Р Е П У Б Л И К А Б Ъ Л Г А Р И Я

Н А Р О Д Н О С Ъ Б Р А Н И Е

Проект

З А К О Н

за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване

(Обн., ДВ, бр. 70 от 1998 г.; изм. и доп., бр. 93 и 153 от 1998 г., бр. 62, 65, 67, 69, 110 и 113 от 1999 г., бр. 1 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, 99 и 101 от 2009 г., бр. 19, 26, 43, 49, 58, 59, 62, 96, 97, 98 и 100 от 2010 г. и бр. 9, 60, 99 и 100 от 2011 г.)

§ 1. В чл. 1, ал. 2 думите „здравноосигурителни премии” се заменят с „премии” и 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. 18, ал. 2 цифрата „6” се заменя с „3”.

§ 4. В чл. 19, ал. 7, т. 15 цифрата „4” се заменя с „5”.

§ 5. В чл. 23, ал. 1, т. 11 след думите „т. 2” се добавя „и ал. 2, т. 3”.

§ 6. В чл. 37 ал. 1 се изменя така:

„(1) За всяко посещение при лекаря или при лекаря по дентална медицина, както и за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно, лицата по чл. 33 заплащат на лекаря, на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение суми, определени с постановление на Министерския съвет.”

§ 7. Създава се чл. 40б:

„Чл. 40б. (1) Задължително здравноосигурените 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 условията за работа на други служители на Европейския съюз, 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 4 март 1968 г.) могат да не заплащат здравноосигурителни вноски за времето, през което се прилага по отношение на тях схемата за здравно застраховане на Европейския съюз, след предварително подадено заявление до Националната агенция за приходите.

(2) Лицата по ал. 1 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.

(3) Здравноосигурителните права на лицата по ал. 1 се възстановяват по реда на чл. 40а, ал. 2-5.”

§ 8. В чл. 45 се правят следните изменения и допълнения:

1. В ал. 1 се създава т. 15:

„15. здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето.”

2. В ал. 2 думите „т. 11 и 12” се заменят с „т. 11, 12 и 15”.

3. В ал. 3 накрая се поставя запетая и се добавя „както и на здравните дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето”.

4. Алинея 10 се изменя така:

„(10) За лекарствените продукти, включени в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 5, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, НЗОК договаря с притежателите на разрешенията за употреба или с техни упълномощени представители отстъпки от стойността за опаковка, изчислена на база референтната стойност на съответния лекарствен продукт, за който НЗОК заплаща, при условия, по критерии и ред, определени с наредбата по ал. 9.”

5. Създават се нови ал. 11 - 13:

„(11) Договорената отстъпка от стойността по ал. 10 се разпределя пропорционално между НЗОК и здравноосигуреното лице при условия и по ред, определени с наредбата по ал. 9.

(12) Аптеките, сключили договор с НЗОК, не могат да начисляват върху сумата, заплащана от здравноосигуреното лице, размера на договорената отстъпка по ал. 10 от стойността, която НЗОК заплаща.

(13) За медицинските изделия, включени в списъка по чл. 30а от Закона за медицинските изделия, НЗОК договаря с производителите или търговците на едро с медицински изделия и/или с техните упълномощени представители отстъпки от стойността за съответната група медицински изделия при условия, по критерии и ред, определени с наредбата по ал. 9.”

6. Досегашната ал. 11 става ал. 14.

7. Досегашната ал. 12 става ал. 15 и в нея думите „чл. 55в” се заменят с „чл. 55е”.

8. Досегашната ал. 13 става ал. 16.

§ 9. Членове 55а - 55в се отменят.

§ 10. В чл. 55г се правят следните изменения и допълнения:

1. Създава се нова ал. 3:

„(3) За целите по ал. 1 изпълнителите на медицинска помощ са длъжни при поискване да предоставят на НЗОК/РЗОК информация по определени от НЗОК медицински и финансови параметри.“

2. Досегашните ал. 3 и 4 стават съответно ал. 4 и 5.

§ 11. В чл. 55д, ал. 9 думите „ал. 4” се заменят с „ал. 5”.

§ 12. Член 65 се изменя така:

„Чл. 65. Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да предоставят на НЗОК/РЗОК информация за извършената от тях дейност при определените в НРД условия, ред и обем.“

§ 13. В чл. 66 ал. 2 се отменя.

§ 14. Член 81 се изменя така:

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

§ 15. 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."

§ 16. 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 по т. 1 и 2 от раздел II, буква „А" на 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 медицинска помощ и от доставчиците на здравни стоки писмена информация и документи за изпълнената от тях здравна услуга или за 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.

§ 17. Член 84 се отменя.

§ 18. 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 с договори между изпълнителите на медицинска помощ и застрахователите по чл. 83, ал. 1."

2. Алинея 3 се отменя.

§ 19. Член 86 се отменя.

§ 20. В глава трета раздели II - V се отменят.

§ 21. 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 услуги съгласно застрахователния договор;".

2. В т. 3 думата „лицензия" се заменя с „лиценз".

3. 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 по съдържанието и изпълнимостта на застрахователните договори за медицинска застраховка по смисъла на чл. 222а, ал. 2 от Кодекса за застраховането, предлагани от застрахователите."

§ 22. 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, изречения първо и второ думите „дружествата за доброволно здравно осигуряване" се заменят със „застрахователите 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".

§ 23. 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:

1. глоба от 2000 до 10 000 лв. - за физическо лице;

2. имуществена санкция от 50 000 до 200 000 лв. - за юридическо лице или едноличен търговец.

(2) При повторно нарушение административното наказание по ал. 1, т. 1 е от 4000 до 20 000 лв., а по ал. 1, т. 2 - от 100 000 до 400 000 лв.

(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.

§ 24. В чл. 108, ал. 2, изречение второ думите „на здравноосигурителни дружества" се заличават.

§ 25. 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

§ 26. (1) В едногодишен срок от влизането в сила на закона заварените здравноосигурителни дружества с издадена 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 т. 2 или по т. 1 и 2 от раздел II, буква „А" на 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 до влизането в сила на този закон 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 дейността на заварените здравноосигурителни дружества в съответствие с Кодекса за застраховането, когато не са представени доказателства за привеждане в съответствие с Кодекса за застраховането.

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

§ 27. Заварените здравноосигурителните дружества с издадена лицензия за дейност по доброволно здравно осигуряване по реда на Закона за здравното осигуряване до получаването на лиценз за извършване на застраховане, съответно до изтичането на срока за привеждане на дейността в съответствие с Кодекса за застраховането по § 26, ал. 1, извършват дейността си по досегашния ред, като се прилагат и отменените разпоредби на чл. 99к-99н.

§ 28. (1) В едномесечен срок след изтичането на срока по § 26, ал. 1 заварените здравноосигурителните дружества, които не са привели дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането, 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 за прехвърляне изцяло или частично на своя портфейл от здравноосигурителни договори в процедурата по преобразуването, или

2. за прехвърляне изцяло на своя портфейл от здравноосигурителни договори или на 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 за откриване на 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) Заявление по ал. 1, т. 1- 3 може да се подаде и в срока по § 26, ал. 1.

(3) След прехвърлянето на застраховател на портфейл от здравноосигурителни договори те се считат за застрахователни договори по

т. 2 от раздел II на приложение № 1 към Кодекса за застраховането при запазване на всички условия по тях.

(4) Заварените здравноосигурителни дружества, които не са привели дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането в срока по § 26, ал. 1 или не са подали заявление в срока по ал. 1 или 2, подлежат на принудително прекратяване по реда на чл. 123 от Кодекса за застраховането.

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

§ 29. (1) 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.

(2) 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, не по-дълъг от една година от влизането в сила на този закон, освен ако към датата на подновяването дружеството за доброволно здравно осигуряване, което подновява договора, е получило лиценз за застраховател съгласно § 26.

(3) Алинея 2 се прилага съответно и при сключване на нови договори за доброволно здравно осигуряване.

§ 30. Договорите по раздел I, т. 4 и т. 6 и по раздел II, буква „А", т. 2 на 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.

§ 31. (1) Националната здравноосигурителна каса договаря стойността на медицинските изделия, предназначени за заболявания, включени в списъка по наредбата по чл. 45, ал. 3 от ЗЗО, при условия и по ред, утвърдени от Надзорния съвет на НЗОК, по предложение на управителя на НЗОК.

(2) Договорените по ал. 1 стойности се заплащат от НЗОК до приключване на процедурата по определяне на стойността, до която НЗОК

заплаща медицинските изделия, принадлежащи към една група, по реда на наредбата по чл. 30а, ал. 3 от Закона за медицинските изделия.

§ 32. В чл. 264 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (обн., ДВ, бр. 105 от 2005 г.; изм. и доп., бр. 30, 33, 34, 59, 63, 73, 82, 86, 95 и 105 от 2006 г., бр. 46, 52, 53, 57, 59, 108 и 109 от 2007 г., бр. 36, 69 и 98 от 2008 г., бр. 12, 32, 41 и 93 от 2009 г., бр. 15, 94, 98, 100 и 101 от 2010 г., бр. 14, 31, 77 и 99 от 2011 г. и бр. 26 от 2012 г.) се правят следните допълнения:

1. В ал. 1 се създава изречение трето:

„Прехвърлителят представя и удостоверение от Националната агенция за приходите за липса на задължения за здравноосигурителни вноски."

2. В ал. 2 се създава изречение второ:

„Прехвърлителят представя и удостоверение от Националната агенция за приходите за липса на задължения за здравноосигурителни вноски."

§ 33. 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 и 41 от 2009 г., бр. 19, 41, 43, 86 и 100 от 2010 г., бр. 51, 60 и 77 от 2011 г. и бр. 21 от 2012 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" от приложение № 1, 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 по 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 на 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 за нейните подразделения.”

4. В глава деветнадесета се създава раздел IV:

„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 др.

(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 влошаване 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 компенсиране 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:

а) в т. 4 буква „а” се отменя;

б) в т. 6:

аа) буква „ж” се отменя;

бб) буква „и” се отменя.

§ 34. В Закона за Комисията за финансов надзор (обн., ДВ, бр. 8 от 2003 г.; изм. и доп., бр. 31, 67 и 112 от 2003 г., бр. 85 от 2004 г., бр. 39, 103 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., бр. 43 и 97 от 2010 г., бр. 77 от 2011 г. и бр. 21 от 2012 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. 9 се отменя.

§ 35. В чл. 289 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (обн., ДВ, бр. 31 от 2007 г.; изм. и доп., бр. 19 от 2008 г., Решение № 5 на Конституционния съд от 2008 г. - бр. 65 от 2008 г.; изм. и доп., бр. 71 от 2008 г., бр. 10, 23, 41, 88 и 102 от 2009 г., бр. 59 и 98 от 2010 г. и бр. 9, 12, 60 и 61 от 2011 г.) се правят следните изменения и допълнения:

1. Досегашният текст става ал. 1.

2. Създава се ал. 2:

„(2) Притежател на разрешение за употреба, който не изпълни задължение, определено от наредбата по чл. 258, ал. 5, се наказва с имуществена санкция от 5000 до 10 000 лв., а при повторно извършване на същото нарушение - с имуществена санкция от 10 000 до 20 000 лв.”

§ 36. В Закона за лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 62 от 1999 г.; изм. и доп., бр. 88 и 113 от 1999 г.; попр., бр. 114 от 1999 г.; изм. и доп., 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. 83, 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., бр. 38, 59, 98 и 100 от 2010 г. и бр. 45 и 60 от 2011 г.) се правят следните изменения:

1. 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."

2. В чл. 96 т. 3 се изменя така:

„3. застрахователи, лицензирани по раздел II, буква „А", т. 2 или т. 1 и 2 от приложение № 1 към Кодекса за застраховането".

§ 37. В чл. 3, ал. 2, т. 4 от Закона за мерките срещу изпирането на пари (обн., ДВ, бр. 85 от 1998 г.; изм. и доп., бр. 1 и 102 от 2001 г., бр. 31 от 2003 г., бр. 103 и 105 от 2005 г., бр. 30, 54, 59, 82 и 108 от 2006 г., бр. 52, 92 и 109 от 2007 г., бр. 16, 36, 67 и 69 от 2008 г., бр. 22, 23 и 93 от 2009 г., бр. 88 и 101 от 2010 г. и бр. 16, 48, 57 и 96 от 2011 г.) думите „и здравноосигурителни дружества" се заличават.

§ 38. В § 1, т. 11, буква „в" от Допълнителните разпоредби на Закона за независимия финансов одит (обн., ДВ, бр. 101 от 2001 г.; изм. и доп., бр. 91 от 2002 г., бр. 96 от 2004 г., бр. 77 и 105 от 2005 г., бр. 30, 33, 62 и 105 от 2006 г., бр. 67 от 2008 г., бр. 95 от 2009 г., бр. 54 от 2010 г. и бр. 99 от 2011 г.) думата „здравноосигурителни" се заличава.

§ 39. 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., бр. 98 от 2010 г. и бр. 9 от 2011 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 към Кодекса за застраховането".

§ 40. В чл. 161 от Търговския закон (обн., ДВ, бр. 48 от 1991 г.; изм. и доп., 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., бр. 41 и 101 от 2010 г. и бр. 14, 18 и 34 от 2011 г.) ал. 3 се изменя така:

„(3) С отделен закон може да се определи друг минимален размер на капитала на определени акционерни дружества.”

§ 41. Законът влиза в сила от деня на обнародването му в „Държавен вестник”.

Законът е приет от 41-ото Народно събрание на ……..…... 2012 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 (ЗЗО) е изготвен с оглед отстраняване на несъответствията в нормативната уредба на дейността по доброволно здравно осигуряване в Република България и правото на Европейския съюз (ЕС) в областта на застраховането и закриване на стартираната от Европейската комисия по чл. 258 от Договора за функционирането на ЕС (ДФЕС) процедура за нарушение № 2010/2156 срещу Република България.

На 25 ноември 2010 г. Европейската комисия започна процедура за нарушение № 2010/2156 за неизпълнение на задълженията на Република България за привеждане на доброволното здравно осигуряване в съответствие с чл. 63 от ДФЕС и с разпоредбите на:

- 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 (Първа директива по застраховане, различно от животозастраховането), и

- 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).

На 27 януари 2012 г. Република България получи мотивирано становище на Европейската комисия по стартираната процедура за нарушение, което представлява втория и последен етап от досъдебната фаза на процедурата за нарушение, преди Европейската комисия да отнесе въпроса към Съда на ЕС.

Основното искане на Европейската комисия е България да прилага по отношение на дружествата за доброволно здравно осигуряване разпоредбите на посочените по-горе директиви в областта на застраховането, различно от животозастраховане, и по-специално разпоредбите на чл. 6, 8, 9, 13, 15, 16 (изменени или частично изменени с

Директива 92/49/ЕО) и 17 от Директива 73/239/ЕИО и чл. 22 и 23 от Директива 92/49/ЕИО. Става въпрос за изисквания относно разрешителното за упражняване на дейност, финансовия надзор, формирането на техническите резерви, установяването на граница на платежоспособност, включително гаранционния фонд, инвестициите в активи и съответствието на тези активи на техническите резерви.

България следва да изпълни и задълженията си съгласно чл. 63 от Договора за функциониране на ЕС, въвеждащ забрана за ограничаване на свободното движение на капитали, нарушени с разпоредбите на чл. 90д и 90ж от Закона за здравното осигуряване.

За да се избегне преминаването на процедурата по нарушение в съдебна фаза, се предлагат следните изменения в Закона за здравното осигуряване:

Съгласно действащата нормативна уредба здравноосигурителните дружества предлагат доброволно здравно застраховане, допълващо или в допълнение към покритието, гарантирано от системата за задължително здравно осигуряване в Република България, но нямат получен лиценз за извършване на застрахователна дейност по смисъла на чл. 6 от Първа директива по застраховане, различно от животозастраховането.

С предложените в § 16 (чл. 83, ал. 1 на ЗЗО) от законопроекта изменения дейността по доброволно здравно осигуряване ще бъде осъществявана от застрахователни 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.

По този начин се отстранява несъответствието с чл. 6 от Директива 73/239/ЕИО.

Със законопроекта се предвижда прелицензиране на здравноосигурителните дружества по Кодекса за застраховането в застрахователни акционерни дружества. По отношение на тях ще се прилагат всички изисквания, прилагани към застрахователните дружества, в т. ч.:

- правната форма на акционерно дружество, уредена в чл. 8, ал. 1 от Кодекса за застраховането (чл. 8 от Директива 73/239/ЕИО);

- предоставяне на програма за дейността (чл. 9 от Директива 73/239/ЕИО).

При сега действащия режим по ЗЗО програмата за дейността на здравноосигурителното дружество съдържа ограничена и недостатъчна информация, въз основа на която не може да се преценява по същество нейната надеждност, адекватност и изпълнимост. При застрахователното

дружество по общо застраховане, предлагащо здравни (медицински) застраховки, 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. Управителният орган на застрахователя е длъжен да изготвя, приема и изпълнява програмата за дейността за срок 3 години, която актуализира ежегодно (чл. 32 от Кодекса за застраховането).

- засилен финансов надзор над застрахователно предприятие (чл. 13 от Директива 73/239/ЕИО). Със ЗЗО надзорните правомощия на Комисията за финансов надзор и на нейния заместник-председател, ръководещ управление „Застрахователен надзор", са силно ограничени, състоящи се от налагането на санкции при нарушение на определени надзорни изисквания. Принудителни административни мерки могат да бъдат налагани само в някои случаи. С Кодекса за застраховането 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 (чл. 88 от Кодекса за застраховането).

- установяване на адекватни технически резерви и тяхното инвестиране (чл. 15 от Директива 73/239/ЕИО) и определяне на принципите за инвестиции на активи, покриващи техническите резерви на застрахователното дружество (чл. 22 от Директива 92/49/ЕИО), регламентирани в чл. 67-79 от Кодекса за застраховането.

- установяване на подходяща граница на платежоспособност и методите на изчисляване на тази граница (чл. 16 от Директива 73/239/ЕИО) – уредени в чл. 81 от Кодекса за застраховането;

- определяне на минималния размер на гаранционния капитал (чл. 17 от Директива 73/239/ЕИО) - чл. 82 от Кодекса за застраховането;

- определяне на степента, до която застрахователното (здравноосигурителното) дружество може да държи несъответстващи/несъпоставими активи (чл. 23 от Директива 92/49/ЕИО) – уредена в чл. 78, ал. 5 от Кодекса за застраховането.

С прилагането на посочените изисквания към здравноосигурителните дружества се отстранява несъответствието на действащата нормативна уредба с чл. 8, 9, 13, 15, 16 и 17 от Директива 73/239/ЕИО и чл. 22 и 23 от Директива 92/49/ЕИО.

Действащите разпоредби 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 (чл. 90д и 90ж от ЗЗО) и не осигурява надлежно прилагане свободата на движение на капитали, което е в противоречие с чл. 63 от Договора за функционирането на ЕС и с принципите на единния пазар, прогласени с него.

Това противоречие е премахнато с разпоредбата на § 20 от законопроекта, който отменя раздели II („Дейност по доброволно здравно осигуряване", включително чл. 90д и 90ж), III („Здравноосигурителни дружества и лицензиране"), IV („Преобразуване, прекратяване, ликвидация и несъстоятелност на здравноосигурителните дружества") и V („Държавен надзор върху дейността по доброволно здравно осигуряване") от глава трета.

Предложените в законопроекта изменения отстраняват напълно посочените в мотивираното становище на Европейската комисия несъответствия на действащия закон с правото на ЕС съюз в областта на доброволното здравно осигуряване, като целта е да се избегне стартиране на съдебна процедура срещу България пред Съда на ЕС и налагането на финансови санкции.

Със законопроекта се предвиждат и промени в други насоки, като:

1. Отпадане на задължението за внасяне на здравноосигурителни вноски от задължително здравноосигурените лица, за които се прилага схемата за здравно застраховане на ЕС, установена в чл. 72 от Правилника за длъжностните лица на ЕС и условията за работа на други служители на Европейските общности, въведени с Регламент (ЕИО, Евратом, ЕОВС) № 259/68 на Съвета от 29 февруари 1968 г. (§ 7 от законопроекта) По този начин се отстранява съществуващото противоречие между българското законодателство и Протокола за привилегиите и имунитетите на ЕС, приложен към ДФЕС (Протокол № 7), чийто чл. 14 посочва, че длъжностните лица и другите служители на ЕС се ползват със специфична и автономна социалноосигурителна схема и държавите членки не могат да налагат на тези лица задължително участие в национална социалноосигурителна схема. С приемането на предложените промени България ще изпълни поетия ангажимент за привеждане в съответствие на националното ни законодателство с правото на ЕС в рамките на т.нар. информационна фаза, предхождаща стартирането на процедура за нарушение по чл. 258 от ДФЕС.

2. С § 6 се правят промени в изпълнение на решението по т. 4 от Протокол № 37 от заседанието на Министерския съвет на 5 октомври 2011 г. относно изменение на нормативни актове, в които размерът на плащанията се определя от минималната работна заплата за страната. Премахва се обвързването с минималната работна заплата на заплащането от здравноосигурените лица на суми за всяко посещение при лекаря или при лекаря по дентална медицина, както и за всеки ден болнично лечение.

3. Предлага се договарянето на отстъпки по отношение на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК, да се извършва от стойността на опаковка, изчислена на база референтната стойност, като отстъпката се разпределя пропорционално между НЗОК и здравноосигуреното лице. По този начин ще се спестят публични средства и ще се намали тежестта за доплащане на здравноосигурените лица. Въвежда се и забрана дадените на НЗОК отстъпки да бъдат прехвърлени в тежест на пациента. Предвиждат се и промени в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, с които се създава административнонаказателна разпоредба, с която се въвежда имуществена санкция за неизпълнение на задължения, произтичащи от подзаконовия акт по чл. 258, ал. 5, уреждащ режимите по ценообразуване и реимбурсиране на лекарствени продукти (§ 8 и 35).

4. С § 5 и 8 се създава законова възможност за заплащане от НЗОК чрез трансфери от Министерството на здравеопазването за финансиране на разходите за ваксини по национални програми за профилактика на рак на маточната шийка по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето.

5. С § 3, 4, 8-13 и 31 се правят промени, свързани с подобряването на дейността, функционирането и организацията на работа на Националната здравноосигурителна каса. Предлага се и регламентиране на договарянето на отстъпки от стойността по отношение на медицинските изделия, включени в списъка по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и заплащани от НЗОК.

6. Предлагат се промени в Данъчно-осигурителния процесуален кодекс, предвиждащи при прехвърлянето или учредяването на вещни права върху недвижими имоти и при прехвърлянето на собствеността върху моторни превозни средства прехвърлителят да представя и удостоверение от Националната агенция за приходите за липса на задължения за здравноосигурителни вноски (§ 32).

7. Предлага се и промяна в разпоредбата на чл. 161, ал. 3 от Търговския закон (§ 40 от законопроекта). От една страна, това произтича от необходимостта от заличаване на думите „дейност по доброволно здравно осигуряване". От друга страна, при анализ на разпоредбата, чиято редакция е от 1998 г., се установи, че с отделни закони са въведени специални изисквания към размера на капитала на акционерни дружества, които извършват дейност в различни сфери, а не само в банковата или застрахователната сфера. Поради това със законопроекта се предлага разширяване обхвата на чл. 161, ал. 3 от Търговския закон, като се регламентира възможността с отделен закон да се определят изисквания към капитала на определени акционерни дружества.

МИНИСТЪР-ПРЕДСЕДАТЕЛ:

(Бойко Борисов)