0.87	0.82	0.79

Източник: НОИ

Фигура 11. Осигурителен стаж при пенсиониране за ОСВ по пол

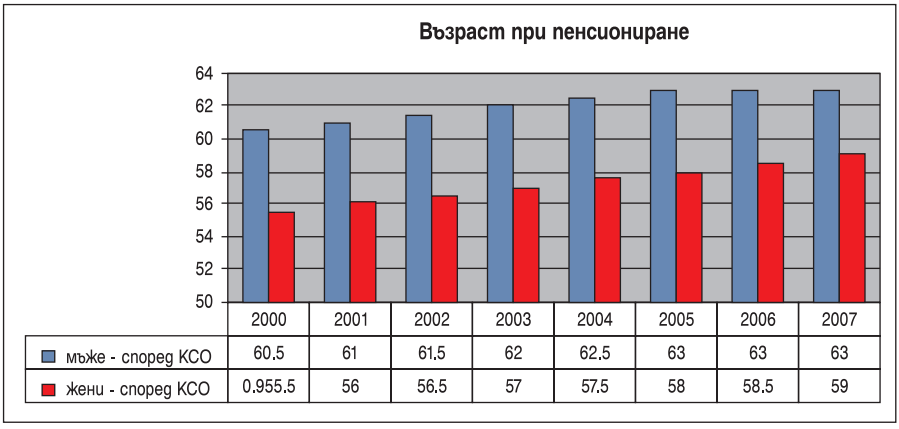


	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
мъже	32.2	39.9	39.7	39.7	39.5	38.3	38.6	38.3
жени	40.9	34.8	35.2	35	35	35	35	35.3
общо	36	36.2	36.2	36	35.9	35.9	36.1	36.3

Източник: НОИ

Според КСО има нормативно определена възраст при пенсиониране (Фиг. 11).

Фигура 12. Възраст при пенсиониране

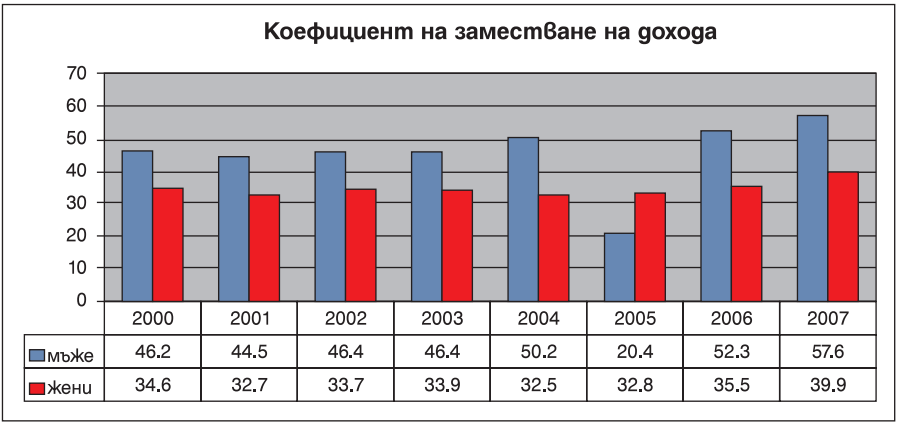


	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
мъже - според КСО	60.5	61	61.5	62	62.5	63	63	63
жени - според КСО	0.955.5	56	56.5	57	57.5	58	58.5	59

Източник: НОИ

Коефициентът на заместване на дохода представлява отношението на средната пенсия на един пенсионер към средния осигурителен доход за страната. Коефициентът на заместване на дохода се увеличава за периода с 4 на сто при жените и с 11 на сто при мъжете (Фиг. 12). Коефициентът на заместване на дохода на жените е около 11,6 на сто по-нисък от този на мъжете в 2000 г. и 18,7 – в 2007 г. Това е резултат от по-ниския индивидуален коефициент и по-малкия осигурителен стаж на жените.

Фигура 13. Коефициент на заместване на дохода



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
мъже	46.2	44.5	46.4	46.4	50.2	20.4	52.3	57.6
жени	34.6	32.7	33.7	33.9	32.5	32.8	35.5	39.9

Източник: НОИ

6.1.1 Пенсионна система – общ преглед

Възрастните хора са идентифицирани като една от най-уязвимите групи в българското общество. Те са разпознати като целева група във всички по-важни управленски документи на правителството. Грижата за възрастните хора и модернизирането на пенсионната система са сред основните приоритети на държавата. Отношението към пенсионната система е на основата на трите основни приоритета възприети от Лисабонската стратегия, а именно - адекватност, финансова устойчивост и модернизация на пенсионните системи.

Най-важно място от всички заемат целите за адекватност на пенсиите. Посланието, което носят, е недвусмислено: възрастните хора да не бъдат поставени в риск от бедност и да могат да поддържат приемлив жизнен стандарт след пенсионирането си.

България въвежда т. нар. осигурителни схеми на Бисмарк в здравеопазването и пенсионната система през миналия век. През периода 1945–1989 г. пенсионното осигуряване беше насочено към решаване на проблеми на централно планираната икономика. Придобиването на право на пенсия беше улеснено и страната разполагаше с една от най-либералните пенсионни системи. Ранното пенсиониране обаче увеличаваше броя на зависимите от системата – пенсионерите, като същевременно намаляваше броя на работещите – внасящите осигурителни вноски. В резултат, в края

на социалистическия период се натрупаха големи диспропорции.

При прехода от държавен социализъм към пазарна икономика, България запази задължителната разходопокривна пенсионна система, характерна за страните в Източна Европа в периода преди прехода. Редица проблеми произтичаха от остарялото законодателство, което изискваше промени. През 1998 г. българското правителство предприе опити да създаде стабилна социалноосигурителна система. То разчиташе на финансова и техническа подкрепа от Международния валутен фонд, Световната банка и Европейския съюз. От 8,4 милиона българи около 1/3 бяха пенсионери. Вследствие на преструктурирането на икономиката абсолютният брой на работната сила намаля. Безработицата сама по себе си доведе до по-нататъшно намаляване на приходите от осигурителни вноски. Броят на осигуряващите се лица и размерът на декларирания им доход спаднаха също и поради укриването им. Последното се дължеше отчасти на промени в структурата на заетостта, преминаваща от големи държавни предприятия в малки частни фирми и самоосигуряващи се лица. При новите обстоятелства събирането на данъците чрез наследените от миналото данъчни органи, при завареното законодателство, стана значително затруднено.

По отменения Закон за пенсиите същите бяха базирани на трите години с най-висок доход от последните петнадесет преди пенсионирането. Това бе особено благоприятно за тези, които имаха възможност да се възползват от слабостите на закона и да плащат осигуровки на базата на минималното възнаграждение до три години преди пенсиониране. Така се подсилваше сивата икономика, понеже на кандидат-пенсионерите им бяха достатъчни само три години базисен период за изчисление на пенсията, с посочени по-високи доходи и на-числени върху тях вноски. Използваната формула за изчисляване на пенсията правеше слаба връзка между участието в осигуряването и размера й, не стимулираше плаща нето на осигуровки.

След първите реформи по отношение на пенсиите в предходните години, от началото на 2000 г. пенсионната реформа стартира по-мащабно, след като българското правителство и парламентарното мнозинство взеха политическото решение, че тя е неизбежна.

Реформата беше насочена към:

- Регламентиране на допълнителното доброволно пенсионно осигуряване в частните пенсионноосигурителни дружества (трети

стълб);

- Учредяване на орган за държавен надзор над допълнителното осигуряване;

- Изграждане на нормативната база на допълнителното пенсионно осигуряване за уреждане на лицензионния режим на дружествата, правилата за инвестиране на натрупаните средства от осигурителни вноски в пенсионните фондове и за отчетността им, както и други аспекти от надзора.

- Реформиране на заварената пенсионна система (първи стълб) – обвързване размера на пенсиите с участието в осигуряването, подобряване събираемостта на вноските и администрирането на системата, подобряване формулата за определяне на пенсиите, ограничаване на ранното пенсиониране;

- Създаване на универсалните и професионалните пенсионни фондове (втори стълб) – включване на лицата, подлежащи на осигуряване; пренасочване на част от задължителните осигурителни вноски към допълнителното задължително пенсионно осигуряване;

- Даване на възможности и стимули за допълнително пенсионно осигуряване в частните пенсионноосигурителни фондове;

- Законодателно уреждане създаването на пенсионни фондове по професионални схеми към третия стълб на допълнителното доброволно пенсионно осигуряване.

От 1 януари 2002 г. заработиха и трите стълба, а процесът на структурни реформи в основни линии бе завършен. През 2002 г. девет лицензирани пенсионноосигурителни дружества извършваха дейност по допълнителното задължително и доброволно пенсионно осигуряване. Застаряването на населението в България направи този аспект от социалните услуги особено важен. Работодателят и работещите плащат задължителни пенсионни осигуровки в определено съотношение в някой от пенсионните фондове на тези дружества. През 2005 г. вече около 2,7 милиона души са включени в допълнителното пенсионно осигуряване, от които 540 хиляди внасят допълнителни доброволни осигуровки.

Като обща тенденция, проведените пенсионни реформи елиминират много от елементите на преразпределението. Пенсиите стават по-тясно обвързани с доходите от целия трудов стаж, а ролята на индивидуално натрупаните пенсионни права става по-важна при изчисляване съвкупния размер на обезщетенията.

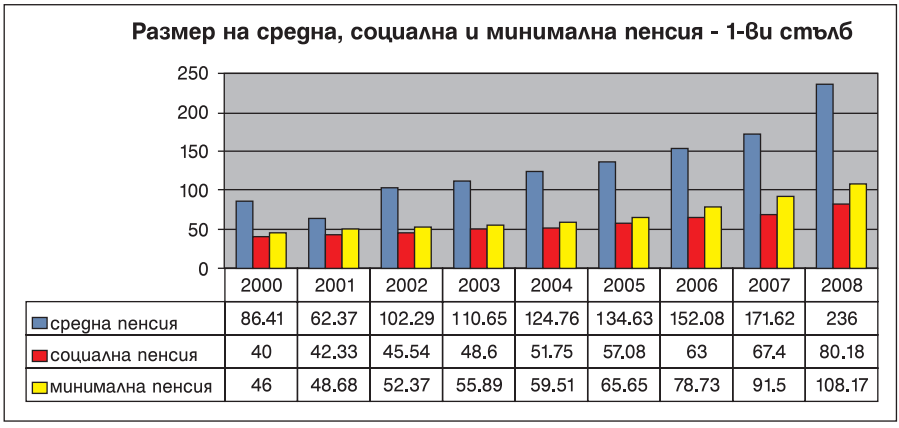
Частният пенсионен компонент, въведен в България като

втори и трети стълб на пенсионната система, по определение не е преразпределящ. Пенсията от втория стълб на допълнителното задължително пенсионно осигуряване се определя на основата на натрупаната сума в индивидуалната партида от направените вноски и доходите от тяхното инвестиране, намалена с таксите и удръжките, и в зависимост от продължителността на живота след пенсиониране в съответствие с утвърдените биометрични таблици.

Пенсията от третия стълб на допълнителното доброволно пенсионно осигуряване, когато е пожизнена, се определя на базата на натрупаните средства по индивидуалната партида, одобрените биометрични таблици и технически лихвен процент. Срочната пенсия от третия стълб се определя на базата на натрупаната сума по индивидуалната партида, срока на получаване и одобрения технически лихвен процент.

Универсалният пенсионен фонд от втория стълб представлява инвестиционна пенсионна схема, която е задължителна, но само за лицата, родени след 1959 г. Родените преди 1960 г. не натрупват спестявания в тази част от втория стълб. Това ще постави на дневен ред въпроса за компенсиране на хората, които ще се пенсионират през следващите 10–15 години и които нямат възможността да получават допълнителни пенсии от втория стълб. Интересно би било как полът би могъл да повлияе подобни компенсаторни модели, както и обратно.

Фигура 14. Размер на средна, социална и минимална пенсия – 1-ви стълб



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
средна пенсия	86.41	62.37	102.29	110.65	124.76	134.63	152.08	171.62	236
социална пенсия	40	42.33	45.54	48.6	51.75	57.08	63	67.4	80.18
минимална пенсия	46	48.68	52.37	55.89	59.51	65.65	78.73	91.5	108.17

Източник: НОИ

ОСИГУРИТЕЛНИ ВНОСКИ И ОСИГУРИТЕЛЕН ДОХОД

Размерите на осигурителните вноски за 2008 г. се разпределят между работодателя и работника както следва - 60:40. Запазват се изключенията за държавните служители и за работещите в съда, прокуратурата и другите специални ведомства, при които вноската е изцяло за сметка на осигурителя.

Размерите на осигурителните вноски по фондове на държавното обществено осигуряване за 2008 г. са:

1. за фонд "Пенсии":

а) за лицата, родени преди 1 януари 1960 г. – 22 на сто;

б) за лицата, родени след 31 декември 1959 г. – 17 на сто;

в) за лицата, работещи при условията на ^{2} и ^{22} категория труд – осигурителната вноска по буква "а" или "б", и за сметка на осигурителя – 3 на сто;

г) за лицата по чл. 4, ал. 1, т. 4 от Кодекса за социално осигуряване и за следователите по Закона за съдебната власт – осигурителната вноска по буква "а" или "б", увеличена с 3 пункта;

2. за фонд "Общо заболяване и майчинство" – 3,5 на сто;

3. за фонд "Трудова злополука и професионална болест" по групи основни икономически дейности, съгласно приложение ^{1} 2 към Закона за бюджета на ДОО за 2008 г., като осигурителната вноска е за сметка на осигурителя;

4. за фонд "Безработица" – 1 на сто.

Размерите на месечния осигурителен доход за 2008 г. са както следва:

1. минимален месечен размер на осигурителния доход през календарната година по основни икономически дейности и квалификационни групи професии, съгласно приложение ^{1} 1 към Закона за бюджета на ДОО за 2008 г.;

2. минимален месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица – 240 лв.;

3. минимален месечен размер на осигурителния доход за регистрираните земеделски производители и тютюнопроизводители – 120 лв.;

4. минимален месечен размер на осигурителния доход за регистрираните земеделски производители и тютюнопроизводители, които упражняват само земеделска дейност – 60 лв.;

5. максимален месечен размер на осигурителния доход – 2000 лв.

Допълнителното пенсионно осигуряване се осъществява на задължителен принцип (2-ри стълб) в Универсални и Професионални пенсионно фондове и като доброволен принцип (3-ти стълб) в Допълнителни доброволни пенсионни фондове и Допълнителни доброволни пенсионни фондове с професионални схеми. То се регулира според част [22] от Кодекса за социално осигуряване.

Пенсионното осигуряване в доброволните фондове (3-ти стълб) е на капиталово-спестяващ принцип с предварително дефинирани вноски. Всяко лице над 16 години има право на доброволно осигуряване в тези фондове. То е персонално в индивидуални пенсионни сметки, като участието се счита за започнало при сключването на осигурителен договор.

Основен аргумент за въвеждане на този тип осигуряване е въвеждане на изискванията на Европейската Директива 2003/41.

Таблица 20 Осигурени лица във фондовете за допълнително пенсионно осигуряване към 31.12.2007 г. по пол и възраст

Пол	Общо	15-24 г.	25-34 г.	35-44 г.	45-54 г.	55-64 г.	над 64 г.	Средна възраст**
Универсални пенсионни фондове (УПФ)*								
Мъже	1 338 884	197 676	516 924	476 289	147 995			33.7
Жени	1 301 768	186 777	490 912	474 739	149 340			33.8
Всичко	2 640 652	384 453	1 007 836	951 028	297 335			33.8
Професионални пенсионни фондове (ППФ)								
Мъже	175 903	5 267	37 863	58 286	55 615	18 225	647	41.9
Жени	31 454	1 052	5 086	10 901	11 524	2 836	55	41.6
Всичко	207 357	6 319	42 949	69 187	67 139	21 061	702	41.9
Доброволни пенсионни фондове (ДПФ)								
Мъже	343 407	5 491	47 437	93 484	104 258	76 733	16 004	46.2
Жени	249 398	3 654	31 918	67 094	84 791	55 520	6 421	46.1
Всичко	592 805	9 145	79 355	160 578	189 049	132 253	22 425	46.1

Източник: КФН

От представените данни в Таблица 21 е видно, че най-голям е делът на осигурените лица в универсалните пенсионни фондове

поради задължителния им характер. Все още твърде малко е участието на работещите в професионалните и доброволните пенсионни фондове. Средният размер на натрупаните средства на едно осигурено лице е най-висок при професионалните пенсионни фондове (Таблица 21).

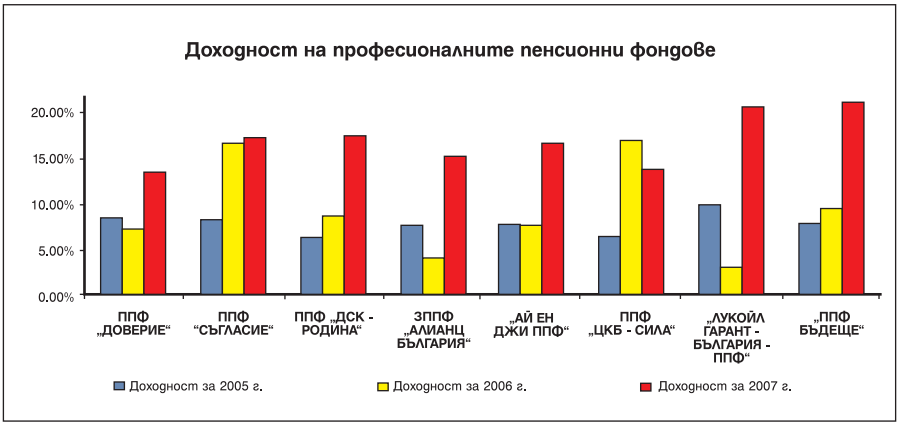
Таблица 21. Среден размер на натрупаните средства на едно осигурено лице* според пола и възрастта 2007

Пол	Общо	15-24 г.	25-34 г.	35-44 г.	45-54 г.	55-64 г.	над 64 г.
УПФ**							
Мъже	505.82	162.24	462.21	644.98	669.15		
Жени	422.19	136.82	364.18	531.49	622.29		
Всичко	464.59	149.89	414.46	588.33	645.61		
ППФ							
Мъже	2 043.31	460.75	1 403.58	2 338.57	2 425.98	11 755.22	984.73
Жени	1 625.55	370.66	855.76	1 860.52	1 938.22	1 322.80	337.74
Всичко	1 979.94	445.75	1 338.71	2 263.25	2 342.26	1 696.99	934.04
ДПФ							
Мъже	1 275.02	353.75	948.14	1 286.33	1 435.44	1 248.40	1 576.51
Жени	948.10	453.73	719.42	968.41	1 048.47	858.68	1 601.60
Всичко	1 137.48	393.70	856.14	1 153.50	1 261.88	1 084.79	1 583.69

Източник: КФН

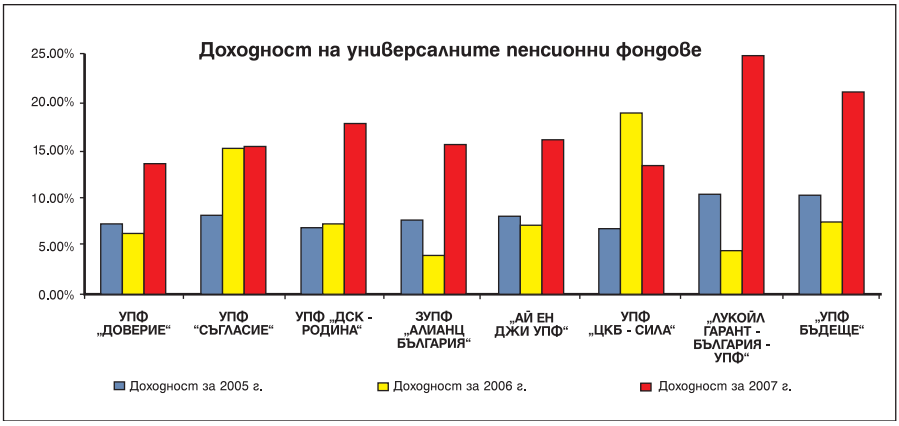
На следващите няколко таблици е показана годишната доходност на фондовете, които оперират на пазара на допълнителното пенсионно осигуряване (Фиг. 15, 16 и 17).

Фигура 15. Доходност на професионалните пенсионни фондове (2005-2007 г.)



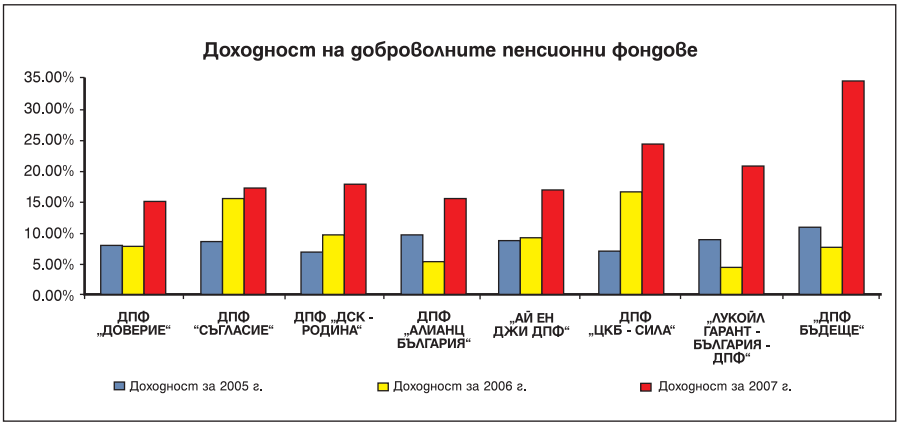
Източник: КФН

Фигура 16. Доходност на универсалните пенсионни фондове (2005-2007)



Източник: КФН

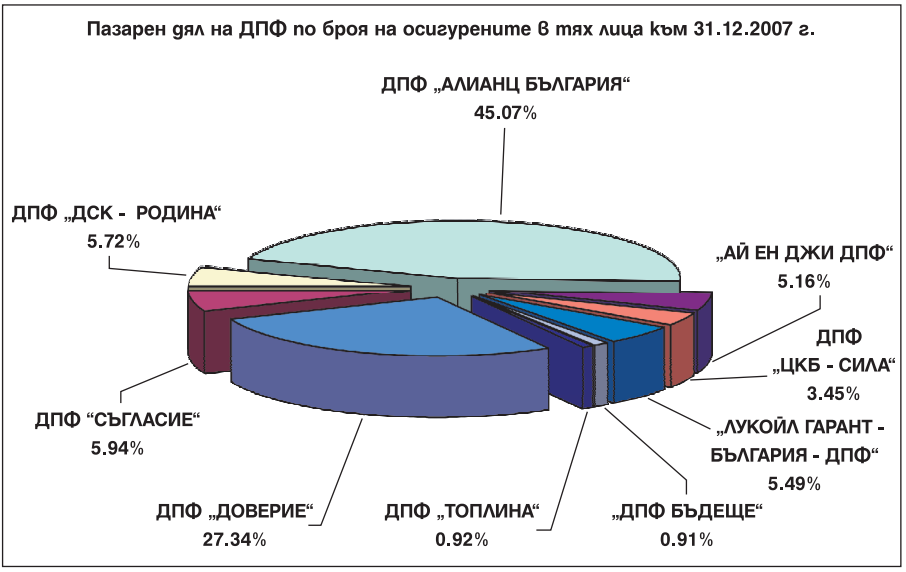
Фигура 17. Доходност на доброволните пенсионни фондове (2005-2007)



Източник: КФН

На Фигура 18 е показано разпределението по пазарни дялове на опериращите в България пенсионни фондове. От данните е видно, че на първо място по пазарно присъствие (2007) е ДПФ „Алианц България”, следван от ДПФ „Доверие” и ДПФ „Съгласие”.

Фигура 18. Пазарен дял на ДПФ - 2007



Източник: КФН

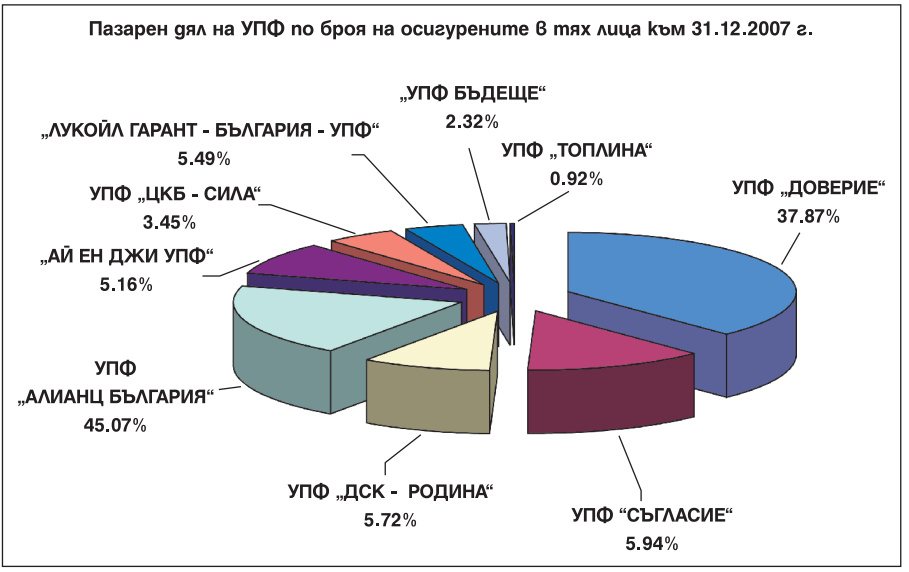
6.1.2 Пазар на допълнителното пенсионно осигуряване (ЧАСТНИ ПЕНСИОННИ СХЕМИ)

Частният пенсионен пазар стартира през 2000 г. В момента в него има повече от 3 201 000 участници.

Таблица 22. Основни пенсионни компании, опериращи на пазара

No	Пенсионни компании
1	ПОК ДОВЕРИЕ
2	ПОК СЪГЛАСИЕ
3	ПОК ДСК РОДИНА
4	ПОК АЛИАНЦ – БЪЛГАРИЯ
5	ПОК ING
6	ПАД ЦКБ - СИЛА
7	ПОК ЛУКОЙЛ ГАРАНТ – БЪЛГАРИЯ
8	ПОД ДЗИ
9	ПОД ТОПЛИНА

Фигура 19. Пазарен дял на някои пенсионни фондове според брой осигурени



Източник: КФН

Таблица 23. Пенсионни осигурителни фондове – инвестиционни инструменти

Инвестиционни инструменти	Структура
Общо инвестиции %	100,00
Защитени емисии или гарантирани от държавата	14,91
Акции	31,05
Корпоративни облигации	12,52
Общински облигации	0,24
Банкови депозити	20,45
Ипотечни облигации	5,03
Деривати	0,00
Инвестиции в имущество	2,91
Инвестиции в чужбина	12,89
Балансови активи	100,00
Общо инвестиции	96,29
Парична наличност	1,20
Краткосрочни взимания	2,51

Източник: КФН

Според представените данни във Фигура 19, водещи при универсалните пенсионни фондове като пазарно присъствие са УПФ „Доверие, Следвани от УПФ „Алианц България" и УПФ „Съгласие.

Изключително значение за стабилността на пенсионните фондове и сигурността на осигурените лица имат инвестиционните иструменти, които ползват съответните дружества. В Таблица 23 са представени основните инвестиционни инструменти, ползвани от пенсионноосигурителните дружества в България.

6.1.3 Пазар на животозастрахователните компании

Освен типично осигурителните пенсионни компании, отбелязани по-горе в пазара на пенсионното осигуряване свое място заемат и застрахователните компании (животозастраховането). Застрахователният пазар (животозастраховането) предлага няколко застрахователни схеми на гражданите, които желаят частно застраховане срещу рискове, а именно:

1. Застраховка "Живот" и рента
   а) застраховка "Живот"
      - смесена застраховка "Живот"
      - рискова застраховка "Живот" /с покрит само риска "смърт"/
   б) застраховка за пенсия или рента
2. Женитбена и детска застраховка
3. Застраховка "Живот", свързана с инвестиционен фонд
4. Постоянна здравна застраховка
5. Изкупуване на капитал
6. Допълнителна застраховка
7. Застраховка "Злополука" в т.ч. по задължителна застраховка "Злополука" на пътниците в средствата за обществен транспорт

Основните играчи на пазара са няколко основни компании, които са обединени в Асоциация на застрахователите.

Развитието на този пазар е свързано с различни данъчни облекчения като:

1. Сумата от годишните данъчни основи се намалява с направените през годината лични вноски за допълнително доброволно осигуряване в общ размер до 10 на сто от сумата от

годишните данъчни основи, както и с внесените през годината лични вноски за доброволно здравно осигуряване и премии/вноски по договори за застраховки "Живот" в общ размер до 10 на сто от сумата от годишните данъчни основи;

2. Месечната данъчна основа за доходи от трудови правоотношения се намалява с направените през месеца чрез работодател лични вноски за допълнително доброволно осигуряване в общ размер до 10 на сто от месечната данъчна основа, както и с внесените през месеца за сметка на лицето лични вноски за доброволно здравно осигуряване и премии/вноски по договори за застраховки "Живот" в общ размер до 10 на сто от месечната данъчна основа;

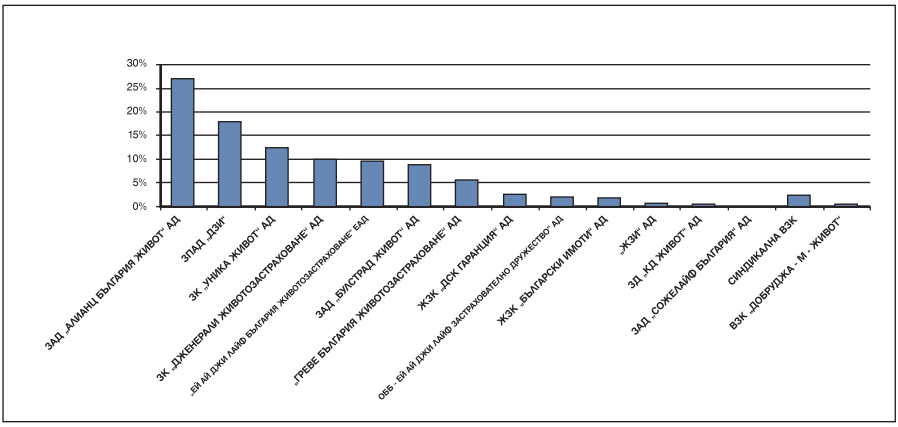
3. Данъчното облекчение по точки 1 и 2 се ползва, когато съгласно сключения със застрахователното/осигурителното дружество договор физическото лице - носител на задължението за данъка, е застраховано/осигурено;

4. Няма данъчно облагане върху доходите от инвестиции на техническите резерви, получени по застрахователни договори;

5. Няма данъчно облагане върху доходите застрахователните обезщетения, когато е настъпило застрахователно събитие.

На следващата графика, Фигура 20, е представен пазарния дял на животозастрахователните компании , като от данните е видно, че водещо място имат ЗАД „Алианц България Живот", ЗПАД „ДЗИ" и ЗК" УНИКА живот".

Фигура 20. Пазарен дял на животозастрахователните компании - 2007



Източник: КФН

Голяма част от отбелязаните по-горе застрахователни компании са част от мултинационални компании с голям опит в този бранш. Много от тях са активни на корпоративния пазар (групово застраховане или животозастраховане), като част от тях имат в портфолиото си договори, базирани на съучастието на работещите.

Пред песионната система стоят редица предизвикателства и рискове (Й. Христосков):

- Рискове за солидарния стълб
  - Икономически риск - отрицателен растеж, спад на заетостта и доходите, фалити в реалния сектор, висок дял на сенчестата икономика
  - Демографски риск - по-лоши от предвидените темпове на естествен прираст, нова емиграционна вълна и други
  - Управленски риск - едновременно провеждане на реформи – структурна, здравна, военна и други
  - Политически риск – решения, водещи до нови дефицити
- Рискове за капиталовите стълбове
  - Финансова дестабилизация, фалити и сриване на доверието към реформата
  - Лошо управление на пенсионните активи и ниска доходност
  - Политически риск – спиране на реформата и регресивни действия към старата система
  - Институционални рискове

6.2 Здравно осигуряване

Реформата в здравното осигуряване в България започна през 1998 год. с приетия ЗАКОН ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ. В момента в България е наложен модела на универсално задължително здравно осигуряване за цялото население. Това е свързано със задължително покритие, което се предоставя чрез НЗОК – основният доставчик на здравно осигуряване в страната. Всички граждани получават еднакъв пакет услуги, но съвместно с работодателите си плащат различен размер вноски в зависимост от доходите. По този начин покритието е поставено на принципа на социалната “солидарност.” Според ЗЗО (Закон за здравно осигуряване), задължителното здравно осигуряване е система за

социална здравна защита на населението, гарантираща минимален пакет от здравни услуги, определен с Наредба на Министъра на здравеопазването.

Онези, които желаят, и могат да си позволят, имат право да закупят допълнително здравно покритие чрез различни механизми – допълнително здравно осигуряване и медицинска застраховка, предлагана от застрахователните компании. Никой не е задължен по закон да закупува такова покритие. Предполага се, че тези, които го закупуват, си осигуряват допълнителен достъп до здравни услуги или защита срещу здравни разходи. При действащия закон обаче, липсва конкретност по отношение на здравните и медицински услуги, които да бъдат включени в покритието от този доброволен втори стълб.

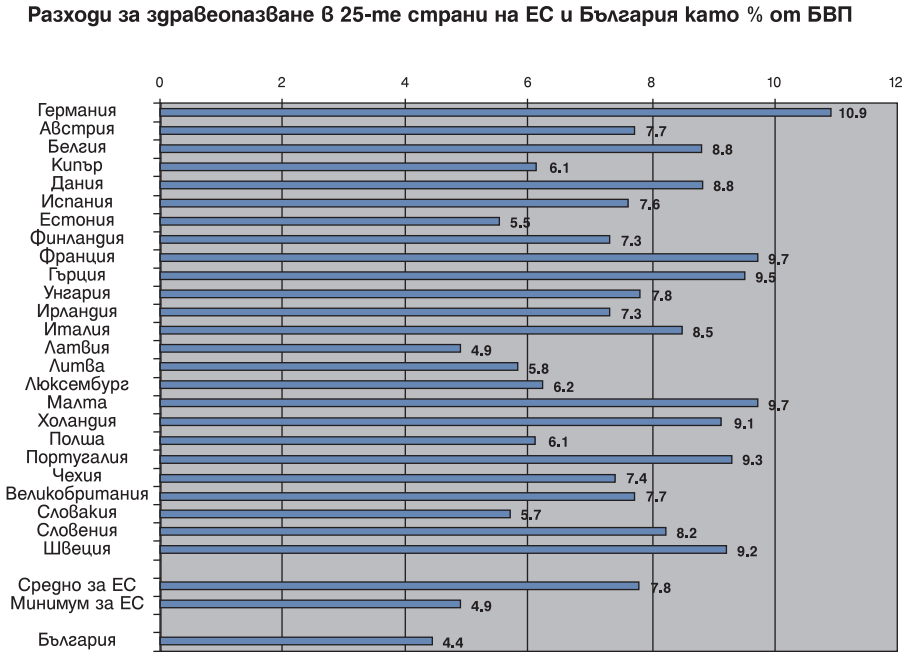
6.2.1 Задължително здравно осигуряване

Разходите от Държавния бюджет (ДБ) за "Здравеопазване" като дял от брутния вътрешен продукт (БВП) за периода 1995-2007 г. варират в диапазона от 3.0 до 4.8%, като за 2000 г. са 3.7%; 2001 г. – 4.0%; 2002 г. – 4.5%; 2003г. – 4.8%; за 2004 г. – 4.0% , 2005 г. – 4.2%, 2006 г.– 4.4% и 2007 г. – 4.3 % от БВП. В абсолютен размер средствата нарастват, като за 2007 г. със Закона за ДБ са приети 2 215.6 млн. лева за здравеопазване.

За сравнение, средният дял от БВП, отделян за здравеопазване в останалите страни-членки на ЕС, е 8%. Разходите за здравеопазване на човек са €132 през 2006 г., което е значително под най-ниското ниво в страните от ЕС. Средно в ЕС на човек от населението се отделят €1 710 за здравеопазване, като най-нисък е размерът в Латвия (€440). Следователно в България здравните разходи продължават да бъдат с най-ниски стойности, с което страната ни изостава по този показател и от десетте нови членки на ЕС, които отделят средно 4.8-5% от БВП за обществено здравеопазване (Фиг. 21).

При съществуващата нормативна уредба Министерство на здравеопазването определя дейностите, които ще се финансират от здравноосигурителните вноски на гражданите чрез Наредба ¹ 40/2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и Наредба ¹ 39/2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Фигура 21. Разходи за здравеопазване в 25-те страни на ЕС и България като % от БВП (2006)



Източник: Евростат

Таблица 24. Консолидиран държавен бюджет за здравеопазване (млн. лева)

Разходи/години	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Общи разходи за здравеопазване, в т.ч.:	977.7	1196.0	1437.3	1697.7	1769.1	1777.7	1 997.4	2 215.6
МЗ	291.9	462.0	540.0	599.6	644.6	576.4	405.5	514.4
НЗОК	126.8	428.2	585.0	775.1	881.6	982.9	1 357.6	1 464.9
Общини	413.8	183.2	209.5	218.8	109.2	138.8	155.2	174.7
Други	145.2	122.6	102.8	104.2	133.7	79.6	79.1	61.6

Източник: По данни на Министерство на финансите

Здравноосигурителните вноски на осигуреното лице се определят върху доход и се внасят от работодателя или ведомството и от осигурения в съотношение: - 2000 - 2001 година - 80:20; - 2002 - 2004 година - 75:25; - 2005 година - 70:30; - 2006 година - 65:35; - 2007 година - 65:35; - 2008 година - 60:40; - 2009 година - 55:45; "-2010 година и следващите години - 50:50.

Едноличният търговец; физическото лице, образувало ЕООД, съдружниците в търговски дружества и лицата, регистрирани като упражняващи свободна професия и/или занаятчийска дейност, се осигуряват върху месечен доход, който не може да бъде по-малък от минималния размер на осигурителния доход за тези самоосигуряващи се лица, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване, и годишно - върху доходите от дейността и доходите по т.3, съгласно справката към данъчната декларация по реда на чл.6, ал.8 от Кодекса за социално осигуряване. Регистрираните земеделски производители и тютюнопроизводители се осигуряват върху осигурителни доходи, определени с Кодекса за социално осигуряване. Регистрираните земеделски производители и тютюнопроизводители, произвеждащи непреработена растителна и/или животинска продукция, не определят окончателен размер на осигурителния доход за тази дейност.

Осигурителният доход, съгласно чл. 42, ал. 1 върху който се изчислява вноската, се установява по ведомости и други документи за изплатени възнаграждения, по пенсионните картони, изплатените болнични листове, изплатените обезщетения за безработни и по данъчните декларации по Закона за данъците върху доходите на физическите лица. В годишната декларация по Закона за данъците върху доходите на физическите лица се отразяват платените през годината здравноосигурителни вноски и дължимите суми при годишното изравняване, ако има такива (чл.42, ал.3).

Националната здравноосигурителна каса заплаща медицинските услуги на осигурените лица, като разпределението на разходите е представено на Таблица 25.

6.2.2 Доброволно здравно осигуряване – анализ на пазара

С приемането на закона за здравното осигуряване бе създадена възможност пред българските граждани да се осигуряват допълнително (доброволно) в частни осигурителни дружества, които в първите години нямаха почти никакво участие в осигурителния пазар, но през 2007 година достигнаха 14 броя. През 2008 година във връзка с настъпилата активност от страна на политиците за реформиране на цялостния здравно-осигурителен

Таблица 25. Бюджет на НЗОК от1999 до 2007 г. (в хил. лева)

Показатели/ Години		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
		отчет	отчет	отчет	отчет	отчет	отчет	отчет	отчет
I	ОБЩО ПРИХОДИ	190.8	549.2	613.7	653.6	748.9	883	971.7	1 066
	в т.ч. от здравноо-сиг. вноски								1 032
II	ОБЩО РАЗХОДИ	93	127	428	585	775	882	1 069	1 358
1.	Текущи разходи	15	111	424	584	777	879	1 067	1 249
1.1.	Адми-нистративни разходи	15	13	20	20	22	25	27	29
1.2.	Здрав-ноосигу-рителни плащания	-	97	404	565	755	853	1 040	1 219
	ПИМП		33	86	97	103	97	97	111
	СИМП		12	57	73	83	94	108	111
	Стом. помощ		14	38	25	46	46	51	60
	Медико-диагн. дейност		5	29	38	39	43	48	52
	Лекар-ствени продукти		34	182	239	271	246	245	270
	БМП		-	11	93	213	328	491	614
	Други		-	-	-	-	-	-	6
2.	Капиталови разходи	78	16	4	0.7	- 2	3	2	5
3.	Резерв	-	-	-	-	-	-	-	104

Източник: НЗОК, Отчети за касовото изпълнение на бюджета

пазар – въвеждане на нови форми и предложение за тристълбов модел в здравното осигуряване бяха създадени и лицензирани нови здравноосигурителни дружества и техния брой достигна 19.

Основните пакети, които се предлагат от доброволните здравноосигурителни дружества са както следва:

1. Подобряване на здравето и предпазване от заболяване
2. Извънболнична медицинска помощ
3. Болнична медицинска помощ
4. Стоматологични услуги
5. Услуги свързани с битови и други допълнителни условия при

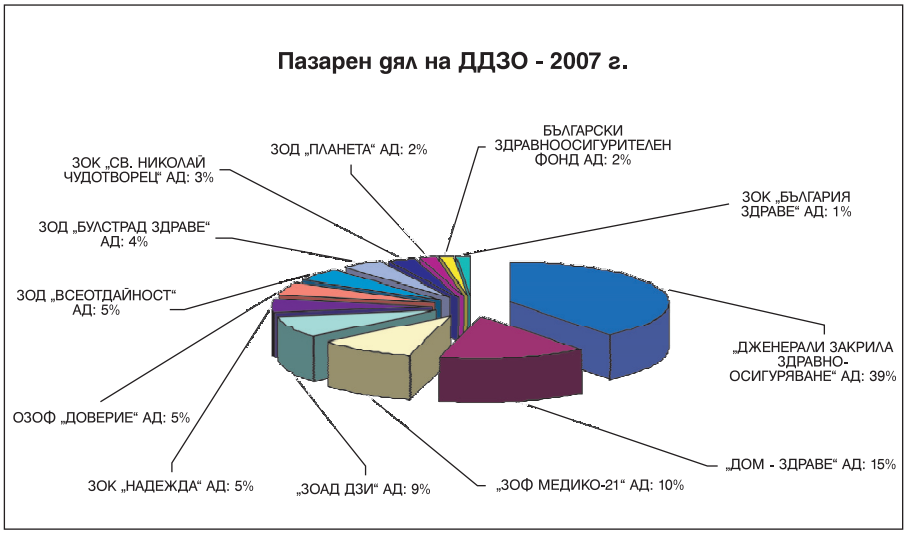
предоставяне на медицинска помощ

6. Възстановяване на разходите

7. Други здравноосигурителни пакети, като всички те са с три основни опции: а) индивидуални договори, вкл.семейни договори; б) абонаментно обслужване и в) договори със срок над една година

Един от проблемите пред тези дружества и предлаганите пакети е, че в голяма степен те припокриват предлаганите услуги от задължителното здравно осигуряване и не са атрактивни за индивидуално осигуряване. Основно те се ползват от корпоративни клиенти, поради данъчните облекчения, които те ползват.

Фигура 22. Пазарен дял на ДДЗО - 2007



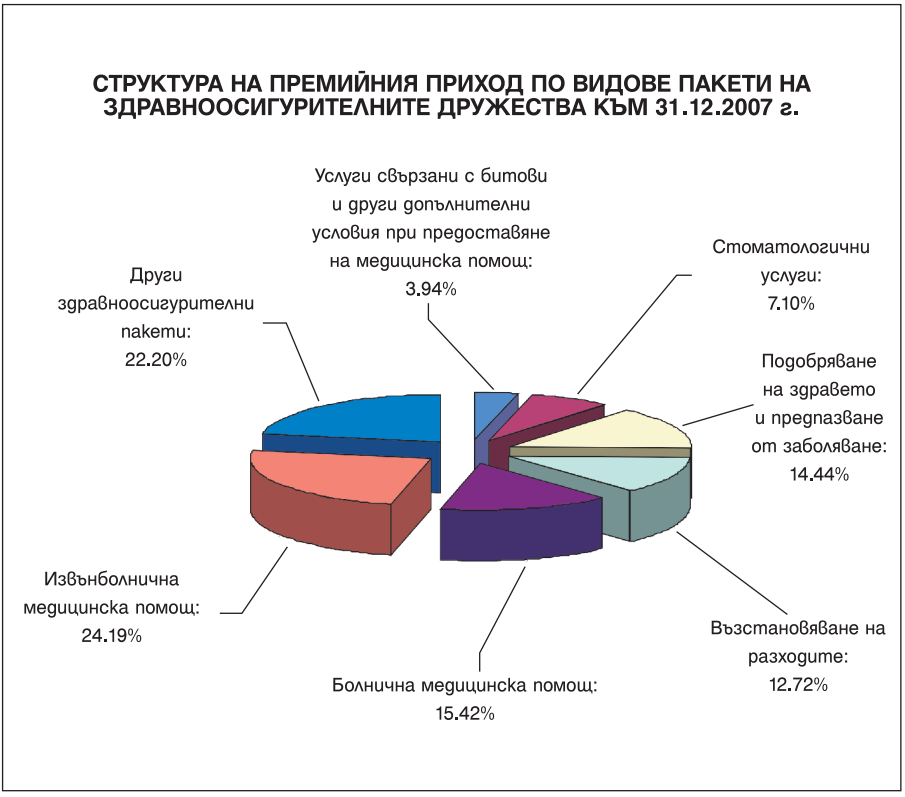
Източник: КФН

От структурата на премийните приходи (Фиг. 23), е видно, че основно осигурителни пакети се закупуват за доболнична медицинска помощ (21,19%), следвани от тези за болнична медицинска помощ (15,42%) и подобряване здравето и предпазване от заболяване (14,44%). Тази структура се определя преди всичко от това, че основните клиенти в момента на ДДЗО са корпоративните и малка част са индивидуални.

На Таблица 27 са показани данните за премийните приходи на ДДЗО за 2007 година. От Представените данни е видно, че общата сума на премийните приходи е в рамките на 25 млн. лева, което е по-малко от 1% от общите разходи от задължителното здравно

осигуряване и средствата отделени от държавата за здравеопазване (над 2,5 млрд. лв.).

Фигура 23. Структура на премийния приход по видове пакети на ЗОД - 2007



Източник: КФН

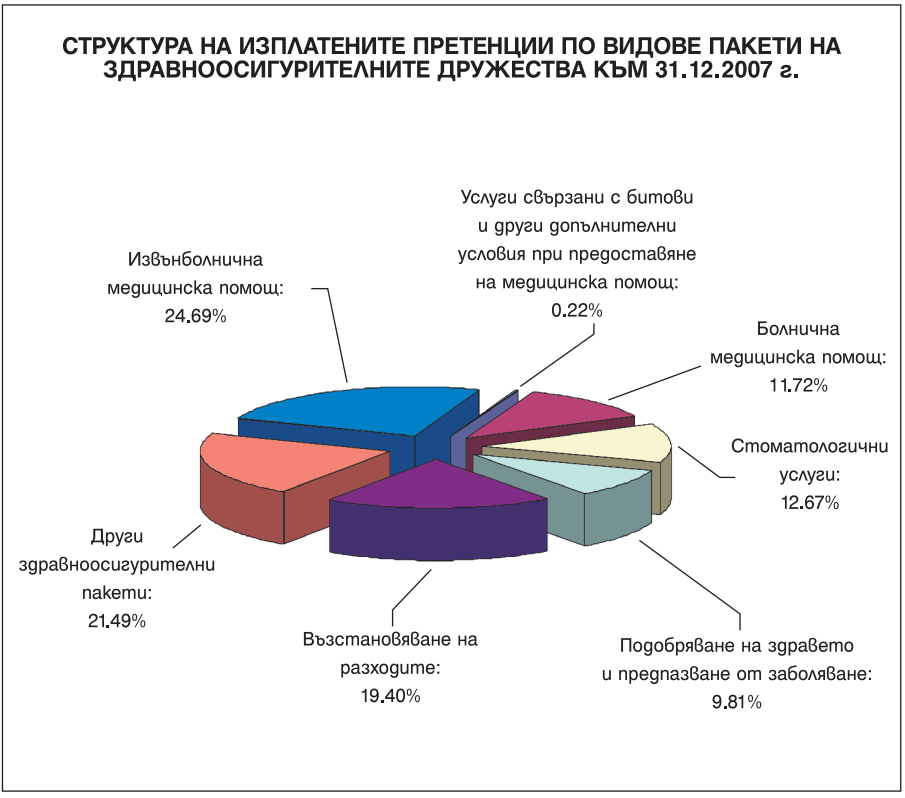
Таблица 26. Премийните приходи на ДДЗО за 2007 в лв.

"ДЖЕНЕРАЛИ ЗАКРИЛА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ" АД	"ДОМ - ЗДРАВЕ" АД	"ЗОФ МЕДИКО-21" АД	"ЗОАД ДЗИ" АД	ЗОК "НАДЕЖДА" АД	ОЗОФ "ДОВЕРИЕ" АД	ЗОД "ВСЕОДАЙНОСТ" АД	ЗОД "БУЛСТРАД ЗДРАВЕ" АД
9888984	**3750737**	**2448742**	**2193162**	**1369344**	**1367592**	**1273800**	**1085189**

ЗОК "СВ. НИКОЛАЙ ЧУДОТВОРЕЦ" АД	ЗОД "ПЛАНЕТА" АД	БЪЛГАРСКИ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ФОНД АД	ЗОК "БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ" АД	ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ АД	"ТОКУДА ЗОФ " АД	ЗОК "ЦКБ" ЕАД	ОБЩО
682585	**411600**	**389503**	**329848**	**83995**	**78700**	**0**	**25353780**

На Фигура 24 е показана структурата на изплатените претенции от ДДЗО. От данните е видно, че водещи са плащанията за извънболнична медицинска помощ (24,69%), следвани от тези за стоматологични услуги (12,67%) и болнична помощ (11,72%).

Фигура 24. Структура на изплатените претенции на ЗОД за 2007



Източник: КФН

В предлаганите пакети се изключват спешната медицинска помощ, трансплантациите (обект на държавна политика, регулация и финансиране), при заболяване след злоупотреба с алкохол и медикаменти, козметична/пластична хирургия, услуги от нетрадиционната медицина, лечение на СПИН, психични и онкологични заболявания.

Рискове пред задължителното и доброволно здравно осигуряване

- Недоверие на населението към осигурителната система;
- Неясна политическа рамка – непрекъснат натиск за промяна на съществуващия модел – постепенно премахване на социалноосигурителния и преминаване към конкурентен пазарен, корпоративно спестовен модел с пълно въвеждане на индивидуални осигурителни сметки;
- Недостиг на финансиране на задължителното здравно осигуряване и нежелание за плащане от страна на населението на допълнително и доброволно здравно осигуряване;
- Дестабилизиране на институционалната стабилност на задължителното здравно осигуряване и липса на административен капацитет и опит в доброволното и допълнителното здравно осигуряване
- Неясна регулаторна рамка – въвеждане на нови изисквания към тях – пререгистрация , набиране на нови осигурители
- Припокриване на пакетите и услугите между доброволното осигуряване;
- Влияние на животозастраховането върху развитието на доброволното здравно осигуряване (натиск за преминаване към застрахователен принцип на осигурителните дружества)

6.3 Надзор

Надзорът върху пенсионната и здравната осигурителни системи може да се разгледа в две направления – надзор върху задължителното осигуряване и надзор над дружествата за допълнително и доброволно осигуряване и застрахователните дружества. Общият надзор от държавата върху задължителното е институционален и разпределен между компетенциите на различни ведомства:

- Министерство на труда и социалната политика;

- Министерство на здравеопазването;
- Национален осигурителен институт;
- Министерство на финансите;
- Национална здравноосигурителна каса
- Народно събрание

Надзорът върху дружествата за допълнително и доброволно осигуряване се базира на траспонираната в Българското законодателство Директива на ЕС 2003

1) Предварителен надзор - изисквания при лицензиране на дружествата

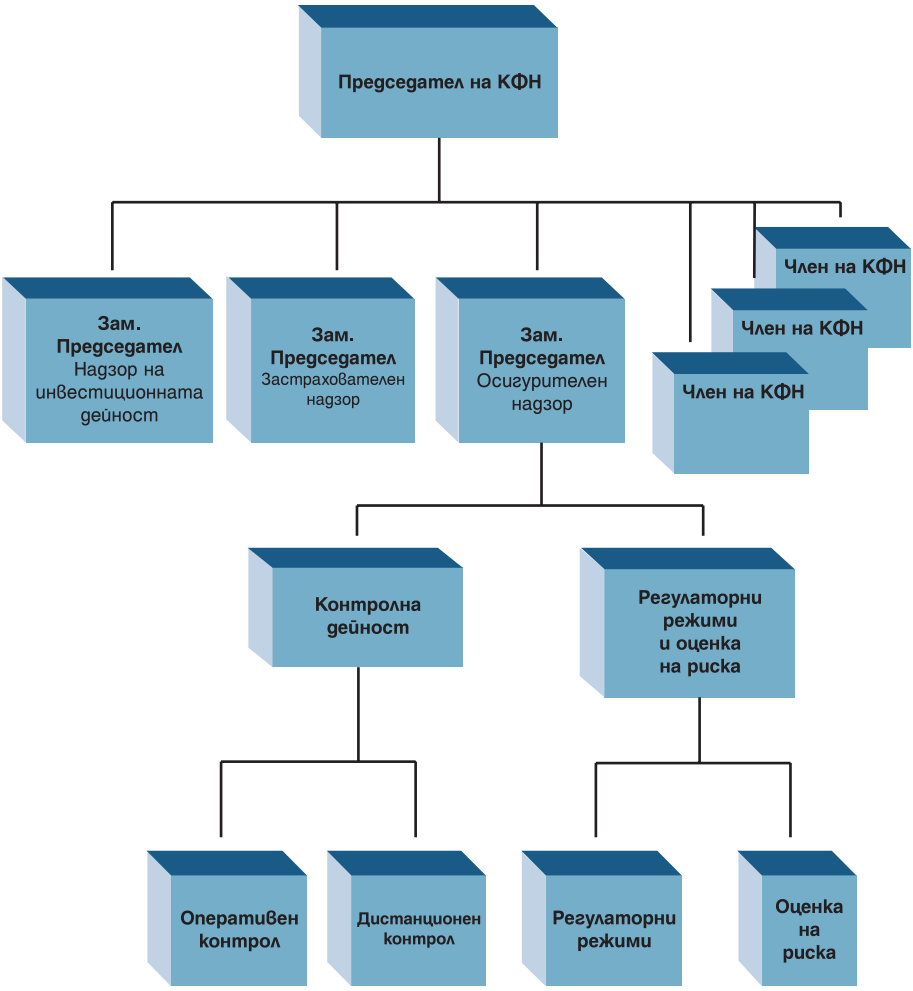
- За капитала
- За акционерите със значително участие
- За членовете на управителните и контролните органи и актюерите
- За системата за вътрешен контрол
- За техническата, кадрова и информационна обезпеченост

2) Текущ надзор

Постоянен мониторинг върху оценката на активите на фондовете, изчисляване стойността на дяловете и спазване на инвестиционните ограничения чрез получаване на ежедневни отчети от дружествата и банките-попечители, подавани по електронен път в КФН. Анализ на система от показатели месечни отчети от дружествата, получавани в електронен вид.

3) Проверка на място в ПОД

Фигура 25. Организационна структура на КФН



Автор: Бисер Петков

7. РОЛЯТА НА БИЗНЕСА В СИСТЕМАТА НА ОСИГУРЯВАНЕ

Изследването на ролята на бизнеса е необходимо, поради активното му участие в цялостния процес на социално-икономическия живот на държавата. Непрекъснатото развитие на социално-икономическите процеси в отделните страни, развиващата се глобализация в пазара на стоки, услуги, както и на пазара на труда, въздействат пряко върху бизнеса и непрекъснато променят неговата роля и значение в системите на осигуряване – здравно и пенсионно.

Бизнеса има няколко основни направления на дейност, свързани с осигуряването:

- социалната фирмена политика, влияеща активно върху държавната социална политика и личния избор на работещите.
- развитието на отношенията между капитала и труда (социалния капитал)
- непрекъснато развиващата се децентрализация на системата на управление и социално осигуряване (пенсионно и здравно);
- намаляване на отрицателните последици от промените, свързани с новите форми на организация на труда и осигуряването, на управлението и структурата на икономиката на страната;
- решаване на проблемите, възникващи във взаимоотношенията между различните субекти – държава, общество, отделни социални групи и домакинства;
- активната роля на бизнеса в подобряване на окръжаващата среда и благоприятните условия на бит и почивка – вътрешна фирмена политика и външна фирмена политика – спонсориране на различни образователни, екологични, културни и други прояви;
- политика насочена към трудещите се – създаване на възможности за интеграция на личността в трудовия колектив и социалната общност, в която живее
- дългосрочна политика за създаване на градивни взаимоотношения между фирмата и работещите в нея.

Ролята на бизнеса е в дългосрочна зависимост и от тенденциите, които се развиват в обществото и налаганите от новите пазарни отношения принципи, свързани с:

- децентрализация – както на производствените и управленските

структури, така и на непрекъснатата децентрализация и развитие на конкурентна среда в осигурителната система;

- непрекъснато повишаваща се автономност – юридическа, пазарна и т.н. както на бизнеса, така и на осигурителните структури;
- мотивацията на работещите – свързана както с предоставяните допълнителни възможности във фирмата, така и за участие в осигурителните схеми;
- персонализация – съобразяване на фирмените интереси с тези на индивида;
- засилване лоялността към фирмата – съобразяване на потребностите на работещите с техните възможности и конкретни резултати.

Ролята на бизнеса в осигуряването може да бъде разглеждана в две основни направления:

- на бизнеса като потребител и плащащ за осигурителните (пенсионни и здравни услуги) за себе си и от името на работещите във фирмите;
- на бизнеса, който предоставя осигурителни услуги (осигурителни и застрахователни фондове).

7.1 Ролята на бизнеса като потребител и плащащ осигурителните услуги

Тази роля от една страна е определена по законодателен път, където е определен начина за регистриране и отчитане на бизнеса като осигурител. Това са всички бизнес формирования, ползващи наемен труд, които са задължени по законов ред да заплащат за съответните лица осигурителните им вноски по задължителното пенсионно и здравно осигуряване. Тази роля се свързва със социалното солидарно осигуряване като система за разпределение на доходите между различни бивши и настоящи работещи във фирмата лица с цел осигуряване на социална защита и солидарност между тях.

Тук съществена роля играе фирмената култура и прозрачност, отнасяща се преди всичко към точно и ясно деклариране на доходите, избягване на наемането на работещи без сключени договори, изплащане на пълните размери на осигуровките и т.н. Всеки опит за

нарушение на тази функция води до изкривяване на принципите на солидарност и навлизане в сферите на „сивата икономика". Трябва да е ясно, че размерът на съответното осигуряване е насочен към компенсиране (пълно или частично) на определени доходи или потребности на работещите във фирмата. Осигурителната вноска плащана от бизнеса се признава за разход за осъществяване на дейността на фирмата, а частта плащана от осигуреното лице се приспада от брутното му трудово възнаграждение преди облагането му с данък. Ролята на мениджърите на фирмата и преди всичко тези, които се занимават с човешките ресурси е да информират работещите за това, като създават механизми за повишаване на осигурителната култура на работещите и избягват отклоняването то предписаните правила.

Друго направление в дейността на бизнеса е повишаване културата в областта на доброволното осигуряване, като се обясняват предимствата и ползите от него и се подпомага развитието му (чрез парични вноски или организационно) за постигане на допълнителна сигурност и удовлетвореност на работещите, както и повишаване на мотивираността им за участие в този вид осигуряване. Необходима е ясно познаване и обясняване на предимствата на този вид осигуряване и при ползване на различните данъчни преференции при участие в тези осигурителни схеми.

Реален измерител на ефективността на бизнеса в социалното осигуряване се изразява в следните основни направления:

- икономическа ефективност - ролята на бизнеса за съхраняване на социалния капитал (работещите);

- социална – ролята на бизнеса в повишаване на мотивацията и лоялността на работещите, повишаване на социалната им ангажираност и подпомагане на работещите при възникване на определени социални и здравословни проблеми; осигуряване на организационни и финансови форми за задоволяване на потребностите при намаляване или частична загуба на доход, здраве, необходимост от възстановяване и почивка и други;

- обучителна – ролята на бизнеса за повишаване информираността на персонала, квалификацията и преквалификацията му, с цел задоволяване на повишаващите потребности на работещите;

- здравословна – осигуряване на условия-организационни и финансови, насочени към съхраняване здравето на работещите,

профилактика на заболяванията, подпомагане при възникнало заболяване и възстановяване след него и други;

Основна отговорност при изпълнението на тези цели, които стоят пред бизнеса носят мениджърите на фирми и тези, които се занимават с управлението на човешките ресурси. Те трябва да бъдат подготвени и да познават:

- социалната политика на съответната държава, проблемите и промените, които се провеждат в съответните системи
- цялото социално осигурително (пенсионно и здравно законодателство);
- данъчното законодателство;
- теорията и практиката на осигуряването в съответната страна или страни в които оперира бизнеса;
- потребностите, нагласите и мотивацията на персонала – използване на различни методи за изследването им;
- социалната политика на съответната фирма – планове, бонуси, програми, методи за привличане и мотивиране на персонала, осигурителна култура – начини за въздействие.

7.2 Ролята на бизнеса, предоставящ осигурителни услуги

Развитието на осигурителния и застрахователен пазар, както бе посочено в предходните глави промени в голяма степен ролята на бизнеса, занимаващ се с организиране и предоставяне на осигурителни и застрахователни услуги. Непрекъснатото търсене на нови форми на осигуряване, развитието на конкуренция и свободен пазар на предлаганите услуги, повишаващата се мотивация на фирмите и индивидите за включване в нови осигурителни схеми, повишената осигурителна и застрахователна култура, както на бизнеса, така и на отделните хора се явяват предизвикателство пред всички работещи на този пазар.

Основните предизвикателства са свързани с:

- честност, лоялност, прозрачност и повишена социална чувствителност към потребностите на клиентите на осигурителни и застрахователни услуги;
- точно познаване на законодателството, регулаторните механизми и изискванията пред различните форми на осигуряване и застраховане;
- индивидуално насочени маркетинг и обслужване на

клиентите;

- разработване на форми и модели, насочени към повишаване мотивацията за включване в осигурителните и застрахователните схеми;

- осигуряване на мерки за защита на интересите на клиентите – сигурност за вложените средства, сигурност за предоставената информация и т.н.

- перфектно познаване на теорията и практиката на осигурителните отношения, формите на осигуряване и застраховане, различните методи и модели;

- ясна, достъпна и разбираема от клиентите информация, предоставяна по повод осигурителните отношения;

- ясно и точно познаване на функционирането на пенсионните и здравните системи на съответната страна, „тесните" места в системата,

- познаване на различните възможности за решаване на индивидуалните или фирмените проблеми и потребности, свързани с осигурителните и застрахователните отношения;

- преобразуване на ролята „продавач на услуги" в „личен консултант и съветник" на всички, които работят в този бизнес;

- търсенето на подходящи индивидуални и фирмени решения за отделните клиенти, а не продажбата на осигурителна полица на всяка цена.

- подбор, подготовка, обучение, квалификация и преквалификация на кадрите, които работят в осигурителните и застрахователните компании, посредниците и всички, които в някаква степен са свързани с предлагания продукт.

- въвеждане на иновации – организационни, информационни и други, насочени към клиента.

Това са само малка част от ролята, функциите и задачите на бизнеса по отношение на осигуряването и застраховането. Съществена е ролята и на здравния риск мениджмънт за вземането на правилните решения и успешното развитие на бизнеса в областта на пенсионното и здравно осигуряване. Тази тема ще бъде дискутирана в детайли в следваща публикация.

Всяка фирма, независимо от профила й на дейност, неминуемо се сблъсква в ежедневната си работа с осигурителни взаимоотношения (независимо външни или вътрешни), което налага изработването и провеждането на адекватна политика и планиране на дейностите, което да я направи първа и най-желана сред останалите.

ЛИТЕРАТУРА

1. “Averting the old age crisis”. International Social Security Review, 3 - 4/95, 5-22. 28-42. 3/94. 3/96, 21-43. 70.
2. Actuarial Journal 2, 207-226.
3. Actuarial Journal 5, 55 – 113.
4. Actuarial science / Advances in the statistics science. Vol. 6. Reidel, 1987. – 250 p.
5. Actuarial Standard of Practice No. 27 Selection of Economic Assumptions for Measuring Pension Obligations Developed by the Pension Committee of the Actuarial Standards Board Adopted by the Actuarial Standards Board
6. *Aino Salomɔki* (2006), “Public pension expenditure in the EPC and the European Commission projections: an analysis of the projection results”, European Economy, Economic Papers 268, December 2006.
7. Akerlof G., Miyazaki H. The implicit contract theory of unemployment meets the wage bill argument // Rev. of Econ. St. 1980. V. 48. ¹ 1. P. 321-338.
8. America. International Social Security Review, 3-4/95, 23-39.
9. Andrews, E.S. (2001), Kazakhstan: An Ambitious Pension Reform, Pension Primer Series, SP Discussion Paper No 0104, The World Bank, Washington, DC
10. Anita Schwarz. The Remaining Agenda in Payg Reforms. http://www.fiap.cl/p4_fiap_eng/antialone.html?page=/p4_fiap_eng/site/edic/base/port/quarterly.html
11. Anusic. Z., P. O’Keefe, S.Madzarevic-Sujster (2003), Pension Reform in Croatia, Pension Primer Series, SP Discussion Paper No 0304, The World Bank, Washington, DC
12. Arrow K.J. Essays in the theory of risk-bearing. Amsterdam: North-Holland Publishing company, 1974. - 178 p.
13. Augusztinovits. M. (Coordinator), (2002), The Hungarian Pension system Before and After 1998 Reform, in. E.Fultz (ed.), Pension Reform in Central and Eastern Europe, Vol. 1, Restructuring with Privatization: Case Studies of Hungary and Poland, ILO, Budapest Bulgarian Pension Reform Strategy (1999)
14. Azariadis C. Implicit contracts and underemployment equilibria // Journal of Political Economy. 1975. N 6. P. 1183 - 1202.
15. Baily M. Wages and employment under uncertain demand // Review of Economic Studies. 1974. Vol. 41. N 125. P. 37 - 50.
16. Beattie R and McGillivray W (1995) A risky strategy: reflections on the World Bank Report
17. Borsch-Supan, A.H. and C. Wilke (2003), The German public pension system: how it was, how it will be, NBER papers on Retirement research center projects.
18. Bourguignon, F. and C. Morrisson (2002), Data sources for inequality among world citizens: 1820-1992, American Economic Review, Vol. 92.
19. Bulletin, Vol 59, No 3.
20. Canada Pension Plan (1997) Securing the Canada Pension Plan. Agreement on proposed Caribbean, Providenciales, Turks and Caicos Islands, 29 November 1999.

21. Carone, G., D. Costello, N. Diez Guardia, G. Mourre, B. Przywara and *A. Salomɔki* (2005), "The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States", European Economy, Economic Papers 236, http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/economic_papers/economicpapers236_en.htm
22. Casey B H (1998) The public finance implications of private pensions – an analysis with changes to the CPP.
23. Chile. Policy Research Working Papers WPS 867. World Bank
24. Chileno de Pensiones No 2 (1981-1996)
25. *Chlon A., M. Gyra, M. Tyubyova, L. Thompson* (2001), Pension reform in Slovakia - background and options. Can experience from other transition countries be drawn?, OECD, Paris
26. *Chlon A., M. Gyra, M. Rutkowski* (1999), Shaping the Pension Reform in Poland: Security through Diversity, Pension Reform Primer series, SP Discussion Paper no. 9923, World Bank, Washington DC
27. Chlon, A. (2000), Pension Reform and Public Information in Poland, Pension Reform Primer, SP Discussion Paper No 0019, World Bank, Washington DC.
28. Chlon-Dominczak, A., (2002) The Polish Pension Reform of 1999 in. E.Fultz (ed.), Pension Reform in Central and Eastern Europe, Vol. 1, Restructuring with Privatization: Case Studies of Hungary and Poland, ILO, Budapest
29. Chlon-Dominczak, A. and M. Mora (2003), Commitment and Consensus in Pension Reform, in: R.Holzmann, M. Orenstein and M.Rutkowski (eds.), Pension Reform in Europe: Process and Progress, World Bank, Washington DC
30. Clifford N., Crawford V.P. Short-term contracting and strategic oil reserves // Rev. of Econ. St. 1987. V. 54. ¹ 1. P. 311 - 323.
31. Congress of Actuaries, 5, 415-442.
32. Cooper R. A note on overemployment / underemployment in labour contracts under assymetric information // Econ. Lett. 1983. V.12. ¹ 1. P. 81 - 87.
33. Corsetti, G and K. Schmidt-Hebbel (1995), Pension reform and growth, policy research working paper No.1471, World bank.
34. *Cortázar René. Interactions Between The Pension System And The Political System* .
35. *Cortázar, R* (1997); "The new Chilean pension system: lessons after fifteen years", in United Nations, Sustaining Social Security, New York: United Nations.
36. critical commentary on the World Bank's proposals. International Social Security Review
37. Danzieger L. On employment, wage and risk sharing in labour contracts // Econ. Lett. 1981. V. 8. ¹ 2. P. 181 - 186.
38. Dasgupta P., Hammond P., Maskin E. On imperfect information and optimal pollution control // Rev. of Econ. St. 1980. V.47. ¹5. P. 857 - 860.
39. Daykin C D (1995) Financial management and control of supplementary pension schemes.
40. Daykin C D (1996) Developments in social security and pensions world-wide. British
41. Daykin C D (1997) An actuarial perspective on defined contribution pension schemes.

42. Daykin C D (1998) Can we avert the old-age crisis? Transactions of the 26th International
43. Daykin C D (1998a) Funding the future? Problems in pension reform. Politeia.
44. Daykin C D and Lewis D (1999) A crisis of longer life – reforming pension systems. British
45. *de la Documentation Franзaise. demographic, economic and social change. Report by the EU network of experts on Deutsche bank* (2002), Pension reforms in the large accession countries, Deutsche bank research website. developments, policy issues and options. ISSA
46. Diamond, P. (1997); "Insulation of pensions from political risks", in (ed) *Salvador Valdüs*, The Economics of Pensions, Cambridge: Cambridge University Press.
47. Disney, R. (1999), Notional accounts as a pension reform strategy: an evaluation, discussion paper No.9928, World bank.
48. DOBROGONOV, A. AND D.SHADYKUL, 2003, Charges and Costs of Mandatory Funded Pensions in Kazakhstan, mimeo, World Bank, Washington DC
49. European Commission (1994) Supplementary pensions in the European Union. Report by European Commission (1997) The outlook on supplementary pensions in the context of European Economy, Special Report 5/2005, pp. 51-56.
50. Eurostat - http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=portal
51. Evans R., Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry, in Health, Economics and Health Economics, Amsterdam, 1981
52. Falkinger, J. (2001), Lecture notes on pension finance, University of Zurich, can be found at: www.wwi.unizh.ch/teaching/w0304/lectures/292_pensionfinance_03.php
53. Finney, D., Probit analysis, Cambridge: Cambridge University Press, 1971.
54. Fox., L And E. Palmer (1999), Latvian Pension Reform, Pension Primer Series, SP Discussion Paper No, World Bank, Washington, DC
55. Frank J. The new Keynesian economics: unemployment, search and contracting. Brington: Wheatsheaf books, 1986. - 283 p.
56. Freixas X., Guesnerie R., Tirole J. Planning under incomplete information and the ratchet effect // Rev. of Econ. St. 1985. V. 52. ¹ 169. P. 173 - 191.
57. Fudenberg D., Tirole J. Game theory. Cambridge: MIT Press, 1995. – 579 p.
58. Fultz, E. (2003), Recent Trends in Pension Reform and Implementation in the EU Accession Countiries, ILO, Budapest
59. Gale D., Helling M. Incentive-compatible debt contracts: the one-period problem // Rev.of Econ. St. 1985. V. 52. ¹ 3. P. 647 - 663.
60. *Godoy, O. and S. Valdés* (1997); *"Democracy and pensions in Chile: Experience with two systems", in (ed) Salvador Valdés, op.cit.*
61. *Gyra M and E. Palmer*, (2002) Shifting perspectives in pensions, Case, Warsaw
62. Gordon D. A neo-classical theory of Keynesian unemployment // Economic Inquiry. 1974. N 12. P. 431 - 459.

63. Government Actuary's Department (1998). GAD survey of expenses of occupational
64. Government Actuary's Department (1999). Occupational pension schemes 1995.
65. Grossman S., Hart O. An analysis of the principal-agent problem // Econometrica. 1983. Vol. 51. N 1. P. 7 - 45.
66. Hart O.D. Optimal labor contracts under asymmetric information: an introduction // Review of Economic Studies. 1983. Vol. 50. N 1. P. 3 - 35.
67. Hart O.D., Holmstrom B. Theory of contracts // Advances in economic theory. 5-th world congress. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1987. P. 71 - 155.
68. Holmstrom B. Moral hazard and observability // Bell Journal of Economics. 1979. Vol. 10. P. 79 - 91.
69. Holmstrom B. Moral hazard in teams // Bell Journal of Economics. 1982. Vol. 13. P. 324 - 340.
70. Holthausen D.M. A model of incentive regulation // J. of Public Econ. 1979. V.12. ¹ 1. P. 61 - 73.
71. Holzmann R (1996) Pension reforms, financial market development and economic growth:
72. Holzmann, R. (2000), The World Bank Approach to Pension Reform, International Social Security Review 53 (1): 11-34
73. Holzmann, R., R.palacios, A.zviviene (2001), Implicit Pension Debt: Issues,Measurement and Scope in International Perspective, The World Bank, Washington
74. http://www.fiap.cl/p4_fiap_eng/antialone.html?page=/p4_fiap_eng/site/edic/base/port/quarterly.html
75. Hughes G 1996) Would privatising pensions increase savings? Irish Banking Review, Spring,
76. Glesias, A. and R.palacios (2000), Managing public pension reserves, Part I: evidence from international experience, Social Protection Discussion Paper No 0003, The Pension Reform Primer, The World Bank, Washington
77. INPRS (2001), Recent Developments in selected CEEC: Romania, Poland, Hungary and the Czech Republic, Room Document No 24, Private Pensions Conference, Sofia Kaa, D.J. van de (1987), Europe's Second Demographic Transition, Population Bulletin 42 (1), Population Reference Bureau, Washington D.C.
78. Insurance in industrial societies: economic role, agents and market from 18-th century to today / Proceedings of 10-th International Economic History Congress. Madrid, 1998. 225 p.
79. nsurance, risk management and public policy / Essays in the memeory R.I. Mehr. Norwell: Kluwer, 1994. – 184 p.
80. International Social Security Review 48, 3-4/95, 75-89
81. International Social Security Review 51, 1/98, 31-45.
82. International Social Security Review 51, 2/98, 39-55.
83. ISSA (1994) Restructuring social security in central and eastern Europe: a guide to recent
84. Kim S. Efficiency of an information system in an agency model // Econometrica. 1995. V.63. ¹ 1. P. 89 – 102.

85. Kotikoff, L. (2000), The right and wrong ways to reform pensions in Russia, mimeo, Boston University, can be found at the author's page: http://econ.bu.edu/kotlikoff/.
86. Kotlikoff, L. (1999), The World bank's approach and the right approach to pension reform, mimeo, Boston University, can be found at the author's page: ttp://econ.bu.edu/kotlikoff/.
87. Kritzer B E (1996) Privatising Social Security: The Chilean experience. Social Security
88. Laffont J.J. Fundamentals of public economics. Cambridge: MIT Press, 1989. – 289 p.
89. Laffont J.J. The economics of uncertainty and information. Cambridge: MIT Press, 1989. – 289 p.
90. Legros, F. (2001), Has Bismarck been sunk?, La letter du centre d'etudes prospectives et d'informations internationals, No. 201.
91. Lindeman, D., M.rutkowski, O. sluchynskyy (2000), The Evolution of Pension Systems in Eastern Europe and Central Asia: Opportunities, Constraints Dilemmas and Emerging Best Practices, The World Bank, Washington, DC
92. Maleshkov, H., Social and economic circumstances of sex differentials in poor health of elderely population, Irissworking paper series, No 2004-06, http://www.ceps.lu/iriss/documents/irisswp47.pdf
93. Mas-Collel A., Whinston M.D., Green J.R. Microeconomic theory. N.Y.: Oxford Univ. Press, 1995. - 981 p.
94. Maynard A., Markets and Health Care, in Health and Economics (edt. By Al. Williams), Macmillan Press,1987
95. McGuire D., J. Henderson, G. Mooney, The economics of Health Care, Routledge& Kegan P., London and New York, 1988
96. Mesa-Lago, C. (1989); Ascent to Bankruptcy; Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
97. Modigliani, F. and R. Brumberg (1954), Utility analysis and the consumption function: An interpretation of cross-section data. In: Kurihara, K.K (ed.): Post-Keynesian Economics. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
98. Mookherjee D. Involuntary unemployment and worker moral hazard // Rev. Of Econ. St. 1986. V. 53. ¹ 176. P. 739 - 754.
99. Mueller, K. (2003), The Making of Pension Reform Privatisation in Latvin America and Eastern Europe, in: R.Holzmann, M. Orenstein and M.Rutkowski (eds.), Pension Reform in Europe: Process and Progress, The World Bank
100. Mutafova, M., van de Water HPA, Perenboom RJM, Boshuizen HC, Maleshkov C (1997) Health in Bulgaria, Bulletin the World Health Organization, 75(2): 147-153.
101. Myers R J (1992) Chile's Social Security Reform, after 10 years. Benefits Quarterly, Third
102. Myerson R.B. Game theory: analysis of conflict. London: Harvard Univ. Press, 1991. - 568 p.
103. North, D (1990) (1990); Institutions, Institutional Change and Economic Performance, Cambridge: Cambridge University Press.
104. OECD (1996) Ageing in OECD countries: a critical policy challenge. OECD

105. OECD, (2001), OECD Private Pensions Conference 2000, Private Pension Series No 3, Paris
106. OECD, (2001a), Administrative Costs and Reforms, Private Pension Series No 2, Paris
107. OECD, (2001b), OECD Private Pensions Conference 2000, Private Pension Series No 3, Paris
108. Orenstein, M. (2003); "Mapping the diffusion of pension innovation". Revised version of the document presented at the IIASA Conference, "Political Economy of Pension Reform", Laxenburg, Austria, 2001.
109. Palacios, R., R. Rocha (1998), The Hungarian Pension System in Transition, SP Discussion Paper No 9805, The World Bank, Washington
110. Paper presented to the ISSA High Level Meeting of Social Security Actuaries and pension schemes.
111. Perlman R. Labor theory. N.Y.: Wiley, 1969. - 237 p.
112. PitzerJohn. The Treatment of Pension Schemes in Macroeconomic Statistics. Discussion Paper for the Statistics Department of the International Monetary Fund. November 2002
113. Pratt J. Risk aversion in the small and in the large // Econometrica. 1964. V. 52.¹. 1. P. 122 – 136.
114. preliminary evidence from Chile. Working Paper (WP/96/94). International Monetary Fund. Press, Washington DC. Quarter 1992.
115. Queisser M (1995) Chile and beyond: the second generation pension reforms in Latin
116. Queisser M (1998) Regulation and supervision of pension funds: principles and practice.
117. Reynaud E (1994) *Les retraites en France: le rôle des régimes complémentaires. Les études*
118. Reynaud E (1998) Pensions in the European Union: adapting to economic and social changes.
119. Reynaud E and apRoberts L (1997) *Les systèmes de retraite à l'étranger, IRES.*
120. Robbins E., Sarath B. Ranking agencies under moral hazard // Economic Theory. 1998. V. 11. ¹ 1. P. 129 – 156.
121. Samuelson, P.A. (1958), An exact consumption-loan model of interest with or without the social contrivance of money, Journal of Political Economy 66.
122. Shavel S. Risk-sharing and incentives in the principal and agent relationship // Bell J. of Econ. 1979. V. 10. ¹ 1. P. 55 - 73.
123. Singh A (1996) Pension reform, the stock market, capital formation and economic growth: a special reference to the United Kingdom. International Social Security Review, 51, 4/98, 57-
124. Srinivas, P. S., E. Whitehouse, J. Yermo (2000), Regulating Private Pension Funds' Structure, Performance and Investment: Cross-country Evidence, Pension Primer Series, SP Discussion Paper No 0013, World Bank, Washington, DC
125. Starck N (1993) *Chilean Pension System. Work Document No. 3. Corporaciyn de Investigaciyn, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social.*
126. Statisticians, Buenos Aires, November 1997 (to be published in Spanish in

Estudios (ISSA)).
127. Stiglitz J.E., Weiss A. Credit rationing in markets with imperfect information // Amer. Econ. Rev.1981. ¹ 2. V. 71. P. 393 - 409.
128. Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (1997) *Evoluciyn del Sistema*
129. Superintendency of Pension Fund Administrators (1996). The Chilean Pension System.
130. Tafradjiyski, B., Loukanova, P., Shopov, G. and D. Staykova (2000), The pension reform in Bulgaria-two years after the start, An international workshop population, labour market, pension and quality of life in transition countries.
131. The Economic Policy Committee and the European Commission (2005), "The 2005 projections for agerelated expenditure (2004-2050) for the EU-25 Member States: underlying assumptions and projection methodologies", European Economy, Special Report 4/2005.
132. The Economic Policy Committee and the European Commission (2006), "The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)", European Economy, Special Report 1/2006.
133. Thompson L (1998) Older and wiser: the economics of public pensions. Urban Institute
134. Titarenko B. "Robust technology" in risk management // International Journal of Project Management. 1996. Vol. 15. ¹ 1. P. 11 – 14.__
135. Tversky, A. and D. Kahneman (1973), Availability: a heuristic for judging frequency and probability, Cognitive psychology 5.
136. Vittas D and Iglesias A (1992) The rationale and performance of personal pension plans in
137. Whitehouse, E. (1999), The Tax Treatment of Funded Pensions, Pension Primer Series, SP Discussion Paper No. 9910, World Bank, Washington, DC
138. Whitehouse, E. (2000), Administrative Charges for Funded Pensions: An International Comparison and Assessment, Pension Primer Series, SP Discussion Paper No 0016, World Bank, Washington, DC
139. World Bank (1994) Averting the Old Age Crisis. Oxford University Press.
140. World Bank (2000), Balancing Protection and Opportunity: A Strategy for Social Protection in Transition Economies, Washington, DC
141. World Bank (2003), Administrative Charges in Second Pillar Pension in ECA. A Case Study Approach, Washington, DC
142. World Health Organization (WHO), World Health Report, Statistical Annex, 2001.
143. Абаджиев Никола. Развитие на частния сектор на пенсионноосигурителната система в Р България. Конференция "Развитие на пенсионните реформи: опитът на България и регионални перспективи" София, България, 16 и 17 февруари 2005 г.
144. Абалкина И.Л. Страхование экологических рисков (из практики США). М.: Инфра-М, 1998. – 88 с.
145. Айвазян С.А., Мхитарян В.С. Прикладная статистика и основы эконометрики. М.: ЮНИТИ, 1998. – 1022 с.

146. Александров А.А. Страхование. М.: Приор, 1999. – 188 с.
147. Аленичев В., Шахов В. Страховое дело России в XX веке // Страховое ревю. 2000. ¹ 5. С. 14 – 17.
148. Алиев Р. Страховое регулирование в США: обзор // Страховое дело. 2000. ¹ 5. С. 18 – 34.
149. Ануфриев И.К., Бурков В.Н., Вилкова Н.И., Рапацкая С.Т. Модели и механизмы внутрифирменного управления. М.: ИПУ РАН, 1994. - 72 с.
150. Борисов В., К. Юруков, П. Салчев. Социална медицина, ТМА, София, 1999
151. Бурков В.Н. Основы математической теории активных систем. М.: Наука, 1977. - 255 с.
152. Бурков В.Н., Еналеев А.К., Новиков Д.А. Механизмы функционирования социально-экономических систем с сообщением информации // Автоматика и Телемеханика. 1996. ¹ 3. С. 3 - 25.
153. Бурков В.Н., Кондратьев В.В. Механизмы функционирования организационных систем. М.: Наука, 1981. - 384 с.
154. Бурков В.Н., Новиков Д.А. Страхование: оптимизация и перераспределение риска // Инвестиционный эксперт. 1997. ¹ 5. С. 24 - 27.
155. Бурроу К. Основы страховой статистики. М.: Анкил, 1996. – 97с.
156. Васильев Г.В., Шипильчева С.А. История страхового дела в России. М.: Пресс-сервис, 1997. – 259 с.
157. Воблый К.Г. Основы экономии страхования. М.: Анкил, 1993. – 228 с.
158. Волфганг, Ф., Пазарът на труда, С., 1996.
159. Гвозденко А.А. Основы страхования. М.: Финансы и статистика, 1999. –300 с.
160. Гербер Х. Математика страхования жизни. М.: Мир, 1995. – 154 с.
161. Гочев Г., Б. Манов. Социално осигуряване. Трето издание. Тракия М. София 2004, ISBN 954-8401-33-9
162. Гладилов Ст., Е. Делчева. Икономика на здравеопазването, График консулт ООД, София, 1998
163. Грива Х., Б. Давидов, З. Босилкова. Договорната система във финасирането на здравните заведения: теоретични постановки и някои практически проблеми, бюл. Икономическа информация в здравеопазването, бр. 6
164. Грызлова А.А. Компьютеризация страхового дела. М.: ИПУ РАН, 1999. –24 с.
165. Давыдов С.А., Федорова Т.А., Янова С.Ю. Социальное страхование: теория и практика: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 1999. – 3,9 п.л., в том числе лично автора 1,3 п.л.
166. Делчева Е., Здравният икономикср УИ “Стопанство”р София, 1994
167. Доброволното здравно осигуряване в Европейския съюз, Елиас Мосиалос и Сара Томсън, Май 2001.
168. Драганов Хр., Б. Илиев, И. Мишева, З. Първанова. Застраховане. Форком, София, 1998
169. Дулевски, Л., Х. Малешков, Някои тенденции в развитието на мъжката смъртност по причини и занятия, в сб. Доклади от научно-практическа конференция „Труд и застраховане”, С., 1997.
170. Ерасурис Гиермо Артур. Инвестиции на пенсионните фондове в Чили.

Семинар: Развитие на пенсионните реформи: Опитът на България и регионални перспективи, 16-17.02.2005 г., София
171. Ефимов С.Л. Организация работы страховой компании: теория, практика, зарубежный опыт. М.: «Антарекс Вэк», 1993. – 94 с.
172. 1Журавлев Ю.М., Секерш И.Г. Страхование и перестрахование. М.: Финансы и статистика, 1993. - 185 с.
173. Закон за здравното осигуряване – www.mh.government.bg
174. Иванов Л., Кейс-микс класификации, в Бюлетин на НЦОЗ, 1997, бр.2
175. Ивашкин Е.И. Взаимное страхование. М.: Российская экономическая академия, 2000. – 87 с.
176. Икономова Татяна. Правна уредба на професионалните пенсионни схеми. Международна Конференция "Развитието на допълнителното пенсионно осигуряване в ЕС и предизвикателствата за присъединяващите се страни" , София, 13 октомври 2006
177. Инджова Ася , Благой Иванов . Координиране на схемите за социално осигуряване в Европейския съюз. Издател: Аспро. ISBN: 9789543770083
178. Й. Хрискосков. Пенсионната реформа в България – постижения, проблеми, перспективи. Конференция "Развитие на пенсионните реформи: опитът на България и регионални перспективи" София, България, 16 и 17 февруари 2005 г.
179. Й. Христосков. Българския пенсионен модел (съдържание, постижения, заплахи). Социал-демократически форум. Велинград 2003.
180. Й. Христосков. Застраховане и социално осигуряване – сходства и различия. Висше училище по задраховане и финанси, 2004
181. Капиталовите системи: Ролята им за решаването на пенсионния проблем. БАДДПО, 2008 г. Презентации и доклади от международната конференция "Капиталовите системи: Ролята им за решаването на пенсионния проблем", организирана от Международната федерация на администраторите на пенсионни фондове (FIAP) и Българската асоциация на дружествата за допълнително пенсионно осигуряване (БАДДПО), проведена на 31 май и 1 юни 2007г. във Варна, България
182. Кварандзия А.А. Платежеспособность в страховом бизнесе// Научная сессия профессорско-преподавательского состава научных сотрудников и аспирантов по итогам НИР 2002 года. Март-апрель 2002 года: Сборник лучших докладов. Санкт-Петербург: Издательство СПбГУЭФ, 2002. – 0,24 п.л.
183. Кварандзия А.А. Структура капитала и платежеспособность страховой организации// Научная сессия профессорско-преподавательского состава научных сотрудников и аспирантов по итогам НИР 2001 года. Факультет финансово-кредитных отношений и международных экономических отношений. Март-апрель 2001 года: Сборник докладов. Санкт-Петербург: Издательство СПбГУЭФ, 2001. – 0,14 п.л.
184. Кварандзия А.А. Чистые активы и свободные активы: общее и различие// Научная сессия профессорско-преподавательского состава научных сотрудников и аспирантов по итогам НИР 2000 года. Факультет финансово-кредитных отношений и международных экономических отношений. Март-апрель 2000 года: Сборник докладов. Санкт-Петербург: Издательство СПбГУЭФ, 2000. – 0,07 п.л.

185. Киркова Антоанета , Елина Костова, Янка Грозева. Наръчник по пенсионно осигуряване. Издател: Труд и право. ISBN: 9546081361
186. Кодекс за социалното осигуряване, може да се види на www.lex.bg
187. Кудрявцев А.А. Актуарные модели финансовой устойчивости страховых компаний. СПб.: Институт страхования, 1997. – 62 с.
188. Куерво Х., Ж. Варела, Р. Беленес. Управление на болницата. Македония прес, , 1999
189. Маленво Э. Лекции по микроэкономическому анализу. М.: Наука, 1985. - 392 с.
190. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М.: Дело, 1998. - 800 с.
191. Методические рекомендации по составлению социальных планов предприятий. /Сост.: А.Д.Белявский, Н.А.Горелов, И.И.Клебанов и др. – СПб.: ООО «Издательство Полигон», 1998. – 4,0 п.л., в том числе лично автора 0,6 п.л.
192. Моткин Г.А. Экономико-страховые основы страхования риска загрязнения окружающей среды // Государство и право. 1994. ¹ 6.
193. Мръчков Васил - съставител. България в международния трудов ред. Издател: Труд и право . ISBN: 9789546081421
194. Мръчков Васил . Осигурително право - 4 издание. Издател: Сиби. ISBN: 9547303775
195. Мусульманское право и институт страхования//Проблемы современной экономики. - 2002. - ¹ 2. - С. 120-122.
196. Мутафова, М., Х. Малешков, Очаквана продължителност на живота в добро здраве, Херон Прес, С., 2001.
197. Наумов, Н., Население и трудови ресурси, С., 1978.
198. Национален Осигурителен Институт: www.nssi.bg
199. Национален Статистически Институт: www.nsi.bg
200. Национален център по здравна информация www.nchi.bg
201. Некоторые аспекты правового регулирования экономических отношений в мусульманском праве//Международное право=International Law. - 2001. - ¹ 3. - С. 240-258;
202. Нинов Димитър, Социалната справедливост в пенсионното осигуряване. София, Декември 1996.
203. Новиков Д.А. Математическое моделирование механизмов страхования в системах управления проектами / Труды международного форума информатизации. М.: 1993. С. 24 - 26.
204. Новиков Д.А. Механизмы стимулирования в динамических и многоэлементных социально-экономических системах // Автоматика и Телемеханика. 1997. ¹ 6. С. 3 - 26.
205. Новиков Д.А. Стимулирование в социально-экономических системах (базовые математические модели). М.: ИПУ РАН, 1998. - 216 с.
206. Общества взаимного страхования / Сост. К.Е. Турбина. М.: Анкил, 1994. – 55 с.
207. Основни актюерски изчисления и техники в здравното осигуряване, Джон Уилкин лектор по актюерство към Български здравен проект, 2001 година.
208. Основы страховой деятельности: Учебник. /Отв. ред. проф.Т.А.Федорова.

– М.: Изд-во БЕК, 1999. – 48,5 п.л., в том числе лично автора 7,5 п.л.
209. Оценка на социалния сектор в България, Екип Мениджмънт системс интернешънъл за целите на ААМР, Юли 2001.
210. Петков Бисер. Адекватни и устойчиви пенсионни плащания в България: Приносът на допълнителното пенсионно осигуряване. Международна Конференция "Развитието на допълнителното пенсионно осигуряване в ЕС и предизвикателствата за присъединяващите се страни" , София, 13 октомври 2006
211. Петков Бисер. Българският пенсионен модел: регулаторни и надзорни практики. Конференция "Развитие на пенсионните реформи: опитът на България и регионални перспективи" София, България, 16 и 17 февруари 2005 г.
212. Петрова Г. Трудово и осигурително законодателство.3
213. Положение о государственном страховом надзоре Российской Федерации. Финансовая газета. 1992. ¹ 36.
214. Представи, нагласи и очаквания към българската здравноосигурителна система и доброволните здравни фондове. Анализ на резултатите от дискусиите с фокус групи, Витоша рисърч, Юни 2001.
215. Проблема соответствия сущности коммерческого страхования нормам мусульманского права//Востоковедный сборник. - 2001. - Вып. 2. - С. 90-133;
216. Рогозин И.И. История страхования в России. СПб.: Торговоэкономический институт, 1994. – 61 с.
217. Chlon-Dominczak Agnieszka. Evaluation of Reform Experiences in Eastern Europe. http://www.fiap.cl/p4_fiap_eng/antialone.html?page=/p4_fiap_eng/site/edic/base/port/quarterly.html
218. Салин В.Н. Математико-экономическая методология анализа рисковых видов страхования. М.: Финансовая академия, 1997. – 126 с.
219. Салчев П. Социална медицина и здравен мениджмънт. Електронен учебник. Дилиджентис ЕООД, София 2007.
220. Световна банка: www.worldbank.org
221. Сербиновский Б.Ю., Гарькуша В.Н. Страховое дело. Ростов на Дону: Феникс, 2000. – 375 с.
222. Словарь страховых терминов. М.: Финансы и статистика, 1991.
223. Советский энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1988.
224. Сови, А., Обща теория населения, том I, Економика и рост населения, М., Прогрес, 1977.
225. Сравнително проучване по подбрани теми от доброволното здравно осигуряване, Български здравен проект, 2001 година.
226. Сравнително проучване по подбрани теми от здравната политика Част I, Български здравен проект, 2001 година.
227. Средкова Красимира . Наръчник на работодателя. Издател: Сиби. ISBN: 9547301276
228. Средкова Красимира . Осигурително право. Издател: Сиби. ISBN: 9547303767
229. Степичева Л. О некоторых проблемах развития страхового экологического рынка // Страховое ревю. 2000. ¹ 4. С. 3 – 10.

230. Страхование в мусульманском праве: теория и практика. - М., “Анкил”, 2001. - 152 с.;
231. Страхование: краткое пособие для подготовки к экзамену. /Отв. ред. Федорова Т.А.- М.: Изд-во БЕК, 2001. – 11 п.л., в том числе лично автора 1,6 п.л.
232. Страхование: принципы и практика. М.: Финансовая Академия,1998.– 414с.
233. Страхование: то А до Я. М.: ИНФРА М, 1996. – 623 с.
234. Страховое дело / Учебное пособие под ред. Л.И. Рейтмана. М.: РоСТо, 1992. – 524 с.
235. Съобщение на комисията Общностна рамка за прилагането на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване {SEC(2008) 2183}. Комисия на европейските общности. Брюксел, 2.7.2008 COM(2008) 415 окончателен
236. Управление риском: Риск. Устойчивое развитие. Синергетика. М.: Наука, 2000. – 431 с.
237. Фалин Г.И. Введение в актуарную математику. М.: МГУ, 1994. – 110 с.
238. Федорова Т.А., Янова С.Ю. Социальное страхование: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 1997. – 9,8 п.л., в том числе лично автора 4,9 п.л.
239. Ференц Себеледи . Предизвикателства пред пенсионната система в Унгария в контекста на ЕС. Семинар: Развитие на пенсионните реформи: Опитът на България и регионални перспективи, 16-17.02.2005 г., София
240. Финансови показатели за оценка дейността на ЗОД, Томас Пауър експерт по здравно осигуряване към Български здравен проект, 2001 година.
241. Хэмптон Д.Д. Финансовое управление в страховых компаниях. М.: Анкил, 1993. – 263 с.
242. Чолаков Никола. Проблеми на структурата на пенсионното осигуряване у нас. сп.”Финанси и финансова политика”-бр 1 януари-март 2004 г
243. Шахов В.В. Введение в страхование: экономический аспект. М.: Финансы и статистика, 1992. – 190 с.
244. Экономика и социология труда: Учебник. /Под ред. Р.А.Гали-Ахметова и Н.А.Горелова. – Ижевск: Изд-во Удмуртского Университета, 1997. – 36,6 п.л., в том числе лично автора 1,0 п.л.
245. Эренберг Р.Дж., Смит Р.С. Современная экономика труда. Теория и государственная политика. М.: Изд-во МГУ, 1996. - 800 с.
246. Юлдашев Р.Т., Тронин Ю.Н. Российское страхование: системный анализ понятий и методология финансового менеджмента. М.: Анкил, 2000. – 447 с.
247. Янов В.Э., Янова С.Ю. Страховой бизнес на рынке ценных бумаг // Известия Санкт-Петербургского Университета экономики и финансов. – 1995. -¹ 3-4. – 1 п.л., в том числе лично автора 0,5 п.л.
248. Янова С.Ю. Организация социальной защиты населения как системы управления социальными рисками // Страховое дело. – 2001. -¹ 8. – 0,5 п.л.
249. Янова С.Ю. Принципы и практика организации социального страхования в РФ // Регион. – 1999. - ¹ 5-6. – 0,5 п.л.
250. Янова С.Ю. Система обязательного медицинского страхования:

проблемы организации и финансирования // Регион. – 2000. - ¹ 1-2. – 0,5 п.л.
251. Янова С.Ю. Социальное страхование и внебюджетные фонды. – СПб.: Изд-во ДНК, 2001. – 11 п.л.
252. Янова С.Ю. Социальное страхование как финансовая система управления социальными рисками общественного воспроизводства // Финансовый рынок и кредитно-банковская система России: проблемы регулирования и функционирования: Сб. науч. тр. – СПб.: Изд-во Миф, 2001. – 0,3 п.л.
253. Янова С.Ю. Социальное страхование: организация и финансовый механизм. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2000. – 12,5 п.л.
254. Янова С.Ю. Финансовый механизм социального страхования // Страховое дело. – 2001. -¹ 10. – 0,5 п.л.
255. Янова С.Ю. Эволюция и системы социальной защиты в России // Экономический строй России: прошлое, настоящее, будущее. 21-23 сентября 2000 г.: Тезисы докладов и выступлений. – СПб.: Изд-во СПГУ, 2000. – 0,1 п.л.

Доц. д-р Петко Салчев, дм

Магистър по медицина и икономика. Специализирал в областта на социалната медицина и здравната икономика. Работил като участъков терапевт, главен специалист по здравеопазване и социални дейности в община Годеч, асистент, главен асистент, доцент към Катедрата по социална медицина и здравен мениджмънт към Медицински Факултет – МУ- София. Бил е Директор на РЦЗ – София /1996-1997/, Прокурист на МБАЛ „Царица Йоанна" ЕАД-София /2001-2003/, Заместник- министър на здравеопазването /2003-2005/. Експерт оценител към 7-ма рамкова програма на ЕС. Има над 60 публикации, 5 монографии и учебници.

В момента е ръководител на Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт".

Доц. д-р Лидия Георгиева MPhil, PhD

Магистър по медицина. Магистър по епидемология и докторска степен в Университета Кеймбридж, Великобритания. Почетен член на Борда на директорите на Европейската асоциация на училищата по обществено здраве. Консултант на Световната Здравна Организация и Европейската обсерватория за здравни политики. Координатор и участник в международни, европейски и национални проекти в областта на общественото здравеопазване, здравния мениджмънт, здравната политика и здравното осигуряване. Работила като асистент в катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт" към Медицински Университет, София (1990-2000). Ръководител катедра „Превантивна медицина", ФОЗ, МУ (2004-2006). Има над 90 научни публикации, учебници и монографии в чужбина и у нас.

В момента е ръководител на „Управление на здравния риск" в Марш България.

Д-р Розалина Чобанова

Магистър по медицина и икономика. Работила като терапевт и ординатор в Общинска болница – Годеч, Инфекциозна болница – София, V Гарадска болница – София. Работила е като началник отдел в РЗОК – София, Директор на дирекция към РЦЗ- София, главен секретар на Изпълнителната агенция по трансплантации, директор на МСЦ „Царица Йоанна" – София, главен експерт в НОИ. Специализирала в областта на здравния мениджмънт. Автор на една монография.

В момента работи като екперт „Медицински дейности" към „ДЗИ – Здравно осигуряване" АД.