

**ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И
ПЕРСПЕКТИВИ, СВЪРЗАНИ С
РЕГУЛИРАНЕТО И НАДЗОРА НА
ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ПАЗАР И ПАЗАРА
ПО ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО
ОСИГУРЯВАНЕ**

**БОРИСЛАВ БОГОЕВ
ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КФН,
РЪКОВОДЕЩ УПРАВЛЕНИЕ
„ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН НАДЗОР“**

РЕЗЮМЕ

Основни приоритети, свързани с регулирането и надзора на застрахователния пазар и пазара по доброволно здравно осигуряване.

1. Приоритети в сферата на регулирането и надзора на застрахователната дейност:

1.1. Задължителна застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилите

- Предприемане на действия/ мерки за намаляване броя на незастрахованите моторни превозни средства;
- Подобряване качеството и възможностите за обезпечаване с информация и информационни системи функционирането на пазара по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилите, в т.ч. система за електронно генериране и издаване на полиците; регистър на щети в ГФ; база данни за предявените щети в КФН;
- Предприемане на действия във връзка с ниските нива на цените по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилите и адекватността на техническите резерви по нея;
- Въвеждане на системата „бонус-малус“ с оглед получаване на по-справедлива премия по застраховката и адекватна оценка на поетите рискове;
- Отпадане на изискването за удостоверяване на сключена застраховка чрез знак, издаден от ГФ, което ще намали разходите на застрахователите по вида застраховка;
- Изготвяне и приемане на методика за уреждане на претенции за неимуществените вреди. Започване на процедура по предварителни консултации с всички заинтересовани страни, включително за правната техника, чрез която изпълнението на тази цел да бъде изпълнено;
- По голяма прозрачност в дейността по застраховката, с оглед дисциплиниране на пазара - като се публикуват обобщени данни и данни по отделни застрахователи за премиен приход, изплатени претенции, технически резерви и разходи.

1.2. Въвеждане на система за присъждане на рисков рейтинг на застрахователите за надзорни цели.

2. Приоритети в сферата на регулирането и надзора върху дейността на застрахователните посредници:

- Предприемане на мерки за въвеждане на регулации, определящи тавани за комисионите, предоставяни на застрахователните посредници от застрахователите по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилите;

- Завишаване на изискванията по отношение на финансовия капацитет на брокерите;
- Усъвършенстване на санкционния механизъм, включително и при ненавременното отчитане на полиците и при задържане на премийния приход;
- Допълнителни мерки за защита на потребителите при некоректно поведение на посредниците;
- Промяна на изискванията по отношение на агентите – да бъдат само физически лица и брокерите – да бъдат само юридически лица (без еднолични търговци).

3. Приоритети в сферата на регулирането и надзора на дейността по доброволно здравно осигуряване:

- Предприемане на действия по изготвяне на Проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване – само в частта за доброволно здравно осигуряване във връзка с откритата процедура на ЕК;
- Предприемане на действия по изменение на съществуващата нормативна уредба, свързани с изискванията за финансова стабилност на здравноосигурителните дружества.

4. Приоритети, свързани с взаимодействието между застрахователната индустрия и КФН по отношение развитието на проекта Платежоспособност II:

- Продължаване и задълбочаване на сътрудничеството със застрахователната индустрия, като бъдат предприети съвместни действия по прилагането на Директивата Платежоспособност II в българското законодателство.

5. Международно сътрудничество

- Изпълнение на ангажиментите във връзка с Проекта за оказване на подкрепа за изграждането на устойчив капацитет на Застрахователната агенция на Босна и Херцеговина и на застрахователно надзорните агенции на двата ентитета.
- Участие в съвместни общоевропейски проверки, организирани от груповия надзорен орган.

I. Ретроспективен преглед на развитието на пазарите.

1. Застрахователен пазар.

В началото на 90-те години на миналия век при липса на регулации за извършване на застрахователна дейност на застрахователният пазар навлизат голям брой участници (повече от 110 търговци с предмет на дейност застраховане са регистрирани в Министерство на финансите), съществена част от които лишени от професионализъм и ясни виждания за естеството и значението на извършваната от тях дейност. По същото време на застрахователния пазар навлязоха и лица, чиято дейност не може да бъде определена като такава, съобразена със закона и те наложиха уникални методи за застраховане – т. нар. „силово застраховане“.

Всичко това сериозно накърни репутацията на застрахователния пазар и наложи трайно впечатление в обществото, че застрахователните услуги не са насочени към защита интересите на потребителите, а чрез тях се преследват коренно различни и съмнителни цели. Проявлението на тези негативни явления, заедно с дългогодишния монопол на държавния застраховател на българския пазар и наложените задължителни застраховки (възприемани от голяма част от българските граждани, като форма на данъчно облагане) трайно отблъснаха българските граждани от търсенето на застрахователни протекции и в значителна степен повлияха за формирането и запазването на ниска „застрахователна култура“.

С приемането на Закона за застраховането през 1997 г., възстановяването на застрахователния надзор и неговото институционално изграждане (през 1998 г.) бяха постигнати следните важни цели:

- създадени бяха необходимите предпоставки за функционирането на регулиран, прозрачен, стабилен и предсказуем пазар;
- бяха лицензирани 27 застрахователи, а тези които не получиха или не поискаха издаването на лиценз преминаха в производства по ликвидация или несъстоятелност;
- „силовите застрахователи“ бяха отстранени от пазара.

С последващото развитието на регулациите, свързано с прилагането на Европейското застрахователно законодателство и добрите световни практики в корпоративното управление и актюерската професия бе създадена модерна и ефективна регулаторна рамка, способстваща за развитието на застрахователния пазар. Модерната регулаторна рамка, стабилната и предсказуема макроикономическа среда, както и благоприятните данъчни условия доведоха до реструктуриране на собствеността в застраховането и навлизането на институционални чуждестранни инвеститори - 25 застрахователя (от 36) са част от европейски застрахователни и финансови групи. Също така от началото на 2009 г. първият чист презастраховател извършва дейност от седалището си в България, след като премести дейността си от Кипър.

2. Доброволно здравно осигуряване

Реформите в сферата на здравното осигуряване започнали през втората половина на 90-те години на миналия век предвидиха определена роля и за дружествата по доброволно здравно осигуряване. Необходимо е да се има предвид, че към настоящия момент са лицензирани 21 дружества, които извършват дейност на фрагментарно регулиран пазар, с много нисък капацитет и изключително облекчени условия за достъп до този пазар и за извършване на дейност. Основната причина за този твърде висок интерес от страна на инвеститорите е очакването на реформи в сферата на здравното осигуряване и осигуряването на определено място за тези дружества в задължителния сегмент.

II. Приоритети в сферата на регулирането и надзора на застрахователната дейност.

1. В сферата на застраховането основният проблем е свързан със задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите, като ясно могат да бъдат обособени няколко аспекта:

• Най-ниската съвкупност от застраховани моторни превозни средства в Европейското икономическо пространство - незастрахованите моторни превозни средства са 22% от регистрираните или повече от 700 000 са без сключена застраховка.

За намиране на работещи решения за решаване на този проблем е създадена Постоянно действаща междуведомствена работна група по въпросите на задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите (Работна група) - с Решение на Съвета по европейски въпроси от 8 юли 2008 г., на основание чл. 7, ал. 2 от Постановление № 85 на МС за организация и координация по въпросите на Европейския съюз. Председател на Работната група е заместник-председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор“ и в нея са включени представители на: управлението; дирекция „Координация по въпросите на ЕС“ към Министерския съвет; Министерство на финансите; Министерство на транспорта, Гаранционен фонд, Национално бюро на българските автомобилни застрахователи (Зелена карта) и Асоциация на българските застрахователи.

Работната група е изготвила и обсъдила различни подходи и най-късно до **средата на м. септември** предстои представянето на доклад и предложения за конкретни мерки, част от които ще породят необходимост от изменения в Кодекса за застраховането и актовете по прилагането му и вероятно в Закона за движение по пътищата. Най-съществени от обсъжданите мерки са следните:

- Спиране от движение на незастраховано моторно превозно средство чрез сваляне на регистрационните му табели и репатриране до наказателен паркинг – до представяне на сключена застраховка.
- Репатриране до наказателен паркинг – до представяне на сключена застраховка.

В заключение могат да бъдат предприети едновременно **два подхода** за намаляване броя на незастрахованите моторни превозни средства:

А) действия, не се нуждаещи от промяна в нормативната уредба:

- В градовете, където има камери за наблюдение на трафика може бързо и лесно да се реализира възможността за контрол по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ и съответното налагане на санкции.

- Засилване на контрола за наличието на сключена застраховка при ежедневния контрол при движението по пътищата.

- Организирането на ежемесечни тематични кампании за проверка по пътищата относно наличието на задължителната застраховка.

- Подходящо информиране на гражданите за тях чрез средствата за масово осведомяване. Това може да бъде постигнато чрез организирането на редовни разяснителни кампании относно необходимостта от сключване на

застраховката, защитата, която тя осигурява на водачите, наказанията, които се прилагат и последствията от липсата на застраховка. При изготвянето на стратегията за такава кампания е логично да бъдат привлечени и Министерство на вътрешните работи, Гаранционния фонд и Асоциацията на българските застрахователи, като тази дейност може да бъде възложена и на специализирано външно предприятие. Ресурси за финансиране, както на изготвянето на стратегията, така и за нейното провеждане могат да бъдат потърсени от застрахователната индустрия и/или Гаранционния фонд – необходимо е да се има предвид, че досега застрахователите не са се отзовавали на такива предложения.

Рискове пред реализирането на целите - всяка една от първите 3 мерки е изключителна компетентност на Министерство на вътрешните работи, а информационната кампания не би постигнала подходящ ефект без тяхното активно и дори водещо участие.

Б) Предприемане на действия по промяна на законодателството, уреждащо материята на задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите.

- Подобряване качеството и възможностите за обезпечаване с информация и информационни системи функционирането на пазара по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите.

- В Комисията за финансов надзор и в Гаранционния фонд функционира информационна система с база данни за застрахованите моторни превозни средства. Данните за сключените полици се подават от застрахователите, като съществуващите проблеми са два: (1) данните се подават със закъснение от застрахователите, което от една страна води до необходимост от налагане на санкции със значителни размери и (2) тъй като преобладаващата част от полиците се сключват от кочан, поради намесата на човешкия фактор при попълването на полиците и при подаването на данните към информационната система е налице значителен брой грешки, които не позволяват надеждна идентификация на застрахованите моторни превозни средства.

Тези въпроси ще намерят своето решение с приключване на работата по създаване на информационна система за електронно издаване на полиците по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“.

Фактори, които е необходимо да бъдат отчетени:

а) има определено ниво на проектна готовност за изготвяне на техническо задание (изготвено е от работна група на Асоциацията на българските застрахователи), като до този момент работната хипотеза е, че МВР предоставя данни и за собственика на МПС (за това е необходимо изменение в КЗ и евентуално в Закона за МВР). На този етап има становище на Министъра на вътрешните работи – което не подкрепя такава идея, АБЗ са информирани за това развитие на нещата и трябва да променят концепцията, което не би трябвало да представлява пречка пред реализирането на проекта. След като техническото задание бъде изготвено то ще послужи като база за приемане на наредба на КФН;

б) доколкото всяка издадена полица ще се отчита в информационната система в реално време, то тогава ще бъде окончателно решен съществуващия

проблем със закъсненията в отчитането на полиците от страна на застрахователите, съответно налагането на необжалваеми санкции (от 20 лв. за всеки договор, отчетен със закъснение). Също така ако се възприеме подход данните в полицата да се попълват на база информация от сканиран талон на МПС ще бъде адекватно решен и въпроса с грешките в базата данни.

- В Гаранционния фонд се реализира информационна система за пътнотранспортните произшествия. Към момента се събира информация за леките ПТП, за които е съставен двустранен констативен протокол. Тази информация се подава от застрахователите. За всички останали ПТП информацията следва да се подава от МВР. Започнали са действия по подаване на данни от МВР за ПТП и системата е в процес на тестване.

В заключение може да бъде обобщено, че след акумулирането на всички данни за ПТП в информационната система и започване на регулярно подаване от страна на МВР към базата данни ще може да се приложи системата „бонус-малус“ от застрахователите.

Рисковете са свързани с това, че съобразно действащото законодателство прилагането на такава система е възможност, но не изрично задължение на застрахователите що се отнася до конкретните параметри. Ако дори един застраховател не прилага системата „бонус-малус“ или използваните намаления и утежнения в премията за някой застраховател се отклоняват съществено от възприетите от другите участници на пазара това ще постави под въпрос ефективното ѝ прилагане.

Възможно **решение** на този въпрос е приемането на наредба, която да предвиди еднакви минимални стандарти (параметри) за всички застрахователи – такъв подход обаче следва да бъде оценяван на база законодателството за защита на конкуренцията.

- Ниските нива на цените по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите и адекватността на техническите резерви по нея.

От особена важност за осигуряване на финансова стабилност на пазара, както и на лоялна конкуренция между застрахователите, е застраховката да се предлага на адекватни цени. След либерализирането на пазара от началото на 2006 г. обаче под натиска на изострената конкуренция между застрахователите цените на застраховката достигнаха ниски и неблагоприятни равнища (и то при увеличени лимити на отговорност и разширено териториално покритие за територията на Европейското икономическо пространство). Надзорните инструменти за въздействие върху цените са силно ограничени и косвени – свеждат се до оценка на достатъчността на премията и оценка на достатъчността на техническите резерви, като чрез техническите резерви косвено се влияе върху цената на застраховката.

Поради голямото обществено значение и същественото влияние на задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите върху застрахователния пазар е:

А. възприет подход на дистанционен надзор, изразяващ се в ежегодно одобрение на метода за образуване на резерва за възникнали, но непредявени претенции по застраховката. Процедурата по одобрение на резерва за възникнали, но непредявени претенции има за цел да гарантира достатъчност

на техническите резерви по застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите за изплащане на бъдещите задължения на застрахователите по сключените застрахователни договори. Процедурата включва прилагане на няколко задължителни методи, като всеки застраховател може да предлага и допълнителни методи, анализ на резултатите, получени при всеки използван метод, определяне на диапазон на сходните стойности и обосновка на избрания метод за образуване на резерва. Изчисленията е необходимо да бъдат извършени отделно за претенции, свързани с имуществени и неимуществени вреди, като някои от методите се базират на пазарни трендове на развитие на претенциите, други - на различната достоверност на данните на застрахователя, определена в зависимост от неговия пазарен дял в броя на застрахованите МПС. В тази връзка в края на всяко тримесечие се обобщава и предоставя на застрахователите информация за размера и броя на изплатените и предявени претенции по застраховката, стойността на факторите на развитие и пазарния дял на всяко едно дружество в броя на застрахованите моторни превозни средства;

В. извършват се постоянни оценки на достатъчността на премиите на база на резултата по застраховката и използване на осреднени показатели за пазара, като при установяване на отклонения се налагат принудителни мерки, насочени към увеличаване на премията.

Единственият ефективен подход да се реши проблема с ниската цена по застраховката е КФН да определя единен за целия пазар минимален размер на рисковата премия, на база на която да се определя размера на пренос-премийния резерв. Възможен подход за решаване на проблема е и премахване на кампанийния характер на застраховката, което може да се постигне чрез намаляване на нейния срок или въвеждане на безсрочни застраховки.

Обвързването на достатъчността на премията с резултатите по застраховката крие опасност от подценяване на премията в случаите, при които резервите не са адекватни на размера на задълженията.

КФН може да даде задължителни изисквания при определяне на нивото на премията по застраховката и задължителна информация, която да се представи към актюерската обосновка при промяна на тарифата, така че след обосноваване размера на достатъчна за даден застраховател премия, той да не може да го намали.

Като дисциплинираща мярка по отношение на пазара на интернет страницата на КФН да се публикува ежемесечна информация за застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите, включваща данни за всяко едно дружество и общо за пазара за:

- премиен приход;
- изплатени претенции;
- размер на техническите резерви по видове резерви, с отделно посочване и на размера на резерва за възникнали, но непредявени претенции;
- извършени разходи;
- изплатени комисионни.

• Технически резерви по застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите

а) по отношение въвеждане на друг резерв в допълнение към пренос-премийния резерв

Въвеждане на резерв по застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите, в допълнение на пренос-премийния резерв, чийто размер е обвързан с минимално определена необходима сума за покритие на риска за едно застраховано МПС. Основанието за въвеждане на друг резерв е чл. 68, ал. 2, т.6 от Кодекса за застраховането и чл. 3, ал.1 от Наредба № 27, които предвиждат възможност заместник-председателят на КФН да предпише метод за образуване на друг резерв, извън видовете резерви, определени с КЗ и Наредба № 27.

Образуването на този резерв по застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите са налага предвид завишения риск по тази застраховка, която е с голяма обществена значимост, предвид нейния задължителен характер. Застраховката е с висок пазарен дял – 34% от премийния приход за шестмесечието на 2010 г., като за някой от застрахователите тя е с относителен дял в портфейла от 75%. Завишеният риск по застраховката е породен от високата пазарна конкуренция, водеща до намаляване на цената, както и от увеличение на плащанията вследствие нарастване средния размер на претенциите, особено на тези във връзка с неимуществени вреди. Несигурността по отношение на бъдещите плащания нараства още повече в съчетание с голямото закъснение в предявяването на претенциите (55% от имуществените претенции и само 17% от неимуществените се предявяват в годината на настъпване на събитието) и увеличаване на броя и стойността на претенциите, предявени по съдебен ред и присъдените от съда суми.

В същото време еднаквите условия по вида застраховка: покрити рискове и изключение от покритие; лимити на отговорност; методика за ликвидация на претенции и др. и наличието на пазарни данни за стойността и броя на предявените и изплатени претенции за достатъчно продължителен период от време, дават възможност да се определи необходима сума за покритие на риска средно за едно застраховано МПС по отделни години на събитие.

Предложеният резерв се определя на база средната стойност на пазарната рискова премия за предходната година. Този размер на рисковата премия може да се определи като минимален, предвид, че застраховката ще покрива риска в предстоящия едногодишен период, а се определя на база необходима премия за покритие на риска за предходната година. Стойността на резерва се определя като сборът от минимално необходимата сума за покритие на риска за едно застраховано МПС и очакваните разходи по договора след края на отчетния период, се намали с образувания пренос-премиен резерв, т.е. размерът на резерва е пропорционален на разликата между минималната рискова премия и рисковата премия по сключените застраховки, като се отчита и отклонението на извършените разходи от заложените.

Размерът на образувания резерв ще се отчита в „Други технически резерви“, което дава по-голяма прозрачност и възможност за контрол на размера му.

Образуването на този резерв няма да утежни дългосрочно финансовото състояние на застрахователите, предвид че той е допълнителна гаранция за плащанията по претенции, които ще настъпят в бъдеще, като при благоприятно развитие на риска, разликата между образувания резерв за покриване на бъдещи плащания и реалния размер на претенциите, ще увеличи финансовия резултат от дейността на застрахователя, респективно собствените му средства.

б) Въвеждане на допълнителен резерв, който ще се образува след установен недостиг на резерв за предявени, неизплатени претенции. Извършването на тест за достатъчност на техническите резерви е в съответствие с изискванията на Международните счетоводни стандарти и е гаранция за финансова стабилност на застрахователите.

Предложеният допълнителен резерв ще се образува към края на финансовата година по видовете застраховки, по които към края на предходния едногодишен период съществува недостиг на образувания резерв за предявени, неизплатени претенции. Този недостиг е определен на база стойността на реално изплатените обезщетения. Допълнителен резерв се образува само при констатиран недостиг, като заделеният резерв е пропорционален на размера на недостига.

Предложението е при недостиг на образувания резерв за предявени, неизплатени претенции, размерът на същия резерв към края на текущия отчетен период да се коригира с коефициент, определен като отношение между:

- сумата от стойността на изплатените през последните 12 месеца претенции по събития, предявени преди края на предходния едногодишен период и стойността на предявените, неизплатени претенции към края на отчетния период по събития, предявени преди края на предходния едногодишен период и

- образуваният резерв за предявени, неизплатени претенции към края на предходния едногодишен период.

Основанието за въвеждане на друг резерв е чл. 68, ал. 2, т.6 от Кодекса за застраховането и чл. 3, ал.1 от Наредба № 27, които предвиждат възможност заместник-председателят на КФН да предпише метод за образуване на друг резерв, извън видовете резерви, определени с КЗ и Наредба № 27.

Въвеждането на този резерв е допълнителна гаранция за възможността на застрахователите да покрият своите задължения. Не без значение е факта, че резервът за предявени, неизплатени обезщетения е над 30% от брутния размер на образувания технически резерви от застрахователите, извършващи дейност по раздел II от Приложение № 1 към КЗ и подценяването на неговия размер е един от най-значимите рискове, на които са изложени застрахователите и които предопределят бъдеща неплатежеспособност.

В случай, че се въведе единна методика за уреждане на претенции за обезщетения за неимуществени вреди, то тя може да се използва при оценка на очаквания размер, по който се включват в резерва претенциите, за които няма произнасяне на съда.

в) Нормативно да се определят изискванията по отношение метода за образуване на резерва за възникнали, но непредявени претенции по застраховките по раздел II, буква «А», т.10.1. от Приложение № 1 от КЗ, които през последните години бяха определяни със Заповеди на зам.-председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор“. По този начин чрез предварително определяне на изискванията и съдържанието на искането за одобрение на метод, ще се постигне по-голяма яснота, стабилност и предвидимост на процеса на резервиране.

Предварително одобрение на метода за образуване на резерв за възникнали, но непредявени претенции по застраховка «Гражданска отговорност» на автомобилистите се налага поради същественото значение на този вид резерв – размерът му по вида застраховка е над 90% от общия размер на образувания резерв за възникнали, но непредявени претенции, като през последните години размерът му е нарастнал от 133 млн лв. – към края на 2007 г., на 228 млн.лв. – за 2008 г., 272 млн.лв. – за 2009 г. и 281 млн.лв. към 30.06.2010 г. Високият размер на този резерв е обусловен от една страна от забавеното предявяване на претенциите, а от друга – от увеличаване на техния среден размер.

С оглед защита интересите на застрахованите лица и гарантиране финансовата стабилност на застрахователите, предвид високата степен на зависимост на размера на резерва от външни за застрахователя фактори (например промяна в съдебната практика по отношение размера на претенциите във връзка с неимуществени вреди); еднаквите условия по вида застраховка (покрити рискове и изключение от покритие, лимити на отговорност, методика за ликвидация на претенции и др.); липсата на възможност на застрахователя да влияе върху забавеното предявяване на претенциите чрез селекция на застрахованите лица (предвид че щетите се предявяват от трето лице), определената по агрегирани за пазара данни очаквана стойност на непредявените претенции се разпределя между отделните застрахователи на база пазарния им дял в броя на застрахованите МПС през последните години, претеглен с размера пазарния резерв за всяка една година.

Да се поставят изисквания по отношение качеството на данните; случаите на използване на пазарна информация; формата на данните, с които трябва да разполага застрахователя; вида и формата на представяната в КФН информация по застраховката.

По-голямата част от застрахователите поддържат практиката за определяне на минимален размер на резерва за възникнали, но непредявени претенции. Не са получени други предложения за определяне на неговия размер, освен диференцирането му в зависимост от спецификата на портфейла на застрахователите (например дела в пазарния размер на резерва да се определи на база брой застраховани МПС и размер на рисковата премия, отчитаща спецификата на застрахователния портфейл на всяко дружество).

Според две дружества следва да отпадне изискването за отделно изчисление на размера на резерва за претенции във връзка с имуществени и неимуществени вреди.

Направено е предложение да не съществува задължително изискване за тримесечно преизчисляване на резерва, предвид флукуациите в неговия размер текущо през годината. В тази връзка е предложено - в случай, че застраховател преизчислява резерва тримесечно, то да съществува изискване да не се намалява неговия размер спрямо този в края на годината.

- Предприемане на мерки за въвеждане на регулации, определящи тавани за комисионите, предоставяни на застрахователните посредници от застрахователите по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите.

Фактори, провокиращи формулирането на такава цел:

а) Такива с финансово икономически характер:

Равнищата на предоставяните комисиони по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите са необосновано високи (средният размер на комисионите е приблизително 27%, като не са изключение случаите, при които се предлагат комисионни възнаграждения превишаващи 30%):

- това води до определянето на цени, които не си кореспондират адекватно с компонента на рисковата премия (тази предназначена за изплащане на обезщетения), което поставя под съмнение възможността на застрахователите да изплащат навреме и справедливи (реални) обезщетения;

- това може самостоятелно (и особено при проявлението и на други неблагоприятни фактори) да застраши финансовата стабилност на отделен застраховател или група застрахователи, което при всички случаи е заредено с определено ниво на системен риск за застрахователния, респективно финансовия сектор (особено при отчитане на ефекта от вероятна междусекторна зараза);

- по отношение на потребителите на застрахователни услуги може обосновано да се заключи, че плащат цена, която не си кореспондира с получаваната застрахователна протекция (поради това че значима част премията се разпределя за комисиони, а не за покриване на застрахованите рискове).

- по отношение на посредниците също така може обосновано да се заключи, че те получават необосновано високо възнаграждение за качеството и естеството на услугата, която предоставят – особено по застраховки със задължителен характер.

(б) Такива с общ характер:

- дава възможност за акумулиране на значим обем от средства у посредниците (особено при някои от тях), които да подлежат на „определено“ преразпределение, като например за връщане на част от комисиона на клиента или на представляващия клиента или могат да бъдат използвани за други преразпределителни цели;

- при този сценарий могат да бъдат идентифицирани следните порочни явления – преливане на средства в сивата икономика, изкривяване на добрите търговски практики, използването на тези средства за финансиране на съмнително законосъобразни дейности.

В заключение доколкото тази мярка е свързана с регулиране на цени или техни компоненти, съответно има измерение през законодателството за ограничаване на конкуренцията, то би било уместно да се проведат нови консултации с Комисията за защита на конкуренцията.

- Изготвяне и приемане на методика за уреждане на претенции за неимуществените вреди. Започване на процедура по предварителни консултации с всички заинтересовани страни, включително за правната техника, чрез която изпълнението на тази цел да бъде изпълнено.

Въз основа на заложения в гражданското законодателство критерий размерът на обезщетението се определя по справедливост. Широката формулировка на законовия текст е причина за нееднаквата съдебна практика при прилагането му, което пряко рефлектира върху правата на увредените лица – определянето на различни по размер обезщетения при идентични увреждания на здравето. В тази връзка е удачно да се изготви методика за уреждане на претенции за неимуществени вреди (като минимален стандарт), която да бъде приложима само при определянето на обезщетение за претърпяното увреждане на здравето, а за претърпените „болки и страдания“, както ги дефинира константната съдебна практика да бъде запазен принципът за определяне на обезщетението по справедливост. По този начин се съчетава еквивалентното обезщетяване на увредените лица, претърпели идентични телесни увреждания като същевременно се запазва дискрецията на съда да определи по справедливост кръгът на лицата, освен пострадалия, които имат право на възмездяване за нанесените неимуществени вреди, тъй като преценката за дължимото обезщетение на тези лица е винаги конкретна и следва да бъде извършена от съда за всеки конкретен случай, като се вземат предвид посочените от трайната съдебна практика критерии за това (напр. привързаност, степен на родство, издръжка, получавана от пострадалия и др.)

В заключение за реализирането на тази цел са възможни два подхода, като и при двата е необходимо изменение на Кодекса за застраховането: (1) изменение, което да предвиди делегация за наредба и (2) самата методика да бъде приложение към Кодекса за застраховането.

1.2. Въвеждане на система за присъждане на рисков рейтинг на застрахователите за надзорни цели.

С оглед насочване на надзорните действия към по-рисковите застрахователи и към областите от тяхната дейност, които се нуждаят от навременна и ефективна намеса, се разработва система за присъждане на рисков рейтинг на застрахователите. Рисковият рейтинг на застрахователя ще се определя от мястото му в т.нар. рисковата матрица, която се изгражда в зависимост от вероятността за настъпване на риск и ефекта от настъпване на съответния риск върху пазара.

2. Застрахователни посредници:

2.1. Застрахователни брокери.

В резултат от икономическата криза и ограничените възможности за осигуряване на външно финансиране в дейността на застрахователните брокери намери проявление изключително порочно явление, изразяващо се в задържане на премиите, получени от потребителите на застрахователни услуги. Това в значителна степен застрашава интересите, както на застрахованите, така и на застрахователите и сериозно накърнява репутацията на застрахователната дейност.

За своевременното адресиране на този проблем е необходимо извършването на промени в Кодекса за застраховането, където да бъдат предвидени допълнителни мерки за защита на потребителите (при некоректно поведение на брокерите), а по отношение на самите брокери да бъдат завишени изискванията към техния финансов капацитет и да бъде усъвършенстван санкционния механизъм:

- въвеждане на изискване към застрахователните брокери да бъдат само капиталови дружества;
- въвеждане на изискване за капиталова адекватност (начален капитал в размер на 100 000лв.);
- въвеждане на изискване застрахователните брокери да предоставят периодични отчети и справки на тримесечна база.
- Повишаване на контрола върху застрахователните брокери относно изискването за обучение и квалификация на служителите, непосредствено заети с извършването на застрахователно посредничество;
- Въвеждане на изискване за подходящо техническо оборудване;

2.1. Застрахователни агенти.

Идеята за по-голямата обвързаност на застрахователните агенти със застрахователите е изразена в нормативното изискване агент да може да посредничи само за един застраховател, получил лиценз за извършване на застраховане, обхващащо застраховки по раздел I, от Приложение № 1 и само за един застраховател, получил лиценз за извършване на застраховане, обхващащо застраховки по раздел II, от Приложение № 1. Това от своя страна се обезсмисля от възможността юридически лица с голям брой служители да се регистрират като застрахователни агенти.

За своевременното решаване на този проблем е необходимо извършването на промени в Кодекса за застраховането, където да бъде поставено изискване застрахователни агенти да бъдат само дееспособни физически лица.

3. Предложения на бизнеса:

В периода от 31 август до 10 септември 2010 г. в КФН се състояха срещи с 10 застрахователи, като от някои от останалите дружества бяха получени писмени мнения и предложения по поставените, с предварително изпратено до всички дружества писмо, въпроси. Проведените срещи бяха много полезни и за двете страни, предвид че голяма част от обсъжданите мерки са насочени към решаване на проблемите по застраховката.

Застрахователите подкрепят всички действия от страна на КФН, които могат да наложат единни правила и ясни механизми и които водят до ефективни резултати като:

I. Създаване на единна информационна система за електронно издаване на полиците по задължителната застраховка „Гражданска отговорност“

Чрез тази мярка ще се постигне:

- отпадане на възможността за наличие на сключени, но неотчетени полици – решава се проблема с ниската застрахователна съвкупност и със закъсненията в отчитане на полиците;
- намаляване на грешките при регистрацията на полици от ръчно попълнени бланки;
- отпадане на възможността за антидатиране на полици;
- подобряване качеството на посредническата дейност;
- събиране и обработка на информация за ПТП – предпоставка за въвеждане на системата „бонус-малус“.

С много малки изключения всички застрахователи имат изградена вътрешна информационна система за електронно генериране и издаване на полици, като останалите са в процес на създаване на такава. Въвеждането на електронно генериране и издаване на полици от всеки застраховател и премахване на практиката да се ползват ръчни бланки, е разгледано като стъпка към изграждането на единна информационна система.

II. Застрахователите подкрепят всички възможни действия, целящи увеличаване на застрахователната съвкупност:

- контрол по задължителната застраховка чрез камери за наблюдение на трафика и съответното налагане на санкции;
- засилване на ежедневния контрол при движението по пътищата;
- спиране от движение на незастраховано моторно превозно средство чрез сваляне на регистрационните му табели и репатриране до наказателен паркинг – до представяне на сключена застраховка;
- въвеждане на подневна санкция (вноска) за всеки ден без сключена застраховка – изказани са мнения, че застрахователите не могат да я събират и предложение със закон да се прехвърли събирането и от НАП, предвид че те имат изграден механизъм за събиране на държавни вземания.

Бяха направени допълнителни предложения: криминализиране на деянието; отнемане на право да се управлява МПС; налагане на обществено полезен труд.

III. Качество на посредническата дейност:

Застрахователите са на мнение, че размерът на комисионните по задължителната застраховка е прекалено висок за характера на посредническата услугата, която се предоставя, предвид че се предлага стандартизиран продукт. Всички застрахователи подкрепят въвеждането на таван на комисионните, но някои считат че тази мярка е неефективна, предвид липсата на възможност за контрол и плащане на комисионни под формата на бонуси, консултантски услуги, маркетинг и др. Друг дискутиран вариант да се ограничат разходите и възможността комисионните да се отчитат като административни разходи, е въвеждането на минимална рискова премия.

Направено е и предложение за приемане на много кардинална мярка – въвеждане на нормативно изискване за сключване на застраховката без участие на посредници.

Поддържат се предложенията за:

- допълнителни мерки за защита на потребителите при некоректно поведение на брокерите;
- завишаване изискванията към финансовия капацитет на брокерите;
- усъвършенстване на санкционния механизъм, включително и за задържане на получени премии;

Обсъдена е възможността застрахователите да подават информация на КФН за констатирани нарушения, включително и при отчитане на полиците.

Направено е предложение, поддържано от няколко дружества - В полицата да се записва на отделен ред размера на комисионната на посредника.

IV. Въвеждане на системата „бонус-малус“ – изключително необходима за нашия пазар, предвид че дава по-справедлива премия за МПС, собственост на физически лица.

Предпоставка за въвеждане на системата - единна база данни между застрахователните компании. Първоначално да се използва информация за ПТП от застрахователите, ГФ и МВР. Декларираната информация от застрахованите лица не е надеждна.

Изказано е мнение, че системата може да се въведе и без единна, централизирана база данни, в случай че застрахователите издават сертификат за липса на ПТП (само като преходен вариант).

Дискутирано е надбавките и отстъпките да се определят спрямо собственика, предвид че той юридически е свързан с МПС, като собственикът ще бъде отговорен кой ще използва МПС.

Няма единно мнение по отношение прилагане на системата от всички застрахователи при еднакви класове, скала, начин за преминаване от един към друг клас, максимални отстъпки и надбавки към премията. Някои застрахователи считат, че този подход е намеса в начина на определяне на тарифата, ограничава конкуренцията и е неприемлив. Други са на противоположното мнение, като изтъкват, че всеки застрахован трябва да е третиран по еднакъв начин от всички застрахователи.

Поставен е въпроса - как да бъдат определени отстъпките и надбавките – само на база броя на щетите или и при отчитане на тяхната тежест.

Изказано е опасение, че въвеждането на системата може да доведе до намаляване на премията, предвид че се стартира от нулево ниво. Направено е предложение да се започне с по-високо ниво на премията.

V. Въвеждане на единна методика за уреждане на претенции за обезщетения за немуществени вреди

- методиката да няма задължителен характер, а да бъде препоръчителен ориентир. По-малката част от застрахователите смятат, че няма смисъл от въвеждане на единна методика, спазването, на която да има само пожелателен характер. Направено е предложение при разработването на методиката да се преценят всички заинтересовани страни, които ще я ползват;

- единната методика да определя само единни критерии и тяхната относителна тежест в крайния размер на обезщетението. Според някой

застрахователи трябва да бъдат дадени и граници, в които да бъде определяно обезщетението за различните по вид и характер неимуществени вреди.

- ако се приеме да се фиксират определени нива на суми при различните по вид и степен увреждания, то това да са минимални размери (максималният размер е ограничен до лимита на отговорност). Това е много амбициозна задача, предвид спецификата на всеки случай, както и предвид че практиката в България е недостатъчна и много различна.

- събирането и публикуването на статистическа информация също би било много полезно, за да се види диапазонът, в който се движат обезщетенията при близки случаи.

Не се знае дали съдът би могъл да подаде някаква информация и то за всички райони, предвид нееднородната практика в различните населени места. Основен източник на информация остават застрахователните компании – ще бъде необходимо данните ръчно да се обработят, което ще изисква време и ресурс.

Изказано е мнение, че съдебната практика е различна от тази на застрахователите, не само по отношение размера (нивото) на обезщетенията. При присъждане на обезщетението съдът не винаги отчита кога е настъпило събитието, за разлика от застрахователите.

Ефектът от въвеждането на единна методика за уреждане на неимуществените вреди е безспорен:

- ще се постигне яснота, предсказуемост и информираност на потребителите;

- ще се намалят случаите, когато се отива на съд;

- ще се ограничат сумите, плащани на адвокати (до 50% от обезщетението);

- ще се присъждат и плащат по-справедливи обезщетения – защита на потребителите.

VI. Достатъчност на премията по застраховка „Гражданска отговорност“

Според голяма част от застрахователите единствения начин да се реши проблема с ниската цена по застраховката е КФН да определя единен за целия пазар минимален размер на рисковата премия. Дискутиран е вариант за промяна на КЗ и въвеждане на този подход като временна, антикризисна мярка.

Други застрахователи виждат възможност за решаване на проблема чрез премахване на кампанийния характер на застраховката, което може да се постигне чрез намаляване на нейния срок или въвеждане на безсрочни застраховки.

По-голяма част от застрахователите очакват намаление на цената по застраховката в края на годината. Изказано е мнение, че лидерите на пазара диктуват цените и комисионните. Един застраховател, който няма висок пазарен дял даже и да намали чувствително премията, не може да повлияе на пазара, така че да повлече цената надолу.

По отношение издаване на практика по прилагане на чл.63, т.1 и чл.65 от КЗ, във връзка със застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите, част от застрахователите не считат това за необходимо.

Според някои застрахователи предвиденият в Наредба № 27 три годишен период (36 месеца) за изчисляване на резултата по застраховката, с

оглед определяне достатъчността на премията, е много дълъг. Достатъчно е една година с отрицателен резултат, за да се предприемат действия за повишаване на размера на премията. Други дружества са на мнение, че ефектът върху техническия резултат от въвеждане на по-висока тарифа може да се прояви след месеци, дори година.

От друга страна техническият резултат е коректен, ако резервите са адекватни. В тази връзка е предложено да се анализира развитието на резервите и да се отчете достатъчността им.

Предвид, че някои дружества не приемат месечното преизчисление на размера на техническите резерви, определянето на месечен технически резултат по застраховката се обезсмисля.

Предложено е КФН да даде задължителни изисквания при определяне на нивото на премията по застраховката и задължителна информация, която да се представи към актюерската обосновка при промяна на тарифата, така че след обосноваване размера на достатъчна за даден застраховател премия, той да не може да го намали.

Като дисциплинираща мярка по отношение на пазара, е предложено на интернет страницата на КФН да се публикува ежемесечна информация за застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите, включваща данни за всяко едно дружество и общо за пазара за:

- премиен приход;
- изплатени претенции;
- размер на техническите резерви по видове резерви, с отделно посочване и на размера на резерва за възникнали, но непредявени претенции;
- извършени разходи;
- изплатени комисионни.

По-голямата част от застрахователите считат, че данни за технически резултат по застраховката; брой новосключени застраховки, брой действащи договори, брой прекратени договори, средна премия за едно застраховано МПС и други показатели е целесъобразно да се публикуват само в агрегиран вид, предвид опасност от нелоялна конкуренция. Съществуват и дружества, които настояват за по-голяма прозрачност, което е косвен механизъм за дисциплиниране на пазара.

VII. Технически резерви по застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите

I. по отношение резерва за неизтекли рискове

По принцип идеята за образуване на допълнителен резерв за неизтекли рискове като разлика между пренос-премийния резерв, определен на база единна за пазара минимално необходима сума за покритие на риска и образувания от дружеството пренос-премиен резерв (определен на база премията, по която се предлага застраховката), се подкрепя от всички застрахователи, при следните условности:

- минималната рискова премия да бъде определена по отделни категории МПС;

- да има възможност за корекция на минималната рискова премия с коефициент на достоверност на данните. Изказано е мнение, че ако този коефициент зависи от пазарния дял на застрахователите, това би ги поставило в неравнопоставено положение;

- да се отчетат прилаганите от някои застрахователи отстъпки / надбавки при деклариране на управление на МПС само на територията на Р. България;

- да се извършат предварителни изчисления и разчети за ефекта, който би имала тази промяна върху размера на техническите резерви. Опасение, че въвеждане на такъв резерв за част от застрахователите би довел до необходимост от увеличаване на капитала;

- размерът на премията да се съобрази с нивата на пазарната премия – т.е. размерът на резерва ще бъде нисък за застрахователи, работещи на по-високи от средните за пазара цени и при ниски разходи.

Изказано е мнение, че не е правно издържано само за един вид застраховка да се определят различни правила за образуване на резерва за неизтекли рискове. Друг застраховател е на мнение предложеният механизъм да се приложи към пренос-премийния резерв.

В тази връзка може да се обсъди вариант за въвеждане на друг резерв, който застрахователите заделят по предписание на КФН, предвид че КЗ и Наредба № 27 са предвидили подобна възможност.

Обсъждано е резервът да се образува тримесечно в зависимост от определена от КФН необходима сума за покритие на риска, получена като произведение на очакваните стойности на средния размер на претенциите и честотата на събитията по представени от застрахователите данни за броя и стойността на предявените и изплатените претенции. Предвид че голяма част от застрахователите имат много съкратени срокове за приключване на финансовата година, може минимално необходимата сума за покритие на риска да бъде определена по данни, обхващащи периода до 30 септември на текущата година. Дискутирано е размерът на необходимата сума за покритие на риска да се актуализира всяко тримесечие с процента на инфлация или с определен от КФН, на база предходните години, темп на изменение на средната за едно МПС рискова премия. Предвид спецификата на портфейла на всяко едно дружество, при определяне на резерва, необходимата сума за покритие на риска може да се коригира с коефициенти, като се ограничи тяхното сумарно влияние, например - произведението от които, не може да бъде по-малко от 0,85.

Във връзка с възможността на застрахователите да мотивират използваните от тях коефициенти, отчитащи спецификата на портфейла, е необходимо да се събере и публикува допълнителна информация за:

- броя и размера на претенциите по категории МПС;
- използваните от застрахователите други тарифообразуващи фактори като: отстъпки / надбавки - при деклариране на управление на МПС само на територията на Р. България; по отделни населени места; в зависимост от начина на плащане на премията и др.;
- брой и размер на предявените претенции извън България;
- използван коефициент на корекция на съдебните искиове;
- брой и размер на предявените и изплатени съдебни искиове.

2. по отношение резерва за предявени, неизплатени претенции

На проведените срещи е обсъждана възможността в случай, че се въведе единна методика за уреждане на претенции за обезщетения за неимуществени вреди, то тя да се използва при оценка на очаквания размер,

по който се включват в резерва претенциите, за които няма произнасяне на съда.

Голяма част от застрахователите коментират, че техническият резултат по застраховката се изкривява в резултат от неадекватни по размер резерви. Направено е предложение – КФН да определя минимални изисквания за ниво на резервите (отношение на техническите резерви към записаните премии). Изказано е мнение, че осигуряването на достатъчни по размер технически резерви ще намали възможността за предлагане на ниски премии.

Във връзка с това е предложението, което не се съдържа в първоначално изпратеното до застрахователите писмо, към края на всеки отчетен период застрахователят да извършва тест за достатъчност на размера на резерва за предявени, неизплатени претенции. Резултатите от този тест, заедно с данните, на база на които е извършено изчислението, да се представят в КФН заедно с тримесечните отчети и справки. Предложението е при недостиг на образувания резерв за предявени, неизплатени претенции, размерът на същия резерв към края на текущия отчетен период да се коригира с коефициент, определен като отношение между:

- сумата от стойността на изплатените през последните 12 месеца претенции по събития, предявени преди края на предходния едногодишен период и стойността на предявените, неизплатени претенции към края на отчетния период по събития, предявени преди края на предходния едногодишен период и

- образуваният резерв за предявени, неизплатени претенции към края на предходния едногодишен период.

3. по отношение резерва за възникнали, но непредявени претенции:

По-голямата част от застрахователите поддържат практиката за определяне на минимален размер на резерва за възникнали, но непредявени претенции. Не са получени други предложения за определяне на неговия размер, освен диференцирането му в зависимост от спецификата на портфейла на застрахователите (например дела в пазарния размер на резерва да се определи на база брой застраховани МПС и размер на рисковата премия, отчитаща спецификата на застрахователния портфейл на всяко дружество).

Според две дружества следва да отпадне изискването за отделно изчисление на размера на резерва за претенции във връзка с имуществени и неимуществени вреди.

Направено е предложение да не съществува задължително изискване за тримесечно преизчисляване на резерва, предвид флукуациите в неговия размер текущо през годината. В тази връзка е предложено - в случай, че застраховател преизчислява резерва тримесечно, то да съществува изискване да не се намалява неговия размер спрямо този в края на годината.

4. месечно преизчисление на техническите резерви

По-голяма част от застрахователите преизчисляват месечно размера на техническите резерви, но съществуват дружества, за които това изисква допълнителен ресурс и е неоправдано.

VIII. Други обсъждани въпроси и предложения:

Въвеждане на нормативно изискване за еднократно плащане на премията – значително е нараснал броят на застрахованите, които сключват застраховката на разсрочено плащане и заплащат само първата вноски.

Ефектът от тази мярка е:

- ще се увеличи валидността на покритието;
- ще се улесни контрола за наличие на сключена застраховка;
- ще се улесни администрирането на полиците;
- ще се намали риска от неотчитане на поредна вноски;
- в същото време ще се утежни плащането на премията, включително и за юридически лица, което е възможно да доведе до намаляване на обхвата на застрахованите МПС.

В тази връзка някои от застрахователите предлагат да се намали срока на застраховката, което би могло да реши въпроса с кампанийността, но от друга страна ще предизвика възможност застраховката да се сключва само за част от годината, през която се използва МПС.

Застрахователите да носят риска за цялата година, независимо от плащането на разсрочените вноски - не се приема от по-голямата част от дружествата.

Да отпадне изискването за удостоверяване на сключена застраховка чрез знак, издаден от ГФ. Според всички застрахователи стикерът е ненужен, предвид изискването водачът да носи документ за сключена полица; излишно се оскъпява застраховката; контролът не е ефективен, предвид че застрахователят не контролира перфорацията; трудно се администрира.

Застрахователите да имат незабавна информация за ПТП – това ще доведе до намаляване на предявените със закъснение претенции. В тази връзка - Изискването застрахованият да уведоми в определен срок застрахователя (в КЗ -7 дни) да се обвърже със санкция, предвид че не се спазва.

От страна на застрахователната индустрия са направени предложения за подобряване на нормативната уредба в сферата на задължителната застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите.

Предложения	Позиция и съображения
НАЦИОНАЛНО БЮРО НА БЪЛГАРСКИТЕ АВТОМОБИЛНИ ЗАСТРАХОВАТЕЛИ И ГАРАНЦИОНЕН ФОНД	
<p>1. Да се регламентира извършването на постоянни проверки от органите на КАТ само за наличието на задължителна застраховка „Гражданска отговорност на автомобилистите“. Тези проверки да се извършват през цялата година, без значение дали водачът е извършил нарушение по Закона за движение по пътищата, като се въведат технически средства за тяхното установяване.</p>	<p>Такива мерки могат да бъдат подкрепени - не са необходими и законови</p>

	промени.
2. При проверка на органите на КАТ и констатиране, че МПС се управлява от водач без задължителна застраховка „Гражданска отговорност на автомобилистите“ да се налагат нормативно действащи глоби / може още да се завиши техния размер/. Едновременно с това да се отнеме контролния талон към свидетелството за правоуправление на водача и спиране от движение на МПС.	Такива мерки могат да бъдат подкрепени – не са необходими и законови промени.
3. Органите на КАТ да не разрешават на водача да продължи движението на автомобила, като в момента се снемат регистрационните му номера и МПС се репатрира до най-близкия наказателен паркинг.	Такива мерки могат да бъдат подкрепени – законови промени.
4. Автомобилът може да продължи своето движение след като водачът е получил обратно регистрационните номера от поделението на КАТ, което му ги е отнело срещу представяне на валидна платена едногодишна полица за задължителна застраховка „Гражданска отговорност на автомобилистите“ и документ за платена глоба.	Такива мерки могат да бъдат подкрепени – законови промени.
5. Неплащането на вноски от застрахователната премия да не бъде основание за прекратяване действието на полицата, а застрахователят да носи риска до края на едногодишната валидност на застраховката, независимо дали са платени всички вноски от застрахователната премия.	Такава мярка може да бъде подкрепена – законови промени.

<p>6. Издаване на електронна полица с въвеждане на данни за МПС и собственика чрез сканиране на регистрационния талон /малък/.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена – законови промени.</p>
<p>АСОЦИАЦИЯ НА БЪЛГАРСКИТЕ ЗАСТРАХОВАТЕЛИ</p>	
<p>1. Изготвяне на единна база данни между застрахователите, с регистрирани щети, участващи МПС в ПТП, регистрирани ПТП в КАТ, включително и тежки ПТП.</p>	<p>Такива мерки могат да бъдат подкрепен и – не са необходим и законови промени.</p>
<p>2. Въвеждане на електронна полица и прекратяване на практиката за пазара за издаване на предварително отпечатани полици. Това ще намали възможностите за антидатиране и издаване на полици при наличие на вече настъпило застрахователно събитие. Въвеждането на електронна полица ще доведе до увеличаване обхвата по застраховката, намаляване на измамите и пълна информираност на КФН за издадени и платени застраховки, поради он-лайн въвеждането на информация.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена – законови промени.</p>
<p>3. Отпадане на знака (стикера) на „Гаранционния фонд”. <i>Стикерът</i>. За какво служи той? КАТ не го ползват, за да свалят номерата на автомобилите, които нямат валидна ГО. Само оскъпява застраховката за потребителя, увеличава административните разходи на застрахователя и технически утежнява издаването на застраховката. Пречи за въвеждането на електронна полица. Вече има съдебна практика, че стикерът не е еднозначен със застрахователния договор като доказателство за валидна полица!</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена – законови промени. Необходимо е нейното обвързване с въвеждането на</p>

	електронната полица.
4. Отпадане на възможността за разсрочено плащане на премията.	За прилагането на такава мярка е необходима задълбочена оценка на въздействието – отражение върху съвкупността от застрахователни МПС, съответствие с правото в сферата на конкуренцията и др.
5. Да се подобри и засили контролирането на заделяне на резервите от компаниите. Да се осъществява по-стриктен и последващ контрол за наличие на формиране на резервите за висящи плащания на ниво щета, както и методите за формиране на резерва за възникнали, но непредадени претенции от компаниите.	Тези мерки са част от текущия застрахователен надзор и дори без наличието на такава предложение се прилагат – поради което няма пречка да бъдат споделени.
6. Отпадане носенето на покрития при установена употреба на алкохол и опиати, например Германия.	Тази мярка <u>не може</u> да бъде

	подкрепена – противореч и на моторната директива.
<p>7. Да се вписва на отделен ред в полицата размерът на агентската/брокерска комисионна.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена – не са необходим и законови промени, може да бъде извършена промяна в Наредбата за задължителните застраховки.</p>
<p>8. Въвеждане на фиксиран размер на комисионата, дължима от застрахователните дружества на агенти и брокери, чрез посредничеството на които се сключват застрахователните договори по този вид застраховка. Този въпрос може да се регулира чрез нормативно чрез допълнение на Наредба № 24 от 08.03.2006 г. за задължителното застраховане.</p> <p>МОТИВИ: Фиксираният размер на комисионата, при различни други условия, ще дисциплинира пазара и ще постави застрахователните дружества в равнопоставени условия. Практиката показва, че големият размер на комисионите, които плащат дадени застрахователи на агенти и брокери в стремежа си да сключат повече застраховки и да спечелят повече клиенти, нарушават лоялната конкуренция. В момента почти една трета от цената на услугата се заплаща като комисионно възнаграждение. Това утежнява цената на услугата за потребителя. Пряко влияе върху резултатите на застрахователите. Позволява на посредниците да предоставят нерегламентирани и незаконни бонуси на застрахования. Комисионното възнаграждение следва да се намали и уеднакви. Да се контролират нерегламентирани комисиони от типа на разходи за реклама и т.н.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена .</p>

<p>9. Промяна на обекта на застраховката. Прехвърляне на обекта на застраховката от автомобила, към водача на МПС. Правилата за задължителната застраховка „ГО“ в България – ориентирани са спрямо обекта (МПС), а не спрямо субекта (водача). Фундаментална грешка, която из основи опорочава цялата система. Да се обърнем с лице към европейските норми и правила.</p>	<p>Такава мярка се нуждае от задълбочен анализ в следните посоки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - съответствие с моторната директива; - съответствие със съществуващите традиции на българския пазар на тази застраховка; - съществуващите проблеми по застраховката; - взаимният обвързаност на различните фактори, които биха довели до застрахователно събитие (ПТП), съответно реализиране на гражданската отговорност
---	---

	т”.
<p>10. Да се създаде и прилага системата „бонус-малус“ от всички компании на пазара и да се следи за стриктното спазване на системата от всички участници, предлагачи застраховка „Гражданска отговорност на автомобилистите“. За съжаление продължава да НЕ е факт обмена на информация между КАТ и ГФ, респ. застрахователните компании. Тази мярка предшества системата „бонус-малус“ и въвеждане на единен клас за прилагането ѝ.</p>	Такава мярка може да бъде подкрепена – законови промени.
<p>11. Крайно наложително е МВР-КАТ да започнат финансови санкции на водачите, които нямат застраховка „ГО“ на автомобилистите, в противен случай задължителния характер на тази застраховка губи смисъла си. Това ще спомогне за увеличаване на обхвата на застраховката.</p>	Такава мярка може да бъде подкрепена – не са необходим и законови промени.
<p>12. Да се приведе чл. 17, ал. 2 от Наредба № 30 от 19 юни 2006 г. за изискванията към счетоводството, формата и съдържанието на финансовите отчети, справките, докладите и приложенията на застрахователите, презастрахователите и на здравноосигурителните дружества в съответствие с чл. 67 от Кодекса за застраховането, поради доказано от ЗАД „БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ противоречие, признато от КФН, управление „Застрахователен надзор“ с Резолюция за прекратяване на административнонаказателна преписка № 207 от 21.12.2009 г. по повод на връчен срещу дружеството АУАН № Р-06-346/27.06.2009 г.</p>	Такава мярка се нуждае от по-задълбочен анализ на ефекта от въздействието и дали не би било по-подходящо възприемането на огледална мярка.
<p>13. По повод на жалби на потребители за застрахователни услуги до КФН, разглеждането на които не е в надзорните правомощия на КФН, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Възражения срещу отказ от плащане на обезщетение на трето увредено лице – спорът произтича от договорния характер на правоотношенията между застраховател и застрахован, основан на нормативна регулация (КЗ) и като частноправен спор решаването му е от компетентността на съда, съгласно правилата на ГПК. 	Тези мерки следва да бъдат допълнително анализирани и - в контекста на формулирането на

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Жалби от какъвто и да са характер, но без наличие на оплакване за неспазване на срока по чл. 107 от КЗ. Независимо от това КФН, управление „Застрахователен надзор“ изисква да се представи цялата преписка, с оглед търсене на евентуално допуснато от страна на застрахователя закъснение в обработката на съответната ликвидационна преписка, което е нарушение на чл. 18, ал. 1 от ЗКФН, тъй като в жалбата няма данни за допуснато нарушение на цитирания член от КЗ. 	<p>последователна политика и практика по разглеждането на жалби.</p>
<p>14. Да се изисква справка от всяко застрахователно дружество за резервите и щетите по ГО поотделно към края на всеки месец:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Платени щети 2. Пренос-премиен резерв 3. Резерв за висящи плащания 4. IBNR (резерв за настъпили, но необявени събития) <p>Тази справка да се публикува по дружества на сайта на КФН.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена – необходим и са промени в Наредбата за счетоводното отчитане.</p>

При извършения анализ на направените предложения те могат да бъдат обобщени в следните три групи (1) предложения, които са взети предвид, по тях вече се работи и са включени в мерките представени по-горе, (2) мерки, които са обосновани и ще бъдат взети предвид в предстоящото изменение на Кодекса за застраховането и (3) мерки, които са със спорен характер, липсва аргументация и най-вече оценка на въздействието от тяхното въвеждане.

В **заключение** може да бъде обобщено, че съществената част от мерките, предлагани от застрахователната индустрия са разумни и обосновани – тези които не са взети предвид ще бъдат отразени в проект на Закон за изменение и допълнение на Кодекса за застраховането. От предлаганите 14 мерки само по една, свързана с промяната на обекта на застраховане от автомобила към водача е необходимо да бъде поискана подробна информация, съдържаща аналитични мотиви, включително целта на предлаганата мярка и оценка на ефекта от нейното прилагане, включително по отношение потребителите на застрахователни услуги, застрахованата съвкупност и методи за нейното наблюдение.

III. Приоритети в сферата на регулирането и надзора на дейността по доброволно здравно осигуряване.

1. Срещу Р. България е открита процедура за нарушение по чл. 226 от Договора за създаване на Европейската общност (ДЕО; член 258 от Договора за функциониране на Европейския съюз (ДФЕС) - от ГД „Вътрешен пазар и услуги“ на Европейската комисия е констатирано, че в Р. България предприятия, които не са учредени по съответния ред (съобразно изискванията предвидени с директивите по общо застраховане) и нямат право да упражняват застрахователна дейност – предлагат допълнителни здравни осигуровки, които се сключват доброволно.

Европейската комисия е уведомила компетентните български институции, че предприятия в България (здравно осигурителните дружества) извършват дейност (предлагат допълнителни здравни осигуровки), които се сключват **доброволно** и осигуряват здравно покритие, включено в обхвата на задължителното здравно осигуряване. Заключение на Европейската комисия (ЕК), е че „здравното застраховане/осигуряване (insurance)“ е застрахователна дейност, която е уредена с директивите по общо застраховане. Изрично се посочва, че съгласно чл. 6 от Първа директива по общо застраховане за започване на застрахователна дейност е необходимо официално разрешение, издадено на база условията, предвидени в директивите по общо застраховане, които следва да бъдат изцяло приложени в законодателствата на всички държави членки.

Заключението на ЕК е формулирано след анализ и оценка на следните хипотези:

(1) Случай на **допълнително здравно осигуряване**, което предвижда здравно покритие, вече подсигурено от установената със закон (Закона за здравното осигуряване) система за социална сигурност (може обосновано да се предположи, че става въпрос за системата на задължителното здравно осигуряване). В случая на България съгласно чл. 2, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (преди неговото изменение през м. декември 2009 г.) – здравното осигуряване е задължително и доброволно. От своя страна доброволното здравно осигуряване е допълнително и се осъществява от здравноосигурителни акционерни дружества – чл. 3, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване.

Според ЕК в тази хипотеза единствено социално осигурителна институция, която предлага само задължителни здравни осигуровки е изключена от приложното поле на Първа директива по общо застраховане – аргумент от чл. 2, параграф. 1, буква (г). В случая на България това е Националната здравноосигурителна каса, която осигурява само задължителното покритие, предвидено с основния пакет здравни дейности.

За всички останали субекти (предприятия), **започването и извършването на дейност по допълнително здравно осигуряване**, което е сключено доброволно и осигурява покритие, включено в обхвата на задължителното здравно осигуряване, **трябва да бъде изцяло в съответствие с директивите по общо застраховане.** В случая на България това са дружествата по доброволно здравно осигуряване (основание чл. 3, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) (преди неговото изменение през м. декември 2009 г.) и чл. 82, ал. 2, изречение второ) .

(2) Случай на **допълнително здравно осигуряване**, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Становището на ЕК е, че в тази хипотеза започването и извършването на дейност по допълнително здравно осигуряване трябва да бъде изцяло в съответствие с директивите по общо застраховане. В случая на България това са дружествата по доброволно здравно осигуряване (основание чл. 3, ал. 2 от (ЗЗО) (преди неговото изменение през м. декември 2009 г.) и чл. 82, ал. 2, изречение първо).

(3) Случай на здравно осигуряване, което служи като **частична или пълна алтернатива на задължителното здравно осигуряване**. Становището на ЕК е, че когато системата на задължителното здравно осигуряване позволява сключването на частна здравна застраховка да служи, като частична или пълна алтернатива на задължителното здравно осигуряване, то тогава започването и извършването на такава дейност трябва да бъде изцяло в съответствие с директивите по общо застраховане (аргумент от чл. 54 от Трета директива по общо застраховане). В случая на България не е налице наличието на такава хипотеза, тъй като дейността по доброволно здравно осигуряване, извършвана от здравноосигурителни дружества не е нито частична, нито пълна алтернатива на задължителното здравно осигуряване и по никакъв начин не освобождава лицата, сключили здравноосигурителни договори със здравноосигурителни дружествата, от участие в системата на задължителното здравно осигуряване.

Въз основа на изложеното по-горе заключението на ЕК е, че предприятия (за България това са здравноосигурителните дружества), които предлагат допълнителни здравни осигуровки, които се сключват доброволно и които осигуряват покритие, предвидено съгласно законово уредената система за здравно осигуряване (покритие за обезпечаване, както на здравни услуги и стоки от основния пакет здравни дейности, така и извън него) трябва да бъдат учредени по съответния начин и да имат разрешение да развиват дейност като застрахователни дружества (т.е. при спазването на разпоредбите на всички директиви по общо застраховане, които в нашия случай са изцяло транспонирани с Кодекса за застраховането и подзаконовите актове по неговото прилагане).

2. Ретроспективен преглед на проблемите, свързани с регулирането на дейността по доброволно здравно осигуряване, извършвана от здравноосигурителните дружества.

• През 2004 г. в процеса по прилагане на застрахователните директиви в българското законодателство (с оглед изпълнение на ангажиментите, свързани с присъединяването на България към Европейския съюз) е установено, че с директивите по общо застраховане са въведени разпоредби, които уреждат материя, свързана с дейността по здравно застраховане. Към този момент е липсвала по-конкретна информация за спецификата на дейността по здравно застраховане, поради което е било невъзможно извършването на обективна преценка дали и доколко дейността на българските дружествата по доброволно здравно осигуряване попада в приложното поле на директивите по общо застраховане. По същото време е сформирана и работна група под ръководството на вицепремиера (г-жа Лидия Шулева), натоварена с отговорности за кодифициране на здравноосигурителната материя. Както в работната група, така и с писмо на

Комисията за финансов надзор е представена информация относно наличието на вероятност, че дейността на дружествата по доброволно здравно осигуряване попада в приложното поле на застрахователните директиви. С оглед евентуално изясняване на казуса и за гарантиране на правна сигурност при изготвянето на новото законодателство (както в сферата на застраховането, така и в сферата на здравното осигуряване) е предложено да бъде изпратено запитване до Европейската комисия, която е компетентна да изразява становища във връзка с правото на Европейските общности. Такива действия не са били предприети.

- През 2007 г. е установено, че ЕК (документ № IP/06/1781 от 13.12.2006 г.) открива процедура за нарушение срещу Белгия, като я уведомява за извършен преглед на нейното законодателство, уреждащо дейността по допълнително здравно осигуряване, извършвана от частни здравни фондове. В документа ЕК излага своите аргументи относно това, че дейността на частните здравни фондове в Белгия пряко се конкурира с дейността на застрахователите в този сегмент от пазара, респективно следва да бъде съобразена с изискванията на съответните застрахователни директиви. От аргументите изложени от ЕК в процедурата срещу Белгия недвусмислено се установява, че дейността на българските здравноосигурителни дружества попада в приложното поле на директивите по общо застраховане.

С писмо наш изх. № 04-13-114/09.07.2007 г. Министърът на финансите е информиран за съществуването на потенциален проблем за България, свързан с нормативната уредба на дейността по доброволно здравно осигуряване (съгласно Глава трета „Доброволно здравно осигуряване“ от Закона за здравното осигуряване) и липсата на хармонизация с европейското законодателство в областта на застраховането. Във връзка с това и предвид възможността за понасяне на имуществени санкции от България е предложено да бъдат предприети действия за прилагане правото на Европейския съюз по отношение на дружествата, извършващи дейност по доброволно здравно осигуряване. Приложено са представени доклад, съдържащ информация относно: мотивите на Европейската комисия за откриване на производство по чл. 266 от Договора срещу Белгия; нормативната уредба и същността на дейностите по доброволно здравно осигуряване и застраховане и сравнителен анализ на регулирането и надзора на тези дейности.

С писмо наш вх. № 04-13-114/29.11.2007 г. Министърът на финансите отправя молба за предлагане на конкретни мерки за бъдещи нормативни изменения, с които да бъде избегната евентуална процедура за нарушение и срещу Белгия.

- През 2009 г. с писмо наш изх. № 04-13-13/30.01.2009 г. на Министъра на финансите е изпратен, приет от Комисията за финансов надзор, Проект за изменение и допълнение на Кодекса за застраховането, придружен от всички необходими, съпътстващи документи. Законопроектът е изготвен с оглед съобразяване дейността на дружествата по доброволно здравно осигуряване с изискванията на директивите по общо застраховане. Законопроектът е бил обект на вътрешноевентуално съгласуване в Министерство на финансите, като от страна на компетентната по този въпрос дирекция „Държавен дълг и финансови пазари“ (след разглеждане на получените съгласувателни становища) е предложено на министъра на финансите процедурата по

разглеждане на представения законопроект да бъде продължена, като той бъде изпратен за междуведомствено съгласуване на членовете на Министерския съвет. Такова съгласуване не е било извършвано.

3. Развитие на уредбата по доброволно здравно осигуряване, непосредствено свързана и с промени в уредбата на застрахователната дейност.

Съгласно разпоредбите на **Чл. 82.** от ЗЗО (съгласно измененията, обнародвани в ДВ, бр. 107 от 2002 г.)

„(1) Доброволното здравно осигуряване е дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, осъществявана от лицензирани по този закон здравноосигурителни дружества срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на здравноосигурителни договори.

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

(3) Доброволното здравно осигуряване се осъществява при спазване на принципа на доброволност на осигуряването.

(4) Не се смята за доброволно здравно осигуряване:

1. дейността на застрахователите по покриване на рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на застрахованите лица по застраховките по приложение № 1 към чл. 6, ал. 2 от Закона за застраховането, с **изключение на покриването като основни на рисковете** по раздел I, буква "А", т. 4 "**Постоянна здравна застраховка**" и по раздел II, буква "А", т. 2 **застраховка "Заболяване"** на същото приложение;

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

От буквалното тълкуване на тези разпоредби на ал. 4, т. 1 на чл. 82 от ЗЗО (съгласно измененията, обнародвани в ДВ, бр. 107 от 2002 г.) следва, че дейността на застрахователите по покриване на рискове, присъщи за „Постоянната здравна застраховка” и застраховка „Заболяване” е дейност по доброволно здравно осигуряване. Във връзка с това от предмета на дейност на застрахователите (следствие от това изменение на ЗЗО) е било изключено предлагането на двата вида здравни застраховки, тъй като застрахователите имат изричен и регламентиран със закон предмет на дейност „застраховане”, съответно не могат да извършват дейност по доброволно здравно осигуряване. От това следва, че дейността по тези застраховки е идентична на дейността по доброволно здравно осигуряване и по аргумент на противното следва да се приеме, че дейността по доброволно здравно осигуряване е идентична на застрахователната дейност, свързана с покриването на здравни рискове.

На по-късен етап в процеса по присъединяване на България към Европейския съюз и при прилагането на застрахователните директиви от страна на законодателя е установено, че горната разпоредба на ЗЗО

противоречи на Първа директива по общо застраховане и на Изменената и допълнена (recast) Директива по животозастраховане в частта забраняваща на застрахователите да предлагат тези два вида застраховки. С Преходните и заключителни разпоредби на Изменение и допълнение на Закона за застраховането (обнародвано в ДВ, бр. 85 от 2004 г.) разпоредбата на ал. 4, т. 1 е изменена, както следва: „**Чл. 82.** (4) Не се смята за доброволно здравно осигуряване:

1. (изм. - ДВ, бр. 85 от 2004 г.) дейността на застрахователите по покриване на рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на застрахованите лица по застраховките по приложение № 1 към чл. 6, ал. 2 от Закона за застраховането;”. Необходимо е да се има предвид, че други изменения в разпоредбата на чл. 82 от ЗЗО не са извършвани, т.е. предметът на дейността по доброволно здравно осигуряване е запазен същият – съвпадащ с предмета на дейност на застрахователите по „Постоянна здравна застраховка” и застраховка „Заболяване”.

Дейността по доброволно здравно осигуряване, така както е уредена съгласно разпоредбите на чл. 3, ал. 2 и глава III от Закона за здравното осигуряване не се различава по своята същност от застраховането по риска „Заболяване”, така както той е дефиниран в т. 2 от Раздел II, буква „А” на Приложение № 1 от Кодекса за застраховането. Здравното застраховане, недвусмислено се приема като част от общото застраховане (застраховането различно от животозастраховането) и по смисъла на цитираните по-горе директиви.

Съгласно чл. 1 от Директива 73/239/ЕИО се предвижда, че същата директива 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 плащания”, „плащания във формата на обезщетения” и „комбинация от 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 здравноосигурителното дружества. От тази гледна точка дейността по доброволно здравно осигуряване попада в общата дефиниция на приложното поле на директивите по застраховане, различно от животозастраховането.

Директивите споменават здравното застраховане изрично:

Член 7, параграф 2, буква „в” от Директива 73/239/ЕИО, при 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 мотивите 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 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 рисковете**.

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 следствие 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 същи 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

- ЗЗО 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 29.03.2006 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 тези за изчисляването на границата на платежоспособност на двете категории лица са определени по еднакъв начин в един подзаконов нормативен акт - Наредба № 21 от 16.03.2005 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 19.07.2006 г. за изискванията към счетоводството, формата и съдържанието на финансовите отчети, справките, докладите и приложенията на застрахователите и на здравноосигурителните дружества.

Съгласно гореизложеното, дейността по доброволно 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 дейности 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. лева**, като до 3 години след лицензирането трябва да достигне **2 млн. лева**. 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. лева**, 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 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 придобиването на акционерно участие:

- При здравноосигурително дружество за придобиване на повече от 10 % 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 %

- При застраховател за придобиване на участие повече от 10 % от капитала, както и при увеличаване на участието на 20 %, 33 % или повече от 50 %, 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 % 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. изготвя, приема и изпълнява програма за дейността на застрахователя за срок три години, която актуализира ежегодно;

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

- 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;

- 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 създаването на европейската общност 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 ограничен кръг от 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 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 организационна стабилност на здравноосигурителните дружества, с което правата и интересите на потребителите на здравните услуги не са гарантирани в достатъчна степен.

4. По отношение на процедурата, която е открита с писмото на ЕК:

4.1. Процедурата за нарушение по чл. 226 от ДЕО е предвидена, за да осигури нормалното функциониране на вътрешния пазар на Общността. ЕК по силата на член 211 от ДЕО е оправомощена да осигурява прилагането на Учредителните договори (т.нар. „първично право на ЕС“) и актовете на институциите, приети в съответствие с тях (т.нар. „вторично право на ЕС“ – директиви, регламенти, решения и т.н.). Най-широк кръг задължения за държавите членки произтичат от актовете на вторичното право – регламенти и директиви. Докато регламентите се ползват с т. нар. директен ефект, директивите създават задължение за държавите членки за предприемане на национални изпълнителни мерки (НИМ) било на законово, било на подзаконово ниво в зависимост от правната система на съответната държава

членка. Създаден е механизъм на нотификация на ЕК от страна на държавите членки за предприятиите от тях НИМ в изпълнение на определена директива.

Неизпълнението на държава членка на задължения, произтичащи от първичното или вторичното право на ЕС, съгласно член 226, параграф 1 от ДЕО (сегашен член 258, параграф 1 от Договора за функциониране на Европейския съюз (ДФЕС) е основание ЕК да открие процедура за нарушение (*infringement procedure*) спрямо съответната държава членка: „Ако Комисията счита, че дадена държава членка не е изпълнила задължение, произтичащо от настоящия Договор, **тя издава мотивирано становище по този въпрос, след като е дала възможност на съответната държава да изложи своите съображения.**” В доктрината и в практиката на Съда на Европейския съюз (СЕС) понятието „задължение, произтичащо от настоящия Договор” се тълкува разширително и обхваща, както първичното право, вторичното право (регламенти, директиви и решения), така и международни споразумения, сключени от Общността с трети страни. Преценката за откриване на процедура за нарушение принадлежи изцяло на ЕК, тъй като тя действа в интерес на Общността и в този смисъл може да се „самосезира” при констатиране на нарушение от страна на държава членка. Информацията, въз основа на която ЕК може да вземе решение за откриване на такава процедура, има различни източници: жалби на физически и юридически лица до ЕК, по искане на Европейския парламент или Европейския омбудсман по повод подадена до тях петиция или жалба, или по собствена инициатива на ЕК въз основа на предоставени от нейните служби, натоварени с контролни правомощия по предприемането на НИМ, данни за нарушение.

„Нарушението” може да се изразява в липса на нотификация за предприятиите НИМ, неправилно въвеждане в националното законодателство правилата на директивите, неприлагане или лошо прилагане на правото на ЕС, както и на разпоредбите, които транспонират директивите в националното законодателство. Нарушението може да се изразява както в действие, **така и в бездействие на държавата членка.** Отговорността на държавата членка е безвиновна, а също така не е необходимо от действието или бездействието да са настъпили вреди на Общия пазар.

4.2. Етапи на процедурата за нарушение

4.2.1. Информационна фаза

Този етап не е задължителна част от процедурата и има място непосредствено преди нейното откриване. Провежда се неформален диалог между ЕК и съответната държава членка като се изпраща **писмо от ЕК с искане за предоставяне на информация за предприятиите мерки, респективно тяхното прилагане в конкретна област или в изпълнение на акт на Общностното право.** Цели се събирането на повече информация, както и „ранно предупреждение” за отстраняване на несъответствия в правоприлагането преди откриване на процедурата за нарушения. Ако ЕК разполага с достатъчно информация за извършено нарушение, такъв предварителен етап преди официалното започване на наказателната процедура, може да не бъде проведен.

4.2.2. Досъдебна (административна фаза)

Първата стъпка от тази фаза е изпращане на официално уведомително писмо (letter of formal notice) от ЕК, в което се посочва кои **разпоредби** на Общностното право са нарушени и в **какво се състои нарушението**. Когато липсва нотификация за предприети НИМ, решението за откриване на процедура за нарушение не се взема на заседание на ЕК, а от съответния европейски комисар, в чийто ресор попада прилагането на съответния на Общностното право. В официалното уведомително писмо се определя **срок за отговор на държавата членка, който по правило е два месеца**, но може да бъде и по-дълъг в зависимост от фактичката и правна сложност на случая. Съществува възможност срокът да бъде удължен по искане на държавата членка.

След представянето на становището на държавата членка в указания срок, ако ЕК счете, че има нарушение на Общностното право, тя предприема втората стъпка от тази фаза – изпращането на мотивирано становище (reasoned opinion). В него по-подробно се излагат аргументите на ЕК за откриване на процедура за нарушение, но трябва да има **пълно съответствие** с описаното нарушение и посоченото правно основание в официалното уведомително писмо. Според СЕО с мотивираното становище „Комисията официално представя своята позиция по отношение на правното положение на държавата членка“ (С-191/95 Комисията срещу Германия). С него ЕК дава срок на държавата членка да отстрани нарушението, който е двумесечен, но също може да бъде удължен.

4.2.3. Съдебна фаза

Ако в определения от ЕК в мотивираното становище срок държавата членка не отстрани нарушението, ЕК може на основание член 226, параграф 2 от ДЕО (член 258, параграф 2 от ДФЕС) да сезира Съда на Европейските общности (понастоящем Съд на Европейския съюз). В този аспект ЕК разполага с дискреционно правомощие дали да сезира СЕС или не – това е нейно право, а не задължение – правило, прокарано последователно и в практиката на СЕС. СЕОС се произнася с решение дали е извършено нарушение от държавата членка или не и ако е установено такова, с решението на СЕС държавата членка се задължава да го отстрани. Решението няма наказателен характер, доколкото не налага на държавата членка конкретно наказание, а предписва отстраняване на нарушението.

Спазва се установената процедура за разглеждане на делата от СЕС. Първо се извършва проверка за допустимост на подадения от ЕК иск. Недопустимо е разширяване на предмета на иска извън посочените в мотивираното становище на ЕК фактически и правни констатации. Не е необходимо ЕК да доказва правен интерес за завеждането на иска, такъв съществува дори ако държавите членки са предприели предписаните мерки, но не са спазили определените за това срокове. Доказателствената тежест за установяване на нарушението е върху ЕК. Противопоставянето на възражения от страна на държавата членка за форсмажорни обстоятелства, които са във връзка с нарушението на Общностното право, са утвърдени като неприемливи в практиката на СЕС.

Поради продължителността на съдебното производство, по искане на ЕК, СЕО можа да наложи временни мерки с цел преустановяване на нарушението и предотвратяване и ограничаване на вредите. Ако СЕС

произнесе осъдително решение спрямо държава членка, съгласно член 228, параграф 1 от ДЕО (член 260, параграф 1 от ДФЕС) тя „е длъжна да предприеме необходимите мерки, за да се съобрази с решението на Съда“. ДЕО (съответно ДФЕС) не посочва срок за изпълнението на съдебното решение. Самото съдебно решение не предписва конкретните мерки за отстраняване на нарушението, те са посочени в мотивираното становище на ЕК на досъдебната фаза на процедурата.

Контролът за изпълнението на съдебното решение е възложен на ЕК (член 228, параграф 2 от ДЕО, съответно член 260, параграф 2 от ДФЕС). За целта ЕК приема мотивирано становище, в което посочва кои части на съдебното решение държавата членка не е изпълнила и дава срок на държавата членка да изпълни задълженията си, който обикновено е двумесечен. Ако и в този срок, решението не бъде изпълнено от държавата членка, ЕК сезира СЕС с иск, с който се иска налагането на имуществена санкция на държавата членка. Санкцията се състои от два елемента: еднократна парична сума и периодична имуществена санкция за закъснялото изпълнение (*нещо като глоба – съгласно българската правна доктрина*). Размерът на санкцията се определя в зависимост от обстоятелствата по конкретния случай. СЕС разглежда иска и ако прецени, че държавата членка не се е съобщила с първоначалното му решение и не е изпълнила предписанията на ЕК за това, осъжда държавата членка да заплати определената от ЕК парична санкция.

В рамките на информационната фаза през м. октомври 2009 г. от компетентните български власти е предоставен отговор и информация до Европейската комисия. Към настоящия момент в управление „Застрахователен надзор“ на Комисията за финансов надзор не е постъпвала информация за получаване на официално уведомително писмо и откриване на досъдебната (административна фаза).

Допълнителна информация за развитието на въпросите, свързани с доброволното здравно осигуряване:

Преди редовната среща на Европейския комитет по застраховане и пенсионно осигуряване, насрочена за 31 март 2010 г., в Комисията за финансов надзор беше получена покана от Застрахователното звено на Генерална дирекция „Вътрешен пазар и услуги“ на Европейската комисия (ЕК) за провеждане на неформална среща с участника от българска страна по въпросите на здравното осигуряване в България.

На срещата експертът на Европейската комисия е посочил, че извършването на здравна реформа е добър повод здравното осигуряване в България да се уреди в съответствие с европейското законодателство, като по такъв начин ще се спести необходимостта от развитие на наказателната процедура срещу България и последваща промяна на българските закони. Във връзка с това е изразена позиция за спешна необходимост от тясно сътрудничество с Генерална дирекция „Вътрешен пазар и услуги“ на ЕК по въпросите на здравното осигуряване и най-вече по отношение на частното здравно застраховане (осигуряване). Изразена е била готовност за организиране на среща в София на „подходящо“ равнище, на която представители на Застрахователното звено на Генерална дирекция „Вътрешен пазар и услуги“ на ЕК да направят необходимите разяснения пред

заинтересовани представители на български ведомства. Също така от тяхна страна се обмисля изпращане на официално писмо до българските институции (като продължение на процедурата за нарушение), което да стимулира развитието на диалога. Необходимо е да се има предвид, че позицията, изразена от експерта на Европейската комисия е била конструктивна и добронамерена.

По време на срещата са били споделени принципните позиции на Застрахователното звено на Генерална дирекция „Вътрешен пазар и услуги“ на ЕК:

(1) Всякаква дейност по покриване на здравни рискове, извършвана от пазарни субекти, е здравно застраховане и следователно трябва да се подчини на застрахователните директиви.

(2) Ако публичният орган (в нашия случай НЗОК), който се занимава с държавното здравно осигуряване, започне да предлага някакви допълнителни покрития на договорна основа - тази договорна дейност също представлява застраховане и трябва да се подчини на застрахователните директиви.

(3) Здравното застраховане, осъществявано от пазарни субекти, се определя в следните категории:

а) заместващо здравно застраховане, когато здравното застраховане, предлагано от пазарен субект, изключва ползването на държавното здравно осигуряване (такава е системата в Германия и Чехия например). В този случай застрахователните директиви се прилагат, като може да се приложат изключенията, уредени в чл. 54 от Трета директива по общо застраховане (92/49/ЕИО), които допускат държавите членки да уредят здравното застраховане, като приложат част от правилата относно животозастраховането. В тези случаи се допуска и специална уредба на покритието, в това число право на държавите да осъществяват систематичен контрол върху общите условия по застраховките.

б) допълнително здравно застраховане, когато здравното застраховане, предлагано от пазарния субект, осигурява покрития, които не са включени в държавното здравно осигуряване. В този случай застрахователните директиви се прилагат без прилагане на изключенията, уредени в чл. 54 от Трета директива по общо застраховане, посочени по-горе.

в) допълващо здравно застраховане, когато частното застраховане осигурява същото покритие, което се осигурява от държавното здравно осигуряване, но гарантира по-добро качество, по-бързо обслужване и пр. (такава е системата във Великобритания например). В този случай застрахователните директиви се прилагат без прилагане на изключенията, уредени в чл. 54 от Трета директива по общо застраховане, посочени по-горе.

Информацията за резултатите от тази среща е представена на министъра на финансите (писмо наш изх. № 04-13-56 от 13.4.2010 г.).

С писмо наш вх. № 04-03-2 от 03.6.2010 г. от страна на Министерство на здравеопазването е поискано определянето на представители на Комисията за финансов надзор за участие в междуведомствена работна група, която да подготви Проект за изменение и допълнение Закона за здравното осигуряване – в частта за доброволното здравно осигуряване. Указано е, че с тези действия

се цели решаване на проблемите, произтичащи от откритата процедура за нарушение по чл. 226 от ДЕО. На следващия ден е изпратен отговор, с който са определени участниците.

Със Заповед РД 09-529/26.08.2010 г. на Министерство по здравеопазването е създадена работна група с представители на Министерство на здравеопазването, Министерство по финансите, Комисията за финансов надзор и Национална Здравноосигурителна Каса.

В заключение и с цел изразяване на активна позиция от страна на Комисията за финансов надзор могат да бъдат предприети действия по изготвяне на Проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване – само в частта за доброволно здравно осигуряване. При завършването на законопроекта той да бъде представен на вниманието на всички заинтересовани страни, като по този начин се предприемат ефективни (а не симулационни действия) за решаване на проблема с регулирането на дейността по доброволно здравно осигуряване.

Проектът на Закона за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване ще бъде изготвен с оглед съобразяване на дейността по доброволно здравно осигуряване, уредена в Закона за здравното 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;

- 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.

Промените 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 ще се постигне като здравноосигурителните дружества станат застрахователи и за тях се прилагат всички изисквания за застрахователите.

Основните характеристики на подхода, който ще се следва 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.

Концепцията на предстоящите промени се основава на идеята, 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“ ще може да се използва само от застраховател, който извършва дейност единствено и само по здравна застраховка и застраховка „Злополука“.

Ще бъде предвидено съществуващите здравноосигурителни дружества, в определен срок, да приведат дейността си съгласно изискванията на Кодекса за застраховането и да получат лиценз за застраховател по застраховка „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.

Предложения на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване (АЛДЗО):

От страна на АЛДЗО са направени предложения, насочени към решаване на проблеми в дейността на дружествата за доброволно здравно осигуряване и за подобряване на регулаторната среда. Предложения са в две сфери (1) взаимоотношения с лечебните заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ и (2) слабости в съществуващата нормативна уредба, свързани с изискванията за финансова стабилност.

Предложения	Позиция и съображения
АСОЦИАЦИЯ НА ЛИЦЕНЗИРАНИТЕ ДРУЖЕСТВА ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ	
<p>1. Привеждане на законовите изисквания към дружествата за доброволно здравно осигуряване в съответствие с изискванията на европейските директиви относно размер на капитала, гаранции за платежоспособност и други предложения, които КФН има по тези проблеми, без да чакаме изрични указания от Европейската комисия, <u>като запазим единствения предмет на дейност на дружествата - здравно осигуряване.</u></p>	<p>Такава мярка следва да бъде подкрепена – необходими са законови промени.</p>
<p>2. При изпълнение на своите законови задължения при абонаментното здравно осигуряване дружествата за доброволно здравно осигуряване сключват договори с лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ. Всички лечебни заведения, съгласно закона за лечебните заведения са търговски дружества и формират цени на здравните услуги без всякакви ограничения. В повечето случаи лечебните заведения заемат монополно положение в зависимост от географското разположение /единствена болница в региона/, вида на специалността или апаратурата и др. с мотива „недофинансиране“ по линия на задължителното здравно осигуряване, те променят цените на здравните услуги неколккратно в рамките на едногодишен период, което не позволява да се направят сериозни актюерски разчети относно размера на осигурителната премия.</p> <p>По този въпрос е необходимо държавата да се намеси и за <u>лечебни заведения за извънболнична помощ, които ползват обществен ресурс, т.е. работят по договор с НЗОК, да не могат да предлагат други цени освен тези на НЗОК, когато сключват договори с нас или пациентът заплаща директно</u>, тъй като в този случай само се сменя източникът на финансиране. Тогава и цените ще се променят веднъж в годината, както на НЗОК. Лечебни заведения, които нямат договор с НЗОК биха могли да формират свободно цени на здравни услуги.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена, но нейното прилагане не е в компетентността на КФН.</p>

<p>3. Поради монополното си положение болничните лечебни заведения ни принуждават да <u>заплащаме процент /20 до 50%/ върху цената на клиничната пътека /метод за формиране на болничната помощ по линия на задължителното здравно осигуряване/</u>. Срещу това заплащане нашите осигурени не получават почти никакви допълнителни здравни услуги. С тази порочна практика ние не сме в състояние да се справим, поради това, че предоставяния от нас финансов ресурс на болниците, в сравнение с техните бюджети е незначителен и не представлява особен интерес за тях, а в същото време ние изискваме отчетност и качество на медицинското обслужване. Поради това, за да сключим договор ние сме принудени да приемем условието за заплащане на посочените проценти. В противен случай не можем да предоставим на осигурените лица необходимото им медицинско обслужване в болниците.</p> <p><u>МЗ трябва да забрани вземането на такива проценти върху клиничната пътека, защото това не е здравна услуга, която не влиза в основния пакет по задължителното осигуряване</u>, а вид рекет от страна на болниците, което неправомерно оскъпява нашите продукти.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена, но нейното прилагане не е в компетентността на КФН.</p>
<p>4. В много от клиничните пътеки НЗОК е визирала текст <u>„не заплаща скъпоструващи медикаменти и консумативи“</u>. На това основание всяка болница прави собствено тълкуване на съдържанието на записа „скъпоструващи“. В същото време поради това, че тези консумативи се заплащат от пациента, тяхната цена не е пазарна, а се определя от размера на комисионната, която всеки лекар е договорил със съответната фирма. Многократно сме настоявали пред МЗ да състави пакет от здравни услуги, които не се покриват от НЗОК по задължителното здравно осигуряване и <u>да се намери нормативна база за формиране на пределни цени на тези консумативи, както при лекарствата</u>, за да бъдат те еднакви за всеки български гражданин и да се прекъснат корупционните практики в това направление.</p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена, но нейното прилагане не е в компетентността на КФН.</p>
<p>5. Лечебните заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ не трябва да се занимават с управление на финансов риск, тъй като не са лицензирани както дружеството за ДЗО. Те трябва да образуват цена, да създават организация на обслужване и качество на предоставяните здравни услуги. За да бъдат създадени тези условия е необходимо <u>да се промени ЗЗО и да отпадне всякаква възможност за абонаментни договори, сключвани от лечебните</u></p>	<p>Такава мярка може да бъде подкрепена, но нейното прилагане не е в компетентността на КФН.</p>

заведение. /Такива договори сключват и служби по трудова медицина в областта на профилактиката/.	
6. В редица български фирми работят и чуждестранни граждани /най-вече в мениджмънта на компаниите/, повечето от които със статут на продължително пребиваващи в страната. В този случай те не са задължително осигурени в България. След като съгласно ЗЗО дружествата за ДЗО извършват допълнително здравно осигуряване, как бихме могли да извършваме доброволно здравно осигуряване за тези лица, особено когато те са граждани на страни извън ЕС.	Необходимо анализиране на въпроса съвместно от различните компетентни държавни институции – МЗ, КФН и НЗОК.

По въпросите за лечебните заведения Комисията за финансов надзор не е компетентна и не разполага с капацитет да вземе отношение. Предложенията, свързани със слабости в нормативната уредба са обосновани и тяхното решаване следва да намери отражение при изменението на Закона за здравното осигуряване, в частта за доброволно здравно осигуряване.

IV. Приоритети, свързани с взаимодействието между застрахователната индустрия и КФН по отношение развитието на проекта Платежоспособност II.

Директивата Платежоспособност II (публикувана в Официалния вестник на Европейския съюз през м. Декември 2009 г.) обобщава разпоредбите на повечето действащи сега директиви и същевременно въвежда изцяло нови изисквания към платежоспособността (капиталовата адекватност), системите за корпоративно управление, отчетността, публичното разкриване на информация и надзора върху застрахователната и презастрахователната дейност. Директивата дефинира нов режим за определяне платежоспособността на застрахователите, който в сравнение с действащия дава по-голяма тежест на качеството на управление на рисковете и вътрешния контрол, като се отчитат всички количествено измерими рискове, на които са изложени застрахователите. Директивата въвежда коренно нов подход за надзор, като премахва досегашния формален подход за въвеждане на конкретни количествени изисквания и наблюдение за тяхното спазване и въвежда така наречения подход за надзор, базиран на принципи. Директивата трябва да бъде приложена от държавите членки и да е влязла в сила до края на м. октомври 2012 г.

Платежоспособност II е широкомащабен проект, който включва законодателни мерки на две равнища и мерки от трето равнище, които имат характера на надзорни указания:

- Рамкова Директива 2009/138/ЕО на Европейския парламент и на съвета от 25 ноември 2009 година относно започването и упражняването на застрахователна и презастрахователна дейност, която беше гласувана на 22 април 2009 г. и вече е публикувана в Официален вестник на Европейските общности (Първо ниво);

- Законодателни мерки от второ ниво, които се разработват съвместно от Европейската комисия, Комитета на европейските застрахователни и пенсионноосигурителни надзори и с участието на други заинтересовани лица.

Броят на тези мерки е значителен и обхваща всички аспекти на предлагания нов режим за оценка платежоспособността на застрахователите и презастрахователите. Предложенията на Комитета на европейските застрахователни и пенсионноосигурителни надзори са съпроводени от оценка на въздействието с цел да се предостави аналитична основа, която да гарантира, че направените предложения за политики са обосновани.

Комитета на европейските застрахователни и пенсионноосигурителни надзори е представил на Европейската комисия своите предложения за мерки по прилагането на директивата от второ ниво и Европейската комисия е започнала процедурата по тяхното приемане. Мерките по прилагането са в следните сфери:

- оценка на техническите резерви;
- собствени средства;
- процикличност;
- отчети за надзорни цели;
- публично разкриване на информация;
- квалифицирани участия;
- нормативно изискуема платежоспособност – стандартна формула;
- нормативно изискуема платежоспособност – вътрешни модели;
- налагане на мерки за увеличаване на капитала;
- актюерска функция;
- сътрудничество и координация между надзорните органи.

Предвидено е Европейската комисия да изготви окончателно предложение във връзка с мерките по прилагане от ниво 2 на Европейския застрахователен и пенсионно осигурителен комитет (ЕЮРС) през октомври 2010 г. ЕЮРС ще дискутира приблизително 4 месеца преди да бъде гласувано официално становище. Европейският парламент и Съветът ще разполагат също с около 4 месеца, за да се произнесат по становището на ЕЮРС. Гласуването на мерките от ниво 2 от Европейската комисия се очаква да се състои през октомври 2011.

Към настоящия момент няма окончателно решение относно вида на правния инструмент (регламент или директива), с който ще бъдат въведени мерките от ниво 2.

В завършващата фаза на проекта Платежоспособност II се предвижда изготвянето на т. нар. надзорни указания по прилагането на директивата Платежоспособност II (мерки от трето ниво) от Комитета на европейските застрахователни и пенсионноосигурителни надзори, които да позволят всеобхватното и хармонизирано прилагане на директивата в рамките на целия

Европейски съюз. Предназначението на мерките от ниво 3 е да способстват за еднаквото, последователно и ефективно прилагане на нормите на правото на ЕС и поради това е предвидено тяхното разработване да стане въз основа на окончателния проект на мерките от ниво 2 преди тяхното публикуване в „Официален вестник“. Окончателният текст на мерките от ниво 3 следва да бъде приет след официалното публикуване на мерките от ниво 2, за да може да се постигне максимална съгласуваност между мерките от двете нива. Мерките от ниво 3 засега нямат задължителен характер. Това положение ще се промени с приемането на регламентите, чрез които надзорните комитети (включително Комитета на европейските застрахователни и пенсионноосигурителни надзори) се трансформират в Европейски агенции, което се очаква да е факт от началото на 2011 г.

В периода август – ноември 2010 г. ще се проведе във всички държави членки на ЕС 5-то количествено изследване на влиянието на новата регулация (т.нар QIS 5 - Quantitative Impact Study). QIS 5, което е последна възможност за тестване на изискванията на директивата Платежоспособност II преди нейното влизане в сила.

От изключителна важност е всички застрахователи да се запознаят в детайли с новите изисквания и да се подготвят в срок за тяхното изпълнение. Във връзка с това е необходимо широко и представително участие в Петото количествено изследване на влиянието на новата регулация. Няколко български застрахователни дружества са взели участие в предишните две тествания на ефектите от Solvency II - QIS 3 и QIS 4, проведени през 2007 г. и 2008 г. С участието си в QIS5 застрахователите биха могли в един разумен и по-ранен момент да установят бъдещите си капиталови нужди, както и да идентифицират области, които се нуждаят от подобрене, да проверят готовността на вътрешните си системи и процедури за въвеждане на новата регулация.

Като подготовка за участието в QIS5 Комисията за финансов надзор, с подкрепата на Туининг проекта, реализиран от Италианското министерство на икономиката и финансите организира 3 семинара, към които бе проявен интерес от застрахователната индустрия и бе отчетено представително присъствие.

Към момента 18 застрахователя и 1 презастраховател са заявили намерение за участие в количественото изследване.

Необходимо е установеното добро сътрудничество със застрахователната индустрия да продължи и се задълбочи, като в скоро време бъдат предприети съвместни действия по прилагането на Директивата Платежоспособност II в българското законодателство.

В допълнение, въвеждането на Платежоспособност II поставя нови високи изисквания към Координационните комитети на европейските застрахователни групи, като на тях ще бъдат делегирани много и повече задачи и отговорност. Следва да се отбележи, че към момента управление „Застрахователен надзор“ участва в 11 координационни комитети на европейски застрахователни групи, част от които са по-голяма част от действащите на застрахователния пазар общозастрахователни и животозастрахователни дружества.

Пълното отговаряне на изискванията на CEIOPS по отношение дейността на Координационните комитети е свързано и с планираното организиране и провеждане на първа среща на Координационния комитет на «Евроинс Застрахователна група», на която да вземат участие представители на регулаторните органи на Румъния, Македония и Турция, на чиято територия застрахователната група осъществява дейност.

V. Международно сътрудничество.

Друг важен ангажимент на КФН, с който служителите на управление „Застрахователен надзор“ са пряко ангажирани е Проектът за оказване на подкрепа за изграждането на устойчив капацитет на Застрахователната агенция на Босна и Херцеговина и на застрахователно надзорните агенции на двата ентитета. Съгласно бюджета и срока на проекта (две години) и извършени предварителни оценки **3 служители** следва да са непрекъснато ангажирани с изпълнението на тази дейност на място в Босна и Херцеговина.

Следва да се отбележи, че заедно с останалите международни ангажименти нараства броя на осъществяваните съвместни проверки с европейските надзорни органи, което поставя по-високи изисквания към участниците в проверката предвид факта, че в случая се изисква вникване в груповите особености, боравене с чуждоезична информация и изготвяне и предоставяне на детайлна информация на груповия надзорен орган.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условията на икономическа криза, в която Комисията за финансов надзор извършва дейността си и новата регулаторна рамка на единния европейски пазар, налага оформянето на нови стратегически цели, за превъзможване на кризата и постигане на устойчив растеж на застрахователния пазар.

С цел защита интересите на потребителите на застрахователни услуги и осигуряване на стабилност, предвидимост, прозрачност и доверие на застрахователния пазар, се налага осъществяване на по-ефективен надзор върху дейността на застрахователите, презастрахователите, застрахователните брокери и застрахователните агенти и здравноосигурителните дружества.

Предлаганите мерки относно регулирането и надзора върху дейността на застрахователите, презастрахователите, застрахователните посредници и здравноосигурителните дружества целят повишаване на общественото доверие и информираност към търсенето и предлагането на застрахователни продукти и услуги, както и повишаване авторитета на Комисията за финансов надзор.

