

Правна рамка на доброволното здравно осигуряване

ас. Мария Радева

Legal framework of the voluntary health insurance: *According to the Health Insurance Act there are two types of health insurance - compulsory and voluntary. The voluntary health insurance is supplementary and implement by joint-stock companies, licensed according to the Health Insurance Act. The health insurance companies are removed from social insurance market with the amendment of Health Insurance Act (SG 60/2012). In the future, the voluntary health insurance will implement by the insurance companies, licensed according to the Insurance Code. The Insurance Code establishes new type medical insurance.*

Key words: *Health insurance act, voluntary health insurance, Insurance Code, medical insurance*

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравното осигуряване е елемент от цялостната система на социалното осигуряване. [1] Възстановяването на здравноосигурителната система в България започва на 01. 01. 1999, с влизането в сила на Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) (ДВ 70/1998). В първоначалната редакция на закона липсва дефиниция на понятието здравно осигуряване, но разпоредбата на чл. 2 въвежда двете му форми - задължително и доброволно. ЗЗО дефинира единствено понятията осигурител, осигурено лице, а в последствие (ДВ 107/2002) и осигуряващ.

Легалната дефиниция на понятието здравно осигуряване е въведена с изменението на ЗЗО (ДВ 107/2002), в която се казва, че това 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 ЗЗО, в Националния рамков договор и в договорите по доброволно здравно осигуряване.

Основната разлика между двете форми на здравно осигуряване се съдържа още в наименованието им. Задължителното е императив за всички български граждани, както и някои чужди граждани, бежанци и т. н. по силата на чл. 33 от ЗЗО. До измененията на ЗЗО през 2002, задължителното здравно осигуряване се определя като система за социална здравна защита на населението, гарантираща пакет от здравни услуги, която се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Доброволното здравно осигуряване е право и личен избор на лицата и се осъществява при спазване на принципа на доброволност на осигуряването.

Последвалите промени в системата на здравното осигуряване запазват ролята на НЗОК като единствен осигурителен орган (осигурител по смисъла на ЗЗО) по задължителното здравно осигуряване. Съществени изменения са направени в регламентирането на доброволното здравно осигуряване, които го поставят в приложното поле на Кодекса за застраховането.

ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

1. Здравноосигурителни дружества и здравноосигурителни договори

В първоначалната редакция на ЗЗО, доброволното здравно осигуряване е регламентирано като допълнителна форма на осигуряване, която се осъществява от акционерни търговски дружества, получили лицензия по реда на ЗЗО. Последвалите изменения на ЗЗО (ДВ 107/2002) акцентират върху правната същност на осигурителните отношения, свързани с настъпването на осигурени социални (в случая здравни – заб. моя) рискове, свързани с неблагоприятни правни последици за осигурените лица, при реализирането на които осигурителният орган е длъжен да предостави определени престации за тяхното преодоляване. [2] Доброволното здравно осигуряване е дефинирано като дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, осъществявана от ли-

цензирани търговски дружества срещу заплащане на здравноосигурителни премии, на основание сключени здравноосигурителни договори.

Осигурители (съгласно легалната дефиниция на ЗЗО) по доброволното здравно осигуряване са дружества, лицензирани за доброволно здравно осигуряване. Здравноосигурителното дружество, като вид акционерно дружество, лицензирано по специалния закон, се институционализира с измененията на ЗЗО (ДВ 107/2002). Законът въвежда изисквания и към търговското наименование тези дружества, което задължително съдържа поотделно или в комбинация думите "здравен" и "осигуряване" или техни производни. Регистрираният предмет на дейност може да бъде само доброволно здравно осигуряване. Повече от три години след влизане в сила на ЗЗО е уреден и държавният надзор върху дейността по доброволно здравно осигуряване, извършван първоначално от Държавната агенция за осигурителен надзор, а в последствие от Комисията за финансов надзор (КФН).

Чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечават предоставянето на здравни услуги и стоки, които са както извън, така и в обхвата на задължителното здравно осигуряване. С обнародването на ЗЗО се регламентира, че видовете здравни осигуровки по доброволното здравно осигуряване се обособяват в определени пакети от дейности, насочени към подобряване здравето и предпазване от заболяване, извънболнична медицинска помощ, болнична медицинска помощ, услуги, свързани с битови и други допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ, възстановяване на разходи. Здравноосигурителният пакет представлява група от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които се покриват изцяло или частично от здравноосигурителните дружества при условия и по ред, регламентирани в здравноосигурителните договори. Всеки пакет дейности подлежи на самостоятелно лицензиране.

След изменения в ЗЗО (ДВ 107/2002) законодателят отстъпва от идеята за видове здравни осигуровки и въвежда две форми за реализиране на доброволното здравно осигуряване.

Доброволното здравно осигуряване чрез възстановяване на разходи е форма, при която здравноосигурителното дружество частично или изцяло възстановява разходите за здравето 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.

Доброволното здравно осигуряване чрез абонаментно обслужване е форма, при която при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи, осигурителят осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на осигурените лица от определени изпълнители на медицинска помощ, с които здравноосигурителното дружество е сключило договор. В зависимост от избраната форма, заплащането на оказаната медицинска дейност – може да бъде както на осигуреното лице, така и на лечебното заведение.

За реализиране на правоотношенията по доброволното здравно осигуряване се сключват два вида договори. Единият договор се сключва между осигурения и осигурителното дружество. С тези договори се определят вида и обема на медицинските и други услуги, които осигурителят гарантира на осигурения, както и размера на осигурителната премия. Понятието здравноосигурителен договор като вид писмен договор, сключен между лицензирано здравноосигурително дружество и физически или юридически лица е въведено с измененията на ЗЗО (ДВ 107/2002). Законът определя задължителното съдържание на здравноосигурителните договори, което включва: индивидуализация на осигурителя, вкл. номер и дата на лицензията, здравноосигурителните пакети, включени в договора, вкл. и общите им условия, вида, обхвата и условията за предоставяне на здравните услуги и стоки, размера, сроковете и начина на заплащане на здравноосигурителната премия.

По отношение на осигурените лица е въведено понятието обем на медицинска помощ. Това е количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в договорите за доброволно здравно осигуряване.

Дейностите по предоставянето за медицинските услуги се осъществяват от изпълнители на медицинска помощ. Договарянето на цените на медицинските услуги, предмет на доброволното здравно осигуряване, както и условията и редът за тяхното осъществяване се извършва чрез сключване на договор между осигурителното дружество и изпълнителите на медицинска помощ.

По отношение на изпълнителите на медицинска помощ се използва понятието обхват на медицинска помощ. Това са предоставените от изпълнителите конкретни видове медицински дейности, услуги и стоки, които се покриват напълно или частично от дружествата за доброволно здравно осигуряване.

2. От осигуряване към застраховане

Основни мотиви за измененията в ЗЗО (ДВ 60/2012) са "отстраняването на несъответствията в нормативната уредба на дейността по доброволно здравно осигуряване в РБ и правото на ЕС в областта на застраховането и закриването на стартираната от ЕК процедура за нарушение № 2010/2156 срещу РБ". [3] Актуалната нормативна уредба на доброволното здравно осигуряване се съдържа в чл. 81, 82, 83, 85 от ЗЗО и съответните текстове от Кодекса за застраховането (КЗ).

Новата дефиниция на доброволното здравно осигуряване сближава принципно различните понятия осигуряване и застраховане. 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.

Дейност по доброволно здравно осигуряване може да осъществяват единствено застрахователни дружества. До 07.08.2013 заварените здравноосигурителни дружества, следва да приведат дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането и да заявят пред КФН издаване на лиценз за извършване на застраховане. Здравноосигурителните дружества, които не приведат дейността си в съответствие с новите изисквания, подлежат на принудително прекратяване.

Когато застрахователното дружество е лицензирано само по застраховките "Злополука" и "Заболяване" или само "Заболяване", фирмата му може да съдържа поотделно или в комбинация думите "доброволен", "здравен" и "осигуряване" или техни производни.

ЗЗО изрично визира случаите, които не се считат за доброволно здравно осигуряване. Това са договорите за медицинска застраховка, сключени по повод на пътувания извън територията на РБ и 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.

С измененията относно доброволното здравно осигуряване, се въвежда нов вид застраховане - здравно (медицинско) застраховане, уредено в раздел IV, глава 19 на КЗ. Договорът за медицинска застраховка (чл. 222а от КЗ) получава своята правна уредба, като същевременно се променят и условията по съществуващите застраховки, свързани (най-общо) с риска заболяване.

Доброволното здравно осигуряване се извършва въз основа на договор за медицинска застраховка по смисъла на чл. 222а от КЗ.

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. Застрахователят може да поеме и финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, свързани с профилактика на застрахованото лице, бремен-

ност, раждане и други, както и на други стоки и услуги, свързани със здравно обслужване на застрахованото лице, включително транспорт, специализирано обгрижване и палиативни грижи. 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.

КЗ дава право в застрахователния договор 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.

Реализирането на правоотношенията между застрахованото лице и застрахователя може да бъде осъществено по два начина. От една страна застрахователят може да се задължи да възстановява в пари извършени разходи от застрахованото лице. От друга страна застрахователят може да предостави съответните медицински услуги и стоки чрез изпълнители, с които е сключил договор.

Наличието на договорно правоотношение между застрахователите и изпълнителите на медицинска помощ е визирано и в ЗЗО. Съгласно чл. 85, ал. 1 от ЗЗО видът, цените, условията и редът за извършване на здравните услуги в полза на застрахованите лица се определят с договори между изпълнителите на медицинска помощ и застрахователите.

С въвеждането на договора за медицинска застраховка по чл. 222а от КЗ се правят изменения в някои от видовете застраховки, описани в раздел I, приложение 1 от КЗ. В глава 21 (Застраховки "Живот" и "Злополука") изрична регламентация получават някои от застраховките "Злополука", сключени срещу събития, свързани със здравето или телесната цялост на физическо лице.

С договора за постоянна здравна застраховка (чл. 241а от КЗ) застрахователят се задължава да извършва регулярни плащания на застрахованото лице за компенсиране загуба на доход вследствие на злополука или заболяване. Обезщетението по този вид здравна застраховка се изплаща до пълното възстановяване на застрахованото лице, съответно до придобиване на право за получаване на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Допълнителна застраховка по раздел I, приложение 1 от КЗ осигурява допълнителни застрахователни покрития, включващи което и да е или комбинация от: смърт вследствие на злополука; трайно загубена или намалена работоспособност или определени вид и степен на увреждане вследствие на злополука или заболяване; временна неработоспособност вследствие на злополука или заболяване; невъзможност за упражняване на професия или занаят вследствие на телесно увреждане; тежки заболявания. Допълнителната застраховка по раздел I от приложение 1 (чл. 241б от КЗ) се сключва като допълнително покритие към другите застраховки от същия раздел. За покриване на здравни рискове по допълнителна застраховка застрахователят дължи еднократна сума или периодични плащания в съответствие с условията, предвидени в договора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При изграждане системата на здравното осигуряване често са правени аналогии с пенсионното осигуряване – със задължителен и допълнителен стълб. За разлика от допълнителното задължително пенсионно осигуряване, в доброволното здравно осигуряване липсва елемента задължителност. С това се обяснява и слабото развитие на пазара на доброволното здравно осигуряване. По данни на КФН[4], към 31. 03. 2012, осигурените лица само в универсални пенсионни фондове са 1 630 025. Към края на февруари 2012 осигурените лица в дружествата за доброволно здравно осигуряване са 189 427. Изплатените претенции от здравноосигурителните дружества в края на първото тримесечие на 2012 възлизат на 6 217 733 лева. Въпреки, че доброволното здравно осигуряване има повече от десетгодишна история, то

не беше разбрано и прието от обществото. Доброволното здравно осигуряване, въпреки съществуващите деветнадесет здравноосигурителни дружества, остана със символичен обхват и не можа да изпълни предназначението си - да даде допълнителна здравна сигурност на лицата, освен гарантираната им такава от НЗОК.

След измененията в ЗЗО (ДВ 60/2012) доброволното здравно осигуряване излиза от полето на осигурителното право. Препращането към разпоредбите на Кодекса за застраховането превръща доброволното здравно осигуряване в типично застрахователно правоотношение. Осигурителният елемент в доброволното здравно осигуряване остава единствено в наименованието му. Правилата за осъществяването на доброволното здравно осигуряване го поставят в сферата на застраховането.

Подобно сближаване между доброволното здравно осигуряване и застрахователните отношения се забелязва и в практиката на КФН. [4] Здравноосигурителните дружества не са разглеждани като участници в осигурителния пазар. За КФН в списъците с под надзорни лица, функциониращи на осигурителния пазар, се включват пенсионните дружества и професионалните схеми. Здравноосигурителните дружества се разглеждат в една група със застрахователните дружества и брокери, които общо формират застрахователния пазар.

С оглед съществуващия здравно осигурителен пазар и актуалната нормативна уредба на доброволното здравно осигуряване могат да бъдат направени следните предложения *de lege ferenda*.

1. Преустановяване съществуването на доброволното здравно осигуряване. Наличието на това понятие в ЗЗО, след измененията от 2012, е преди всичко в отговор на определени обществени и политически нагласи, отколкото нормативен израз на съществуващи фактически отношения.

2. ЗЗО да уреди задължителното здравно осигуряване като единствена форма на здравно осигуряване. Лицата, които търсят допълнителна защита, освен осигурената им от НЗОК, имат правната възможност да сключват някои от видовете здравни застраховки, регламентирани в КЗ.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Данева, Ив., Социално осигуряване, НБУ, С., 2007, 100).

[2] Средкова, Кр., Здравно осигуряване, С., 1999, 11

[3] <http://www.parliament.bg>

[4] <http://www.fsc.bg>

За контакти:

Мария Радева, Асистент, РУ "Ангел Кънчев", тел. 0887 299 552, e-mail: mradeva@uni-ruse.bg, www.MariaRadeva.com