



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАРОДНО СЪБРАНИЕ

Проект

ЗАКОН

за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване

(Обн., ДВ, бр. 70 от 1998 г.; изм., бр. 93 и 153 от 1998 г., бр. 62, 65, 67, 69, 110 и 113 от 1999 г., бр. 1, 31 и 64 от 2000 г., бр. 41 от 2001 г., бр. 1, 54, 74, 107, 112, 119 и 120 от 2002 г., бр. 8, 50, 107 и 114 от 2003 г., бр. 28, 38, 49, 70, 85 и 111 от 2004 г., бр. 39, 45, 76, 99, 102, 103 и 105 от 2005 г., бр. 17, 18, 30, 33, 34, 59, 80, 95 и 105 от 2006 г., бр. 11 от 2007 г.; Решение № 3 на Конституционния съд от 2007 г. - бр. 26 от 2007 г.; изм. и доп., бр. 31, 46, 53, 59, 97, 100 и 113 от 2007 г., бр. 37, 71 и 110 от 2008 г., бр. 35, 41, 42, 93 и 101 от 2009 г. и бр. 19, 26, 43, 49, 58, 59, 62, 96, 97 и 100 от 2010 г.)

§ 1. В чл. 1, ал. 2 думите „здравноосигурителни премии“ се заменят с „премии“, а думите „здравноосигурителните договори“ се заменят със „застрахователните договори“.

§ 2. Член 3 се изменя така:

„Чл. 3. Доброволното здравно осигуряване е дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на премии, въз основа на застрахователни договори.“

§ 3. В чл. 33 се създават ал. 3 - 5:

„(3) Не са задължително здравно осигурени в НЗОК и лицата, за които се прилага схемата за здравно застраховане на Европейския съюз, установена в чл. 72 от Правилника за длъжностните лица на Европейските общности и Условието за работа на други служители, въведени с Регламент (ЕИО, Евратом, ЕОВС) № 259/68 на Съвета от 29 февруари 1968 г. относно определяне на Правилника за длъжностните лица и условията за работа на други служители на Европейските общности и относно постановяване на

специални мерки, временно приложими за длъжностните лица на Комисията (ОВ, L 56/2 от 04.03.1968 г.).

(4) Лицата по ал. 3 имат право на медицинска помощ по реда на този закон и по чл. 82 от Закона за здравето наравно с българските граждани.

(5) Лицата по ал. 3 заплащат оказаната им медицинска помощ по цени, определени от лечебното заведение, а възстановяването на разходите им се извършва при условията и по реда на чл. 72 и Анекс VII от Правилника за длъжностните лица на Европейските общности.”

§ 4. В чл. 63 се правят следните допълнения:

1. В ал. 1 се създават т. 7 - 9:

„7. информация за договорената и извършената дейност по чл. 55, ал. 2, т. 2 от изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с НЗОК;

8. информация за здравноосигурителни плащания по видове и направления на здравноосигурителните плащания съгласно Закона за бюджета на НЗОК за съответната финансова година и постановлението по чл. 55в, ал. 1;

9. информация за годишните финансови отчети и периодични финансови отчети за изпълнението на дейностите, платени от НЗОК съгласно Закона за бюджет на НЗОК за съответната финансова година.”

2. Създават се ал. 3 – 8:

„(3) Достъпът на Министерството на здравеопазването по ал. 2 се осигурява чрез репликация на данните по ал. 1, т. 1 - 5 на месечна основа до 25-о число на месеца.

(4) Данните по ал. 1, т. 7 се репликират на месечна основа до 25-о число на месеца на отчет.

(5) Данните по ал. 1, т. 8 се репликират на месечна основа в срок до 30-о число на месеца за отчета за предходния месец.

(6) Данните по ал. 1, т. 9 се репликират на 6-месечна основа в срок до 30-о число на последния месец от всяко календарно тримесечие.

(7) Спецификацията на данните за репликация и формата за обмяна се определят със заповед на министъра на здравеопазването.

(8) Първоначалната репликация на данните по ал. 1, т. 7, 8 и 9 включва данните за периода от последните пет години.”

§ 5. Член 81 се изменя така:

„Чл. 81. Тази глава урежда доброволното здравно осигуряване.”

§ 6. Член 82 се изменя така:

„Чл. 82. (1) Доброволното здравно осигуряване се извършва въз основа на договор за медицинска застраховка по смисъла на чл. 222а от Кодекса за застраховането. Не са доброволно здравно осигуряване договорите за медицинска застраховка, сключени по повод на пътувания извън територията на Република България.

(2) Не се смята за доброволно здравно осигуряване дейността на изпълнители на медицинска помощ по договори с физически и юридически лица за извършване на медицински услуги, когато те са с определен вид, обем и цени.”

§ 7. В чл. 83 се правят следните изменения:

1. Алинеи 1 и 2 се изменят така:

„(1) Дейност по доброволно здравно осигуряване може да осъществяват застрахователните акционерни дружества, лицензирани по видовете застраховки по т. 2 или т. 1 и 2 от раздел II, буква „А” от приложение № 1 към Кодекса за застраховането.

(2) При изпълнение на задълженията си по договорите за медицинска застраховка застрахователите имат право да изискват от изпълнителите на здравни услуги и доставчиците на здравни стоки писмена информация и документи за изпълнената от тях здравна услуга или доставената от тях здравна стока на застрахованото лице. Информацията по изречение първо включва диагноза, предписано лечение, медицинска документация относно лечението, лекарствени продукти, медицински изделия, консумативи и материали, вложени в лечението, вида и обхвата на услугата, действащия в изпълнителя или доставчика ценоразпис на услугата.”

2. Алинеи 3 и 4 се отменят.

§ 8. Член 84 се отменя.

§ 9. В чл. 85 се правят следните изменения:

1. Алинея 2 се изменя така:

„(2) Видът, цените, условията и редът за извършване на здравните услуги по ал. 1 се определят в договори между изпълнителите на медицинска помощ и застрахователите по чл. 83, ал. 1.”

2. Алинея 3 се отменя.

§ 10. Член 86 се отменя.

§ 11. В глава трета раздели II, III, IV и V се отменят.

§ 12. В чл. 101 се правят следните изменения:

1. Точка 2 се изменя така:

„2. следи за осигуряване от застрахователите по чл. 83, ал. 1 на предоставянето на здравните дейности съгласно застрахователния договор;”.

2. Точка 4 се изменя така:

„4. изготвя в 7-дневен срок по искане от заместник-председателя на Комисията за финансов надзор, ръководещ управление „Застрахователен надзор”, становище от министъра на здравеопазването по съдържанието и изпълнимостта на застрахователните договори за медицинска застраховка по смисъла на чл. 222а, ал. 2 от Кодекса за застраховането, предлагани от застрахователите.”

§ 13. В чл. 102 се правят следните изменения:

1. В ал. 1, т. 2 думите „здравноосигурителни дружества” се заменят със „застрахователи по чл. 83, ал. 1”.

2. В ал. 2:

а) в изречение първо думите „дружествата за доброволно здравно осигуряване” се заменят със „застрахователите по чл. 83, ал. 1”;

б) в изречение второ думите „дружества за доброволно здравно осигуряване” се заменят със „застрахователи по чл. 83, ал. 1”.

3. В ал. 3 думите „здравноосигурителните дружества” се заменят със „застрахователите по чл. 83, ал. 1”.

4. В ал. 5 думите „здравноосигурителните дружества” се заменят със „застрахователите по чл. 83, ал. 1”.

5. В ал. 6 думите „здравноосигурителните дружества” се заменят със „застрахователите по чл. 83, ал. 1”.

§ 14. В чл. 106б се правят следните изменения:

1. Алинеи 1-3 се изменят така:

„(1) Който извършва или допуска извършването на дейност по доброволно здравно осигуряване, без да е получил лиценз по реда на Кодекса за застраховането, се наказва с наказанията по чл. 312, ал. 1 от Кодекса за застраховането.

(2) При повторно нарушение се налагат наказанията по чл. 312, ал. 3 от Кодекса за застраховането.

(3) Нарушенията по ал. 1 и 2 се установяват с актове на длъжностни лица от администрацията на Комисията за финансов надзор, оправомощени за това от нейния заместник-председател, ръководещ управление „Застрахователен надзор“. Наказателните постановления се издават от заместник-председателя на Комисията за финансов надзор, ръководещ управление „Застрахователен надзор“.

2. Алинеи 4 - 9 се отменят.

§ 15. В § 1 от Допълнителните разпоредби се правят следните изменения:

1. Точки 4 и 6 се отменят.

2. В т. 11 думите „дружествата за доброволно здравно осигуряване“ се заменят със „застрахователите по чл. 83, ал. 1“.

3. Точка 12 се отменя.

4. В т. 14 думите „дружество за доброволно здравно осигуряване“ се заменят със „застраховател по чл. 83, ал. 1“.

5. Точка 19 се отменя.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 16. (1) В едногодишен срок от влизането в сила на този закон заварените здравноосигурителни дружества с лицензия за дейност по доброволно здравно осигуряване по реда на Закона за здравното осигуряване привеждат дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането и подават заявление до Комисията за финансов надзор за издаване на лиценз за извършване на застраховане по раздел II, буква „А“, т. 2 или т. 1 и 2 от приложение № 1 към Кодекса за застраховането.

(2) Комисията за финансов надзор може да откаже издаване на лиценз на основанията по чл. 34 от Кодекса за застраховането.

(3) Издадените лицензии за извършване на дейност по доброволно здравно осигуряване са валидни до привеждането на дейността в съответствие с Кодекса за застраховането и произнасянето на Комисията за финансов надзор, съответно до изтичане на срока за привеждане на дейността в съответствие с Кодекса за застраховането, когато не са били представени доказателства за нейното привеждане в съответствие.

(4) За получаването на лиценз по реда на ал. 1 здравноосигурителните дружества не дължат държавна такса.

§ 17. Заварените здравноосигурителните дружества, получили лицензия за дейност по доброволно здравно осигуряване по реда на Закона за здравното осигуряване, до получаването на лиценз за извършване на застраховане, съответно до изтичане на срока за привеждане на дейността в съответствие с Кодекса за застраховането, извършват дейността си по реда на глава трета от Закона за здравното осигуряване преди изменението ѝ с този закон, като се прилагат и чл. 99к-99н.

§ 18. (1) Заварените здравноосигурителните дружества, които не са привели дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането, в срока по § 16, ал. 1 подават в Комисията за финансов надзор заявление:

1. за преобразуване чрез сливане със или вливане в застраховател, получил лиценз за извършване на застраховане по раздел II от приложение № 1 към Кодекса за застраховането, включително да прехвърлят изцяло или частично своя портфейл от здравноосигурителни договори в процедурата по преобразуването, или

2. за прехвърляне изцяло на своя портфейл от здравноосигурителни договори или част от него на застраховател, получил лиценз за извършване на застраховане по раздел II от приложение № 1 към Кодекса за застраховането, извън процедурата по т. 1 и да се открие процедура по прекратяване, или

3. за прекратяване на дейността си по реда на Кодекса за застраховането независимо от това, дали завареното здравноосигурително дружество е прехвърлило или не портфейла от здравноосигурителни договори.

(2) След прехвърлянето на застраховател на портфейл от здравноосигурителни договори те се трансформират в застрахователни договори по т. 2 от раздел II на приложение № 1 към Кодекса за застраховането при запазване на всички условия по тях.

(3) Прекратяването и процедурите по преобразуване, прехвърляне на портфейл от здравноосигурителни договори, ликвидация и несъстоятелност се осъществяват по реда на Кодекса за застраховането.

§ 19. Договорите за доброволно здравно осигуряване, които са в сила към датата на влизане в сила на този закон, запазват действието си до изтичането на срока, за който са сключени, но не по-късно от една година от влизането в сила на този закон. Когато договор за доброволно здравно

осигуряване, действащ при влизането в сила на този закон, изтича на дата, предхождаща датата, на която изтича едногодишният период от влизането в сила на този закон, договорът може да бъде подновен за нов срок, който не може да бъде след срока по изречение първо, освен ако към датата на подновяването дружеството за доброволно здравно осигуряване, което подновява договора, е получило лиценз за застраховател съгласно § 16. Предходното изречение се прилага и по отношение на нови договори.

§ 20. Договорите по раздел I, т. 4 и 6 и по раздел II, буква „А”, т. 2 от приложение № 1 към Кодекса за застраховането, които са в сила към датата на влизане в сила на този закон, запазват действието си до изтичането на срока, за който са сключени, като срокът им не може да се продължава.

§ 21. В срок до 7 дни от влизането в сила на този закон лечебните заведения, към които има разкрити ТЕЛК, извършващи освидетелстване (преосвидетелстване) на деца до 16-годишна възраст, са длъжни да осигурят участието на специалист по детски болести в състава на ТЕЛК.

§ 22. В Кодекса за застраховането (обн., ДВ, бр. 103 от 2005 г.; изм., и доп., бр. 105 от 2005 г., бр. 30, 33, 34, 54, 59, 80, 82 и 105 от 2006 г., бр. 48, 53, 97, 100 и 109 от 2007 г., бр. 67 и 69 от 2008 г., бр. 24 от 2009 г. и бр. 41, 43, 86 и 100 от 2010 г.) се правят следните изменения и допълнения:

1. В чл. 1 ал. 2 се изменя така:

„(2) Разпоредбите на този кодекс не се прилагат за дейността по допълнително социално осигуряване, доколкото друго не е предвидено в закон.”

2. В чл. 9, ал. 1 след думата „Злополука” се добавя „и застраховка „Заболяване”, като застраховател, лицензиран само по т. 1 и/или 2 от раздел II, буква „А”, може да получи допълнителен лиценз за нов вид застраховка по раздел II, а застраховател, лицензиран по раздел I, може да получи допълнителен лиценз за нов вид застраховка по т. 1 и/или 2 от раздел II, буква „А”.

3. В чл. 11 се създават ал. 3 и 4:

„(3) Когато застрахователното акционерно дружество е лицензирано само по т. 2 или т. 1 и 2 от раздел II, буква „А” от приложение № 1, фирмата му може да съдържа поотделно или в комбинация думите „доброволен”, „здравен” и „осигуряване” или техни производни на български или на чужд език.

(4) Лице, което не отговаря на изискванията по ал. 3, не може да използва в своето наименование, в рекламната си или друга дейност в комбинация думите "здравен" и "осигуряване" или техни производни на български или на чужд език. Забраната по изречение първо не се прилага за Националната здравноосигурителна каса и нейните подразделения."

4. Създава се раздел IV в глава деветнадесета „Имуществено застраховане“:

„Раздел IV

Здравно (медицинско) застраховане

Договор за медицинска застраховка

Чл. 222а. (1) С договора за медицинска застраховка застрахователят се задължава да поеме рискове, произтичащи от заболяване или злополука, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, срещу получаване на застрахователна премия.

(2) С договора за медицинска застраховка застрахователят може да поеме и финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, свързани с профилактика на застрахованото лице, бременност, раждане и други.

(3) С договора за медицинска застраховка застрахователят може да поеме финансовото обезпечаване и на други стоки и услуги, свързани със здравно обслужване на застрахованото лице, включително транспорт, специализирано обгрижване и палиативни грижи.

(4) В договора за медицинска застраховка може да се определи максимален размер на задължението на застрахователя под формата на застрахователна сума или като обем и обхват на здравните услуги и стоки, които се предоставят за определен срок.

(5) С договора за медицинска застраховка застрахователят може да се задължи да възстановява в пари извършени разходи от застрахованото лице или да предоставя съответните стоки и услуги чрез изпълнители, с които е сключил договор.

(6) Договорът за медицинска застраховка може да бъде безсрочен, като в този случай застрахователната премия не може да се увеличава вследствие на възрастта на застрахованото лице или на влошаването на здравословното му състояние.

(7) С договора за медицинска застраховка могат да се покриват рискове, свързани със загуба на доход, вследствие на злополука или заболяване, като застрахователят се задължава да компенсира чрез

еднократни или периодични плащания загубата на доход на застрахованото лице.”

5. Създават се чл. 241а и 241б:

„Постоянна здравна застраховка

Чл. 241а. (1) С договора за постоянна здравна застраховка застрахователят се задължава да извършва регулярни плащания на застрахованото лице за компенсирание на загуба на доход вследствие на злополука или заболяване.

(2) Обезщетението по постоянна здравна застраховка се изплаща до пълното възстановяване на застрахованото лице, съответно до придобиване на право за получаване на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Покриване на здравни рискове по допълнителна застраховка

Чл. 241б. (1) Допълнителната застраховка по раздел I от приложение № 1 се сключва като допълнително покритие към другите застраховки към същия раздел.

(2) За покриване за здравни рискове по допълнителна застраховка застрахователят дължи еднократна сума или периодични плащания в съответствие с условията, предвидени в договора.”

6. В раздел I от приложение № 1 се правят следните изменения:

а) в т. 4 буква „а” се отменя;

б) в т. 6 букви „ж” и „и” се отменят.

§ 23. В чл. 98, ал. 7 от Кодекса за социално осигуряване (обн., ДВ, бр. 110 от 1999 г., Решение № 5 на Конституционния съд от 2000 г. - бр. 55 от 2000 г.; изм. и доп., бр. 64 от 2000 г., бр. 1, 35 и 41 от 2001 г., бр. 1, 10, 45, 74, 112, 119 и 120 от 2002 г., бр. 8, 42, 67, 95, 112 и 114 от 2003 г., бр. 12, 21, 38, 52, 53, 69, 70, 112, 115 от 2004 г., бр. 38, бр. 39, 76, 102, 103, 104 и 105 от 2005 г., бр. 17, 30, 34, 56, 57, 59 и 68 от 2006 г.; попр., бр. 76 от 2006 г.; изм., бр. 80, 82, 95, 102 и 105 от 2006 г., бр. 41, 52, 53, 64, 77, 97, 100, 109 и 113 от 2007 г., бр. 33, 43, 67, 69, 89, 102 и 109 от 2008 г., бр. 23, 25 и 35, 41, 42, 95, 99 и 103 от 2009 г. и бр. 16, 19, 43, 49, 58, 59, 88, 97, 98 и 100 от 2010 г.) абривиатурата „ДЕЛК” се заличава.

§ 24. В Закона за данъците върху доходите на физическите лица (обн., ДВ, бр. 95 от 2006 г.; изм. и доп., бр. 52, 64 и 113 от 2007 г., бр. 28, 43 и 106 от 2008 г., бр. 25, 32, 35, 41, 82, 95 и 99 от 2009 г. и бр. 16, 49, 94 и 100 от 2010 г.) се правят следните изменения:

1. В чл. 23, т. 1 абривиатурата „ДЕЛК” се заличава.
2. В чл. 43, ал. 9 абривиатурата „ДЕЛК” се заличава.

§ 25. В чл. 5, т. 4 от Закона за данък върху застрахователните премии (ДВ, бр. 86 от 2010 г.) след думите „буква "А", т.” се добавя цифрата „2”.

§ 26. В Закона за здравето (обн., ДВ, бр. 70 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 46, 76, 85, 88, 94, 103 от 2005 г., бр. 18, 30, 34, 59, 71, 75, 81, 95, 102 от 2006 г., бр. 31, 41, 46, 59, 82, 95 от 2007 г., бр. 13, 102, 110 от 2008 г. и бр. 36, 41, 74, 82, 93, 99 и 101 от 2009 г., бр. 41, 42, 50, 59, 62, 98 и 100 от 2010 г. и бр. 8 от 2011 г.) се правят следните изменения и допълнения:

1. В чл. 83, ал. 7 след думите „здравното осигуряване” се поставя запетая и се добавя „както и за лица, за които се прилага схемата за здравно застраховане на Европейския съюз, установена в чл. 72 от Правилника за длъжностните лица на Европейските общности и Условието за работа на други служители, въведени с Регламент (ЕИО, Евратом, ЕОВС) № 259/68 на Съвета от 29 февруари 1968 г. относно определяне на Правилника за длъжностните лица и условията за работа на други служители на Европейските общности и относно постановяване на специални мерки, временно приложими за длъжностните лица на Комисията (ОВ, L 56/2 от 04.03.1968 г.).”

2. В чл. 103 ал. 5 се изменя така:

„(5) Експертизата на вида и степента на увреждане на децата до 16-годишна възраст се извършва от ТЕЛК и НЕЛК с участието на специалист по детски болести.”

3. Член 104а се отменя.
4. В чл. 106, ал. 3 абривиатурата „ДЕЛК” се заличава.
5. В чл. 107 се правят следните изменения:
 - а) в ал. 1 думите "ДЕЛК и" се заличават;
 - б) в ал. 2 абривиатурата "ДЕЛК" се заличава.
6. В чл. 108 навсякъде абривиатурата „ДЕЛК” се заличава.
7. В чл. 112, ал. 1, т. 3 думите „ДЕЛК и” се заличават.

§ 27. В Преходните и заключителните разпоредби на Закона за изменение и допълнение на Закона за здравето (обн., ДВ, бр. 41 от 2009 г.; изм. и доп., бр. 98 от 2010 г.) се създава § 65а:

„§ 65а. В случаите, когато няма разкрити детски експертни лекарски комисии, експертизата на вида и степента на увреждане по подадените след 1 юли 2009 г., заявления за освидетелстване (преосвидетелстване) на деца до 16-годишна възраст се извършва от ТЕЛК с участието на специалист по детски болести.”

§ 28. В Закона за Комисията за финансов надзор (обн., ДВ, бр. 8 от 2003 г.; изм. и доп., бр. 31, 67, 12 от 2003 г., бр. 85 от 2004 г., бр. 39, 03 и 105 от 2005 г., бр. 30, 56, 59, и 84 от 2006 г., бр. 52, 97 и 109 от 2007 г., бр. 67 от 2008 г., бр. 24 и 42 от 2009 г. и бр. 43 и 97 от 2010 г.) се правят следните изменения:

1. В чл. 1, ал. 2 т. 2 се изменя така:

„2. дейността на застрахователите съгласно Кодекса за застраховането и Закона за здравното осигуряване и дейността на презастрахователите, застрахователните брокери и застрахователните агенти съгласно Кодекса за застраховането;”

2. В чл. 13:

а) в ал. 1:

аа) в т. 5 думите „Кодекса за социално осигуряване и Закона за здравното осигуряване” се заменят с „и Кодекса за социално осигуряване”;

бб) в т. 10 и 11 думите „Закона за здравното осигуряване” се заличават;

б) в ал. 2 думите „Закона за здравното осигуряване” се заличават.

3. В чл. 16, ал. 1, т. 15 думите „и Закона за здравното осигуряване” се заличават.

4. В чл. 24, ал. 5, т. 1 думите „Кодекса за социално осигуряване и Закона за здравното осигуряване” се заменят с „и Кодекса за социално осигуряване”.

5. В чл. 27, ал. 1:

а) в т. 1 думите „Закона за здравното осигуряване” се заличават;

б) в т. 5 думите „или по нов здравноосигурителен пакет” се заличават.

6. В чл. 30, ал. 1 т. 8 се отменя.

§ 29. В Закона за лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 62 от 1999 г.; изм. и доп., бр. 88, 113 и 114 от 1999 г., бр. 36, 65 и 108 от 2000 г.; Решение № 11 на Конституционния съд от 2001 г. - бр. 51 от 2001 г.; изм. и доп., бр. 28 и 62 от 2002 г., бр. 8, 102 и 114 от 2003 г., бр. 70 от 2004 г., бр. 46, 76, 85, 88 и 105 от 2005 г., бр. 30, 34, 59 и 105 от 2006 г., бр. 31, 53 и 59 от 2007 г., бр. 110 от 2008 г.,

бр. 36, 41, 99 и 101 от 2009 г. и бр. 38, 59, 98 и 100 от 2010 г.) се правят следните изменения:

1. В чл. 55:

а) в ал. 2 думата „ликвидаторите” се заменя с „ликвидатор или ликвидатори”;

б) алинея 3 се отменя.

2. В чл. 95, ал. 1 т. 2 се изменя така:

„2. да сключват договори със застрахователи, лицензирани по раздел II, буква „А”, т. 2 или т. 1 и 2 от приложение № 1 към Кодекса за застраховането.”

§ 30. В чл. 16, ал. 4 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки (обн., ДВ, бр. 83 от 2003 г.; изм. и доп., бр. 88 от 2005 г., бр. 71 от 2006 г., бр. 36 и 41 от 2009 г. и бр. 98 от 2010 г.) думите „дружествата за доброволно здравно осигуряване” се заменят със „застрахователите, лицензирани по раздел II, буква „А”, т. 2 или т. 1 и 2 от приложение № 1 от Кодекса за застраховането”.

§ 30. В чл. 161 от Търговския закон (обн., ДВ, бр. 48 от 1991 г.; изм., бр. 25 от 1992 г., бр. 61 и 103 от 1993 г., бр. 63 от 1994 г., бр. 63 от 1995 г., бр. 42, 59, 83, 86 и 104 от 1996 г., бр. 58, 100 и 124 от 1997 г., бр. 39, 52 и 70 от 1998 г., бр. 33, 42, 64, 81, 90, 103 и 114 от 1999 г., бр. 84 от 2000 г., бр. 28, 61 и 96 от 2002 г., бр. 19, 31 и 58 от 2003 г., бр. 31, 39, 42, 43, 66, 103 и 105 от 2005 г., бр. 38, 59, 80 и 105 от 2006 г., бр. 59, 92 и 104 от 2007 г., бр. 50, 67, 70, 100 и 108 от 2008 г., бр. 12, 23, 47 и 82 от 2009 г. и бр. 41 и 101 от 2010 г.) ал. 3 се изменя така:

„(3) Минималният размер на капитала, необходим за извършване на банкова и застрахователна дейност, се определя с отделен закон.”

Законът е приет от 41-ото Народно събрание на
2011 г. и е подпечатан с официалния печат на Народното събрание.

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
НАРОДНОТО СЪБРАНИЕ:**

(Цецка Цачева)

М О Т И В И

към проекта на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване

Проектът на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване е изготвен с оглед съобразяване на дейността по доброволното здравно осигуряване с изискванията на Европейското законодателство в областта на застраховането, предвидени с:

- Директива 73/239/ЕИО на Съвета относно координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби относно достъпа до и упражняването на пряка застрахователна дейност, различна от животозастраховане;

- Втора директива 88/357/ЕИО на Съвета относно координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби, отнасящи се до прякото застраховане, различно от животозастраховането, и формулираща разпоредби за улесняване ефективното упражняване на свободата на предоставяне на услуги и изменяща Директива 73/239/ЕИО;

- Директива 92/49/ЕИО на Съвета 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 общо застраховане) с последващите им изменения и допълнения;

- Директива 98/78/ЕО на Европейския парламент и на Съвета относно допълнителния надзор върху застрахователни предприятия, които са част от застрахователна група;

- Директива 2001/17/ЕО на Европейския парламент и на Съвета относно реорганизирането и ликвидацията на застрахователните дружества.

Цитираните директиви се отменят с Директива 2009/138/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 25 ноември 2009 г. относно започването и упражняването на застрахователна и презастрахователна дейност (Платежоспособност II) считано от 1 ноември 2012 г. поради тяхното включване в нея.

- Директива 2002/87/ЕО на Европейския парламент и на Съвета относно допълнителния надзор на кредитните институции, застрахователните предприятия и на инвестиционните посредници към един финансов конгломерат и за изменение на директиви 73/239/ЕИО, 79/267/ЕИО, 92/49/ЕИО, 92/96/ЕИО, 93/6/ЕИО и 93/22/ЕИО на Съвета и директиви

98/78/ЕО и 2000/12/ЕО на Европейския парламент и на Съвета, изменена с Директива 2005/1/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2005 г. за изменение на директиви 73/239/ЕИО, 85/611/ЕИО, 91/675/ЕИО, 92/49/ЕИО и 93/6/ЕИО на Съвета и Директиви 94/19/ЕО, 98/78/ЕО, 2000/12/ЕО, 2001/34/ЕО, 2002/83/ЕО и 2002/87/ЕО с цел въвеждане на нова организационна структура на комитетите за финансови услуги и с Директива 2008/25/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 11 март 2008 г. за изменение на Директива 2002/87/ЕО относно допълнителния надзор на кредитните институции, застрахователните предприятия и на инвестиционните посредници към един финансов конгломерат по отношение на изпълнителните правомощия, предоставени на Комисията.

Дейността по доброволното здравно осигуряване така, както е уредена съгласно разпоредбите на чл. 3, ал. 2 и глава трета от Закона за здравното осигуряване, не се различава по своята същност от застраховането на рискове, свързани със здравословното състояние на потребителите на застрахователни услуги, както е предвидено по застраховка „Заболяване”, дефинирана в т. 2 от раздел II, буква „А” на приложение № 1 към Кодекса за застраховането. Здравното застраховане недвусмислено се приема като част от общото застраховане (застраховането, различно от животнозастраховането) и по смисъла на цитираните по-горе директиви.

Съгласно чл. 1 от Директива 73/239/ЕИО директивата се прилага за започването и извършването на търговска дейност по застраховане, а съгласно т. 2 от буква „А” на Анекса към директивата видът застраховка „Заболяване” се определя при следната класификация на рисковете: „фиксиран парични обезщетения”, „обезщетения с възстановителен характер” и „съчетание между двете”.

Доброволното здравно осигуряване се извършва от стопански субекти, които са самостоятелни и действат на търговски принцип – здравноосигурителни акционерни дружества. Те от своя страна възстановяват разходите за здравно обслужване на осигурените лица при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи или при такива случаи осигуряват предоставянето на определени здравни услуги и стоки на осигурените лица чрез определени изпълнители на медицинска помощ, с които здравноосигурителните дружества са сключили договор, и чиито услуги се заплащат от здравноосигурителните дружества. От тази гледна точка дейността по доброволно здравно осигуряване попада в общата дефиниция на приложното поле на директивите по застраховане, различно от животнозастраховането.

Директивите споменават здравното застраховане изрично:

Член 7, параграф 2, буква „в” от Директива 73/239/ЕИО - нейното приемане позволява на Федерална република Германия да запази на своята територия и за период от 4 години забраната за извършване на здравно застраховане едновременно с друг вид застраховка.

В т. 25 от преамбюла на Третата директива за общо застраховане се предвижда, че този режим вече не е оправдан и се обосновава неговото премахване, което намира своето отражение чрез изменение на чл. 7 от Директива 73/239/ЕИО.

Член 54 от Третата директива за общо застраховане предвижда специална уредба на здравното застраховане, което може да служи като частична или пълна алтернатива на покритието, предоставяно от установена със закон социалноосигурителна система, като здравното застраховане, което може в определени случаи да замести задължителното здравно осигуряване съгласно определени повелителни разпоредби на държавите членки, и също трябва да се подчини на режима на застрахователните директиви.

По смисъла на застрахователните директиви осигуряването на покритие на рискове, свързани със здравето, е неразделна част от дейността по общо застраховане, и са приложими всички разпоредби на правото на Европейския съюз в тази област.

Уредбата на дейностите по доброволно здравно осигуряване и застраховане, така както са дефинирани в българското законодателство със Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и с Кодекса за застраховането (КЗ), не се различава по своята същност, но за дейността по доброволно здравно осигуряване не е приложено правото на Европейския съюз.

Принципът и на двете дейности е поемането и покриването на рискове.

Застрахователите, които извършват дейност по общо застраховане, могат да покриват всички рискове, които подлежат на застраховане, така както са определени в приложение № 1 към КЗ, като не съществуват пречки застраховател да поиска и да получи лиценз само за покриване на здравни рискове (по застраховка „Заболяване”, съгласно т. 2 на буква „А” от раздел II на приложение № 1 към КЗ).

Здравноосигурителните дружества от своя страна поемат рискове, които са свързани с финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки.

Разликата между рисковете, поемани при двете дейности, е ограничена до това, че здравноосигурителните дружества могат да покриват само здравни рискове, докато застрахователите могат да покриват всички

рискове, присъщи за дейността по общо застраховане, включително здравни рискове.

И при двете дейности се извършва набиране и разходване на парични средства посредством събиране на премии и извършване на плащания.

И КЗ и ЗЗО използват един и същ термин – „премия” за обозначаване на плащането на потребителите на застрахователните или здравноосигурителните услуги, срещу което те си осигуряват застрахователна или здравноосигурителна защита.

При настъпване на застрахователно или здравноосигурително събитие възниква задължение за застрахователя, съответно за здравноосигурителното дружество, да обезпечи (чрез плащане) предоставянето на здравни стоки или услуги:

- застрахователите чрез изплащане на „обезщетения или парични суми”,

- здравноосигурителните дружества чрез възстановяване на разходи за здравно обслужване или чрез абонаментно обслужване, предоставено от изпълнител на здравна помощ, с който здравноосигурителното дружество трябва да е сключило договор.

Изпълнението на задължението на здравноосигурителното дружество чрез възстановяване на разходи се припокрива с типичната дейност на застрахователите по пряко обезщетяване на лицето, което е претърпяло вреда в резултат на застрахователно събитие.

Изпълнението на задължението на здравноосигурителното дружество чрез осигуряване на абонаментно обслужване също така се припокрива с това на застрахователя, където той осигурява възстановяване на вреди, настъпили вследствие от застрахователното събитие чрез предоставянето на услуги в натура посредством лице, с което се намира в договорни отношения и на което заплаща за извършените услуги и предоставените стоки.

Застрахователите и здравноосигурителните дружества изпълняват своите задължения към потребителите на техните услуги по един и същ начин, чрез заплащане на необходимите услуги и стоки, като единствената разлика е, че застрахователят може да обезпечи изпълнението на своите задължения, като изплати фиксирана парична сума без оглед на действително използваните услуги и стоки.

Двата вида дружества извършват своята дейност при спазване на принципа на доброволността, като при застраховането по изключение се

допуска съществуването на задължително застраховане - по изрична разпоредба на закон или международен договор.

Двете дейности се осъществяват чрез сключването и изпълнението на договори, които имат съвпадащ предмет и съдържание, като определят:

- покритието, съответно изключенията от покритие;
- условията, редът и сроковете за заплащане на премиите;
- задълженията на застрахователя, срока за плащане и начина за определяне на размера на плащанията и условията и реда за ползване на здравните услуги и за получаване на здравните стоки, съответно условията, реда и сроковете за възстановяване на направени разходи от здравноосигурителното дружество, и

- Законът за здравното осигуряване по отношение на здравноосигурителните договори изрично препраща към КЗ.

Нормативните изисквания към двата вида договори са уеднаквени до такава степен, че те се различават един от друг преди всичко по своето наименование.

Застраховането и доброволното здравно осигуряване са подчинени на идентични технически изисквания, каквито са изискванията за:

- образуване и поддържане на технически резерви и на здравноосигурителни резерви; изискванията и към двата вида резерви са идентични и са определени с един и същ подзаконов нормативен акт – Наредба № 27 от 29 март 2006 г. за реда и методиката за образуване на техническите резерви от застрахователите и от презастрахователите и на здравноосигурителните резерви;

- поддържане на собствени средства в размер на границата на платежоспособност; изисквания към собствените средства и за изчисляването на границата на платежоспособност на двете категории лица са определени по еднакъв начин в един подзаконов нормативен акт - Наредба № 21 от 16 март 2005 г. за собствените средства и границата на платежоспособност на застрахователите, презастрахователите и здравноосигурителните дружества.

Счетоводното отчитане за надзорни цели на здравноосигурителните дружества и на застрахователите и принципите, на които то се основава, както и формата и съдържанието на годишните и периодичните финансови отчети са едни и същи, определени с един подзаконов нормативен акт - Наредба № 30 от 19 юли 2006 г. за изискванията към счетоводството, формата и съдържанието на финансовите отчети, справките, докладите и приложенията на застрахователите и на здравноосигурителните дружества.

Съгласно изложеното дейността по доброволното здравно осигуряване съгласно действащото българско законодателство не може да се разграничи по съществени характеристики от дейността по застраховане на здравни рискове и е необходимо прилагането на законодателството на Европейския съюз, уреждащо дейността на застрахователите по общо застраховане, към дейността по доброволно здравно осигуряване.

Въпреки идентичността, в същността на здравноосигурителната и застрахователната дейност съществуват определени значителни различия в регулирането и надзора на двете дейности. Стандартите, приложими към здравноосигурителните дружества, са силно занижени и не отговарят на съвременните стандарти за регулиране и надзор на дружества от финансовия сектор. Най-значимите различия в регулирането на двата сектора са в следните насоки:

Изисквания при започване на дейност, приложими в процедурата по издаване на лиценз:

I. По отношение на капитала:

- Минималният капитал на здравноосигурително дружество при подаване на заявление за лицензия е 500 хил. лв., като до 3 години след лицензирането трябва да достигне 2 млн. лв. Вноските в капитала могат да бъдат изцяло със заемни средства.

- Минималният капитал на застраховател по общо застраховане, който предлага застраховка „Заболяване”, е 4,6 млн. лв., като вноските в капитала са само парични и не могат да се правят със заемни средства, със средства с недоказан произход или със средства, получени в резултат от незаконна дейност.

II. По отношение на членовете на управителните и надзорните органи:

- При здравноосигурителното дружество трябва да отговарят на определени формални и занижени изисквания за наличие на професионален опит и квалификация и да са най-общо с добра репутация.

- При застрахователя трябва да отговарят на високи изисквания за наличие на професионален опит и квалификация и да са с добра репутация.

III. По отношение на придобиването на акционерно участие:

- При здравноосигурително дружество за придобиване на повече от 10 на сто от капитала от местно или чуждестранно лице е необходимо в 14-дневен срок след придобиването на участието да бъде уведомена Комисията за финансов надзор. Не са предвидени изисквания за участия под 10 на сто.

- При застраховател за придобиване на участие повече от 10 на сто от капитала, както и при увеличаване на участието на 20, 33 или повече от 50 на сто всяко лице, което желае да придобие такова участие, трябва предварително да бъде одобрено, като бъде безспорно установено (до крайния бенефициент на участието) и трябва да отговаря на изисквания за платежоспособност, опит и добра репутация. За участия повече от 1 на сто от капитала лицата, които желаят да ги придобият, са длъжни да се идентифицират, да докажат произхода на средствата си и че те не са заемни, както и да декларират своите свързани лица.

IV. По отношение на програмата за дейността:

- При здравноосигурително дружество прогнозата за дейността съдържа ограничена и недостатъчна информация, въз основа на която не може да се преценява по същество нейната надеждност, адекватност и изпълнимост.

- При застраховател програмата за дейността трябва да отразява реалистично особеностите на пазара и тяхното влияние върху дейността на застрахователя, обема на извършваната дейност, финансовите, трудовите и другите ресурси, както и другите фактори, които имат отношение към нейното изпълнение в поставените срокове.

Изисквания към дейността след получаването на лиценз и изисквания към управителния орган:

I. Извън общите изисквания по Търговския закон не са предвидени специфични изисквания към дейността на здравноосигурителното дружество и неговия управителен орган:

- няма предвидени правила, на които да се подчинява оценката на риска и формирането на премиите;

- няма предвидени правила за уреждане на претенции.

II. Управителният орган на застрахователя е длъжен:

- да приеме управленска и организационна структура на застрахователя, определяща включително ръководните длъжности и техните функции и правомощия; да изготвя, приема и изпълнява програма за дейността на застрахователя за срок 3 години, която актуализира ежегодно;

- да приема и изпълнява правила за организация на оперативния контрол, включително правила и процедури за изпълнение и отчитане дейността на отделните организационни звена;

- да създаде и поддържа в актуално състояние информационна система, в която информацията може да бъде обработвана, оформяна,

съхранявана и архивирана на хартиен и/или на друг траен носител съобразно вътрешните актове на застрахователя;

- да създаде специализирана служба за вътрешен контрол, чийто ръководител се избира от общото събрание на акционерите.

III. Разпоредбите на ЗЗО не предвиждат подробни правила за диверсификация на активите, а се ограничават до изчерпателно изброяване на инвестициите на здравноосигурителните резерви при съответните ограничения. Инвестирането на собствените средства и на здравноосигурителните резерви е ограничено до националния ни пазар и не осигуряват надлежно прилагане на свободата на движение на капитали, което е в противоречие с Договора за функционирането на Европейския съюз и принципите на единния пазар, прогласени с него. Също така съществено ограничават инвестиционните възможности на здравноосигурителните дружества.

IV. Със ЗЗО надзорните правомощия на Комисията за финансов надзор и нейния заместник-председател, ръководещ управление „Застрахователен надзор”, са силно ограничени, състоящи се в налагането на санкции при нарушение на определени законови изисквания. Принудителни административни мерки могат да бъдат налагани само в някои случаи. С КЗ е въведен последователен, гъвкав и надежден механизъм за въздействие, състоящ се от налагане на санкции и/или разнообразни и ефективни принудителни административни мерки, насочени към гарантиране стабилността на застрахователя и максимална защита на интересите на застрахованите лица.

Съществуването на такива занижени регулаторни и надзорни стандарти не е допустимо на никакво правно основание и не се оправдава от изисквания за целесъобразност или обществен интерес, доколкото съществуващата правна уредба на дейността по доброволно здравно осигуряване не съдържа достатъчно гаранции за финансовата и организационната стабилност на здравноосигурителните дружества, с което правата и интересите на потребителите на здравните услуги не са гарантирани в достатъчна степен.

В допълнение на изложеното с писма от 13 август 2009 г. (реф. Ares (2009)206807), от 7 май 2010 г. (реф. Ares (2010)245940) и напомняне от 26 август 2010 г. - реф. Ares (2010)537365, Главна дирекция „Вътрешен пазар и услуги” към Европейската комисия подчертава, че дейността на предприятия, които предлагат допълнителни здравни осигуровки, сключвани доброволно и осигуряващи здравно покритие, вече включено в законоустановената система за социално осигуряване, трябва да бъде регламентирана в съответствие с европейските директиви по общо застраховане, различно от

животозастраховането. На 25 ноември 2010 г. Европейската комисия е изпратила официално уведомително писмо за нарушение № 2010/2156, с което е поставено началото на досъдебната фаза на процедурата по нарушение на правото на ЕС (т. нар. *infringement proceedings*), уредена в чл. 258 от Договора за функциониране на ЕС. С приемането на законопроекта се цели отстраняване на посочените от Европейската комисия нарушения на европейското законодателство.

Предлаганите промени в нормативната уредба на доброволното здравно осигуряване са насочени към привеждане на изискванията за извършване на дейността съгласно правото на Европейския съюз и в частност с цитираните по-горе застрахователни директиви.

Това се постига, като здравноосигурителните дружества стават застрахователи и за тях се прилагат всички изисквания за застрахователите, като този подход е предложен в проекта за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване.

Основните характеристики на следвания подход са:

- съществуващите здравноосигурителни дружества получават възможност да поискат и получат лиценз и за други видове застраховки, като по този начин икономически оползотворят увеличения си на 4,6 млн. лв. собствен капитал. В този случай губят правото да се наричат здравноосигурително дружество и се превръщат в обикновен застраховател по общо застраховане;

- съществуващите здравноосигурителни дружества получават и възможността да се ползват от възможностите на единния европейски пазар, като извършват дейност при свободата на предоставяне на услуги или правото на установяване в други държави членки;

- заличава се неясната разделителна линия между здравна застраховка и здравна осигуровка, която понастоящем съществува нормативно, но не и фактически. Предлага се нова уредба за здравното застраховане, като се въвеждат характеристики на стандартизиран застрахователен продукт, а именно договор за медицинска застраховка.

Концепцията на законопроекта се основава на един текст, с който се изяснява, че дейността се осъществява от лица, които са лицензирани по реда на Кодекса за застраховането и съответно се прилагат всички разпоредби на Кодекса за застраховането, като наименованието „здравноосигурително дружество“ може да се използва само от застраховател, който извършва дейност единствено и само по здравна (медицинска) застраховка, каквато е застраховка „Заболяване“ и в определени случаи и застраховка „Злополука“. В законопроекта понятието за здравните (медицинските) застраховки е използвано като събирателно за

рисковете по застраховка „Заболяване” и „Злополука”, тъй като проявлението на рисковете по тези застраховки неминуемо поражда необходимост от ползването на здравни услуги и стоки, свързани със здравното обслужване на застрахованото лице.

Предлаганите промени в Закона за здравното осигуряване предвиждат дейността по доброволно здравно осигуряване да се извършва от застрахователи, имащи право да извършват дейност по застраховка „Заболяване” (съгласно приложение № 1, раздел II, буква "А", т. 2 от Кодекса за застраховането) или по застраховка „Злополука” и „Заболяване” (съгласно приложение № 1, раздел II, буква "А", т. 1 и 2 от Кодекса за застраховането).

Дейността на дружествата по доброволно здравно осигуряване в момента не се облага с данък върху премиите, тъй като здравноосигурителните дружествата са извън обхвата на Кодекса за застраховането, съответно имат правен статут, различен от застрахователите. Със законопроекта тази дейност преимуществено се приравнява към вида застраховка „Заболяване”.

Настоящото предложение осигурява последователност на прилаганата фискална и данъчна политика по отношение на насърчаване развитието на доброволното здравно и пенсионно осигуряване, за което е предвидено и съответно специфично данъчно третиране в ЗКПО и ЗДДФЛ. Предлаганата промяна в действащия режим на облагане на застрахователните премии (договори) е с неутрален ефект. Размерът на очакваната данъчна загуба (пропуснати ползи) за републиканския бюджет като оценка на база застрахователни премии по застраховка „Заболяване” за 2009 г. е за приблизително 15 000 лв.

Предвижда се съществуващите здравноосигурителни дружества в едногодишен срок да приведат дейността си съгласно изискванията на Кодекса за застраховането и да подадат заявление за издаване на лиценз за застраховател по застраховките „Злополука” и „Заболяване”. Дружествата, които не приведат дейността си съгласно изискванията на Кодекса за застраховането или представените доказателства, не могат да доведат до заключение, че са изпълнили изискването за привеждане на дейността - преминават в процедура по ликвидация съгласно Кодекса за застраховането.

Със законопроекта изрично се изключват от задължението за внасяне на здравноосигурителни вноски лицата, за които се прилага схемата за здравно застраховане на Европейския съюз, установена в чл. 72 от Правилника за длъжностните лица на Европейските общности и Условието за работа на други служители, въведени с Регламент (ЕИО, Евратом, ЕОВС) № 259/68 на Съвета от 29 февруари 1968 г. С предложението се цели избягване на неяснота и практически проблеми при прилагането на Общата

система на ЕС за здравно застраховане на служителите на институциите на ЕС по отношение на българските граждани или постоянно пребиваващи в България лица.

Със законопроекта се предвиждат промени в Закона за здравето, по силата на които се закриват детските експертни лекарски комисии. Предвижда се освидетелстването (преосвидетелстването) на децата до 16-годишна възраст да се извършва от общите състави на ТЕЛК с участието на специалист по детски болести. Към настоящия момент на практика ДЕЛК не извършват експертиза на вида и степента на увреждане на децата до 16-годишна възраст и не издават експертни решения, тъй като има сериозни проблеми и редица затруднения при създаването на ДЕЛК и в много области от територията на страната не могат да се сформират такива. Това налага да се преосмисли необходимостта от съществуването на ДЕЛК предвид липсата на финансова и кадрова обезпеченост на тяхното сформирание и функциониране.

Със законопроекта се предвиждат промени в Закона за лечебните заведения, с които се намалява броят на ликвидаторите на лечебните заведения – търговски дружества. Целта на предложената промяна е облекчаване на процедурата по ликвидация, включително намаляване разходите за нейното извършване.

МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ:

(Бойко Борисов)