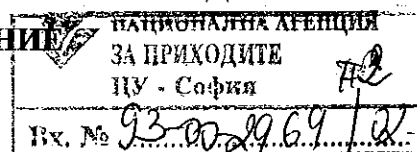


ДО

НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ
ЦЕНТРАЛНО УПРАВЛЕНИЕ



гр. София – 1000

бул. „Княз Александър Дондуков” № 52

На вниманието на:

Г-н Гавраил Забутов

Главен секретар на НАП

ДОКЛАД

ОТНОСНО: Възложено изготвяне на технически спецификации и извършване на пазарни консултации във връзка с откриване на процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „Застраховане на служителите на НАП с групова застраховка срещу злополука и застраховка „Живот” за 2020 г. и 2021 г.”

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ГЛАВЕН СЕКРЕТАР,

Във връзка с писмо Ваш изх.№ 93-00-2969 / 08.07.2019 г. относно откриване на процедура за възлагане на обществена поръчка на стойност по чл. 20, ал. 4 т. 3 от ЗОП с предмет: „Застраховане на служителите на НАП с групова застраховка срещу злополука и застраховка „Живот” за 2020 г. и 2021 г.”, и в определения срок предоставям на Вашето внимание становището си по поставените ми въпроси и задачи, изложени подробно по-долу, както следва:

Поставени задачи:

Изготвяне на Техническите спецификации на поръчката „Застраховане на служителите на НАП с групова застраховка срещу злополука и застраховка „Живот” за 2020 г. и 2021 г.” със следния обхват:

- определяне на **покритите застрахователни рискове;**
- определяне на **застрахователни суми и лимити на отговорност;**
- определяне на **специални условия** при застрахователни събития, покрити застрахователни рискове, лимити на отговорност и обезщетения;
- определяне на **методика за комплексна оценка** и начина на определяне на **оценката по всеки показател**, съгласно възприетия от възложителя критерий за определяне на икономически най-изгодната оферта в процедурата въз основа на критерия за възлагане „**оптимално съотношение качество/цена**”;
- определяне на **максимално допустим размер на общата застрахователна премия** за срока на договора;
- определяне на **прогнозна стойност на поръчката.**

Съобразена нормативна рамка: Закон за обществените поръчки /ЗОП/, Кодекс за застраховане /КЗ/, Закон за Комисията за финансов надзор /ЗКФН/, Закон за Националната агенция за приходите /ЗНАП/.

Съобразени публикации и изследвания, достъпни в електронен вид на:

- Интернет страницата на Агенцията за обществени поръчки;
- Интернет страницата на Национална агенция за приходите;
- Интернет страницата на Комисия за финансов надзор;
- Интернет страница на Националния статистически институт;
- Интернет страница на Министерство на здравеопазването;
- Интернет страници на избрани лицензирани застрахователни дружества.

Допълнително събрана информация и проучване относно актуални и действащи Общи и специални условия по застраховки „Живот” и „Злополука” с възстановяване на медицински разноски, на отделни избрани за проучването застрахователни дружества.

Предоставена от възложителя информация и документи - Преглед на изготвена предварителна проектна документация и примерни образци на документи.

Предоставени от Възложителя данни за изпълнението на действащия договор за възлагане на поръчката със същия предмет за 2018-2019 г.

I. ПОКРИТИ РИСКОВЕ ПО ЗАСТРАХОВКАТА

Застраховката, предмет на поръчката е от категорията на задължителните застраховки по чл. 461, т. 3 от Кодекса за застраховането /КЗ/, и нейното сключване е регламентирано в чл. 15 от Закона за Националната агенция за приходите /ЗНАП/.

Съгласно чл. 465, ал. 1 от КЗ застраховката може да бъде сключена и над минималните изисквания, установени с нормативния акт, регламентиращ задължителните параметри на нейното сключване.

Застраховката е краткосрочна и за нейното сключване е необходим лиценз на застрахователя за покриване на Общо застрахователни рискове по Раздел II, буква „А” т. 1 и 2 от Приложение 1 към Кодекса за застраховането: злополука и заболяване с включен риска смърт, при изплащане на обезщетение, фиксирани парични или съчетание между двете.

Законовото определение на застрахователните рискове се намира в Глава Четиридесет и трета: Застраховка „Злополука” /чл. 459 – чл. 460 от КЗ/ от Дял трети на Част четвърта от Кодекса за застраховането. Застраховката се сключва от работодателя при условията на групово застраховане по чл. 441 от КЗ. Застрахователното покритие обхваща и рискове, настъпили в следствие на заболяване и покрити при условията на чл. 427 от КЗ.

В най-общия случай застрахователите разделят застрахователните рискове в следните категории:

По застраховка „Злополука”

- временна загуба на трудоспособност
- трайна загуба на работоспособност
- смърт

По застраховка „Заболяване”

- временна загуба на трудоспособност
- трайна загуба на работоспособност
- смърт

При покриване на разноските във връзка с настъпване на застрахователните събития покритието включва възстановяване на разходите за:

- медицински разноски и болничен престой в следствие на злополука или заболяване;
- разходи за погребение при настъпила смърт;

Зъболечението обичайно се третира като отделно покритие по застраховка заболяване и най-често се свързва с отделни изисквания и ограничения за предоставяне на застрахователно покритие.

В интерес на застрахователя и застрахованите лица е осигуряването на максимално покритие на рискове, с минимални ограничения и изключения от покритието, при максимални лимити на отговорност на застрахователя и при заплащането на минимални премии. Балансиращ компонент е осигуряване получаването от страна на потребителя на застрахователни услуги при качествено и коректно обслужване от страна на застрахователя при ясно очертани процедури и регламентирани граници на отношенията.

При оценяване на възможните предложения се препоръчва съобразяване на предложените от застрахователя Общи и специални условия по застраховката при сравняване на показатели за:

- ясно и недвусмислено определяне на вида и характера на покритите застрахователни рискове и прилаганите от застрахователя изключения от тях;
- максимално изчерпателно посочване на видовете застрахователни събития, условията по тяхното настъпване и необходимите за тяхното доказване документи, процедури и срокове.

- недвусмислено регламентирани процедури по предявяване и обслужване на застрахователните претенции, ясни срокове и изисквани краен брой документи за обосноваване на претенцията;

В този смисъл би могло да се препоръча включване в изискваната документация за участие в процедурата включване на изискване за предоставяне на Общи условия на застраховката, официално приети и одобрени от застрахователя не по-късно от шест месеца, преди датата на публикуване на решението за обявяване на поръчката.

Препоръчително е и изискване за предоставяне на ясно разписана и гарантирана от застрахователя процедура за предявяване и разглеждане на застрахователни претенции, включително срокове, изискване за предоставяне на документация и/или други доказателства относно вида на застрахователното събитие и размера на исканото застрахователно обезщетение.

Предоставяне на възможност за предявяване на претенцията и представяне на документи по електронен път, както и за уведомяване чрез електронно поддържана система за уведомяване от страна на застрахователя. При наличието на достатъчна степен на защита на личните данни възможността за комуникация по електронен път може да се смята за значително улеснение за застрахованите лица и предоставя безспорни предимства при предоставяне на застрахователната услуга.

Покритите от застраховката рискове следва да ограничат претърпените вреди от страна на застрахованото лице в следствие на настъпила нетрудоспособност, която общо би могла да бъде класифицирана на трайна или временна. Обичайно застрахователите класифицират риска злополука и събитията свързани с него на такива настъпили при изпълнение на трудовите задължения – трудова злополука или такива, в резултат на причини от битов характер – битова злополука.

Заболяването обичайно се разделя на професионално или акутно заболяване. Настъпването на застрахованите рискове може да изсква болнично лечение или да не е необходимо такова. И в двата случая лечението е свързано и води до необходимост от покриване на допълнителни медицински разноски за неговото провеждане и допълнителни плащания в резултат на непокрити от задължителното здравно

осигуряване суми. В тях най-често отделно се отбелязва покриването на разноси, свързани с репатриране и/или медицинско транспортиране. Отделно би следвало да се третира и настъпването на риска смърт, независимо от причината за нейното настъпване.

СТАНОВИЩЕ

Относно: Покритите застрахователни рискове

При очертаните по-горе съображения покритите рискове по застраховката могат да бъдат определени от Възложителя при възлагане на обществената поръчка по следния начин:

1. Настъпване на трайна загуба на трудоспособност или смърт вследствие злополука
2. Настъпване на трайна загуба на трудоспособност или смърт вследствие заболяване
3. Настъпване на временна загуба на трудоспособност вследствие злополука над 10 до 180 дни
4. Настъпване на временна загуба на трудоспособност вследствие заболяване над 20 до 100 дни
5. Болничен престой на застраховано лице над 5 дни до 100 дни
6. Осъществено заболяване вследствие злополука или заболяване
7. Медицински разноси във връзка с настъпила нетрудоспособност вследствие заболяване над 20 дни, настъпила нетрудоспособност вследствие злополука над 10 дни или болничен престой над 5 дни
8. Разходи за погребение при настъпила смърт в срока на застраховката, над разходите изплатени от НАП

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ И ЛИМИТИ НА ОТГОВОРНОСТ

С оглед наложената практика и ползваните в предишни години лимити на отговорност по предложените за застраховане рискове, бих препоръчал запазване на предложения минимален размер на тяхното лимитиране. В офертата на участниците може да се предостави възможност за отправяне на предложения за покритие при по-високи от минималните определени от Възложителя лимити на отговорност. Това става по преценка на застрахователя като Възложителят е добре да предостави в условията за участие в процедурата информация, при която може да се направи реална преценка на покрития риск. В противен случай е възможно поемане на необосновано високи лимити на отговорност с оглед спечелване на процедурата от изпълнител, което да затрудни неговата работа и да влоши финансовия резултат като с това донесе проблеми по изпълнението на договорните отношения.

СТАНОВИЩЕ

Относно: Определяне на минималните застрахователните суми и лимити на отговорност

В съответствие с очертаните по-горе съображения минималните застрахователни покрития и лимити на отговорност по предложените рискове биха могли да бъдат определени по следния начин:

Покрити рискове	Застрахователна сума / Лимит на отговорност	
	За служители от Група 1	За служители от Група 2
1. Настъпване на трайна загуба на трудоспособност или смърт вследствие на злополука	не по-ниска от 10'000 лв.	не по-ниска от 12'000 лв.

2. Настъпване на трайна загуба на трудоспособност или смърт вследствие на заболяване	не по-ниска от 5'000 лв.	не по-ниска от 6'000 лв.
3. Настъпване на временна загуба на трудоспособност вследствие на злополука над 10 до 180 дни. Дължимо обезщетение на ден:	не по-ниско от 10 лв. / ден	не по-ниско от 12 лв. / ден
4. Настъпване на временна загуба на трудоспособност вследствие на заболяване над 20 до 100 дни. Дължимо обезщетение на ден:	не по-ниско от 5 лв. / ден	не по-ниско от 6 лв. / ден
5. Болничен престой на застраховано лице над 5 дни до 100 дни. Дължимо обезщетение на ден	не по-ниско от 10 лв. / ден	не по-ниско от 12 лв. / ден
6. Осъществено зъболечение вследствие на злополука или заболяване	1'000 лв.	1'200 лв.
7. Медицински разноски във връзка с настъпила нетрудоспособност вследствие на заболяване над 20 дни, настъпила нетрудоспособност вследствие на злополука над 10 дни или болничен престой над 5 дни	1'000 лв.	1'200 лв.
8. Разходи за погребение при настъпила смърт в срока на застраховката, над разходите, изплатени от НАП	1'000 лв.	

III. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СПУЦИАЛНИ УСЛОВИЯ при застрахователни събития, покрити застрахователни рискове, лимити на отговорност и обезщетения.

Обичайно застрахователите ограничават и контролират риска посредством включване в застрахователния договор на специални условия за неговото покриване.

По отношение на рисковете злополука и настъпването на смърт /независимо от причината/ условията не търпят особени уговорки и изключения от покритието, основно поради естеството на доказването на обстоятелствата при настъпването на застрахователните събития. Съгласно законовото определение рискът „Злополука”, представлява „всяко събитие, довело до смърт или телесно увреждане на застрахованото лице в резултат на неопределени и внезапни въздействия то външен произход, които застрахованото лице не си е причинило умишлено” /чл. 459, ал. 2 от КЗ/. Като законовата презумпция във всички случаи е, че събитието е непредвидимо. Законово определените изключени рискове са регламентирани в чл. 460 от КЗ /освен ако в договора не е уговорено друго/ и те включват събития настъпили когато:

- застрахованото лице съзнателно причини собствената си смърт;
- злополуката е в резултат от извършено престъпление от общ характер от страна на застрахованото лице; или
- събитието е настъпило при война, военни действия или вследствие на терористичен акт.

Рисковете, макар и определени съобразно Кодекс за застраховането заедно с това могат да имат различно съдържание и обхват, съгласно условията на застрахователя – покрити и непокрити рискове, ограничения на покритията, изринопосочени изключения и т.н.

В този смисъл препоръчително е при сключване да се изиска представянето на общи и специални условия на застрахователите, както и представянето на процедури за обслужване на застрахованите лица /описание/, с които застрахованите лица и лицата, изпълняващи координационни функции за тяхното обслужване да бъдат предварително запознати.

Услугата на застраховката представлява финансова услуга за удовлетворяване на претенцията на застрахованото лице за претърпени различни загуби. Препоръчително е

предоставянето на условията на застрахователя относно реда за предявяване предявяване и разглеждане на застрахователната претенция, обжалване на решение за отказ /пълно или частичен/, предоставяне на документи и т.н.

СТАНОВИЩЕ

Относно: Определянето на Специални условия

Като се вземат предвид направените по-горе разсъждения и изводи може да бъдат посочени следните възможни специални и препоръчителни условия при сключване на застраховката:

1. Застрахователно събитие:

1.1. Застрахователно събитие е настъпване на покрит по застраховката риск в срока на застраховката, вследствие на злополука или заболяване.

1.2. Застрахователните суми за покритите рискове представляват лимит за едно лице за всяко едно събитие.

1.3. Щети, във връзка с различни заболявания или злополуки на едно лице следва да се третираат като различни събития.

1.4. Злополука или заболяване, вследствие на което е настъпило застрахователно събитие, може да са възникнали както по време на действие на застрахователния договор, така и преди неговото сключване, но последиците от настъпилото събитие са възникнали и вредите са настъпили в срок на действие на договора.

1.5. Застрахователното събитие се удостоверява с издаване на надлежни документи, които включват, но без да се ограничават до:

- при временна загуба на трудоспособност, вследствие злополука или заболяване – болничен лист;

- при трайна загуба на трудоспособност, вследствие злополука или заболяване – удостоверение от ТЕЛК /НЕЛК;
- при смърт, вследствие злополука или заболяване - Акт за смърт;
- за удостоверяване на извършени медицински разходи, разходи за зъболечение, разходи за погребение – разходни документи, фактури или касови бележки.

2. Датата за настъпване на покрит по застраховката риск се определя както следва:

- Настъпване на временна загуба на трудоспособност, вследствие злополука или заболяване – датата на издаване на болничен лист, който се явява първи в срока на застраховката.
- Настъпване на трайна загуба на трудоспособност, вследствие злополука или заболяване – датата на влизане в сила на експертно решение на ТЕЛК / НЕЛК или друга държавна институция, удостоверяваща загубената трудоспособност.
- Настъпване на смърт вследствие злополука или заболяване - датата на смъртта, записана в издадения смъртен акт.

3. Специални условия във връзка с покритите рискове

3.1. Към покритието „Злополука“ се включва всяко случайно и непредвидено събитие, както и покритие „Злоумишлени действия на трети лица“, както и събития, дължащи се на война или военни действия; граждански вълнения, стачки и бунтове, терористичен акт. Не се счита за „Злополука“ преднамерено самонараняване или самоубийство.

3.2. Покритието „Злополука“ е валидно по всяко време.

3.3. Под „Заболяване“ се разбира всяко заболяване, включително професионално, включително усложнения във връзка с бременност и раждане, довело до временна или трайна загуба на трудоспособност, или смърт. Не се считат за „Заболяване“ събития възникнали във връзка с алкохолна или наркотична зависимости; нормално протичане на бременност и раждане; процедури „ин витро“.

3.4 Медицински разноски включват реално направените разходи за медицински разноски, включително лекарства, медицинско транспортиране и репатриране. Медицински разноски не включват разходи за витамини и хранителни добавки.

Не се допуска ограничаване на описаните рискови покрития.

Броят събития по всеки риск за всяко застраховано лице е неограничен за срока на застраховката.

4. Специални условия във връзка със застрахователните суми, лимити на отговорност и определяне на обезщетението

4.1. Предложената застрахователна сума за рисковете смърт и трайна загуба на трудоспособност, вследствие злополука, за едно лице следва да е не по-малка от:

10'000 (десет хиляди) лева за лица от Група 1, съответно

12'000 (дванадесет хиляди) лева за лица от Група 2.

4.2. Предложената застрахователна сума за рисковете смърт и трайна загуба на трудоспособност, вследствие заболяване, за едно лице следва да е не по-малка от:

5'000 (пет хиляди) лева за лица от Група 1, съответно

6'000 (шест хиляди) лева за лица от Група 2.

4.3. Предложената застрахователна сума за риска „Временна загуба на трудоспособност, вследствие злополука“ представлява обезщетение за всеки ден временна нетрудоспособност на застрахованото лице в периода над 10 до 180 дни и не може да е по-малка от:

10 (десет) лева на ден за лица от Група 1, съответно

12 (дванадесет) лева на ден за лица от Група 2.

Общият размер на обезщетението се формира като се умножат броят дни нетрудоспособност за едно застрахователно събитие по застрахователната сума за един ден.

4.4. Предложената застрахователна сума за риска „Временна загуба на трудоспособност, вследствие заболяване“ представлява обезщетение за всеки ден

временна нетрудоспособност на застрахованото лице в периода над 20 до 100 дни и не може да е по-малка от :

5 (пет) лева на ден за лица от Група 1, съответно

6 (шест) лева на ден за лица от Група 2.

Общият размер на обезщетението се формира като се умножат броят дни нетрудоспособност по застрахователната сума за един ден;

4.5. Предложената застрахователна сума за риска „Болничен престой“ представлява обезщетение за всеки ден болничен престой на застрахованото лице в периода над 5 до 100 дни и не може да е по-малка от:

10 (десет) лева на ден за лица от Група 1, съответно

12 (дванадесет) лева на ден за лица от Група 2.

Общият размер на обезщетението се формира като се умножат броят дни болничен престой за едно застрахователно събитие по застрахователната сума за един ден.

4.6. Процентът трайна загуба на трудоспособност, вследствие злополука или заболяване се определя от ТЕЛК / НЕЛК, независимо от срока на валидност на решението. Ако в срока на застраховката за едно заболяване бъде издадено удостоверение от ТЕЛК / НЕЛК за преосвидетелстване, във връзка със същата злополука, съответно заболяване, на обезщетение по второто издадено решение подлежи положителната разлика между процента трайна нетрудоспособност определен в последното удостоверение от ТЕЛК / НЕЛК и процента трайна нетрудоспособност, определен в предишното удостоверение от ТЕЛК / НЕЛК.

Обезщетението за трайна загуба на трудоспособност, вследствие злополука или заболяване се определя, като се умножи определеният процент трайна загуба на трудоспособност, съответно увеличеният процент при наличие на процент нетрудоспособност, определен с предходно решение на ТЕЛК / НЕЛК във връзка със същото заболяване, по съответната застрахователна сума;

4.7. Не се допуска приспадане на обезщетения по един покрит риск от обезщетения по друг покрит риск, включително когато се изплащат обезщетения във връзка с едно заболяване или злополука.

4.8. Не се допускат подлимита на посочените застрахователни суми.

5. Специални условия по определяне на Застрахователната премия

Определяне на застрахователната премия:

5.1. Застрахователната премия се посочва поотделно за един служител от Група 1 и за един служител от Група 2.

5.2. Застрахователната премия за служител следва да включва всички дължими данъци, такси, аквизиционни разходи, вноски за гаранционни, обезпечителни и други фондове и да е окончателна за срока на договора.

5.3. Общата застрахователна премия се определя като се сумират производението от броя служители от Група 1 и застрахователната премия за един служител от Група 1 и производението от броя служители от Група 2 и застрахователната премия за един служител от Група 2.

5.4. За целите на оценка на офертите, за брой служители ще се използват първоначално зададения брой лица в текущата документация.

6. Условия за предоставяне на информация:

Изпълнителят предоставя периодично - едновременно с представянето на сметката за плащане на поредната част от застрахователната премия, преди всяка вноска - обобщена информация за изпълнението на договора за периода, която включва броя на предявените от служителите на НАП застрахователни претенции и размера на изплатените застрахователни обезщетения по видове покрити рискове, както и за отказаните застрахователни претенции и причината за отказа. При поискване от страна на възложителя, изпълнителят предоставя детайлна информация.

В срок до три месеца след изтичане срока на застрахователното покритие, изпълнителят предоставя обобщена информация за изпълнението на договора, включваща изброените по-горе данни, както и данни за установената квота на щетимост по застрахователни рискове общо за целия договор.

Описаните в документацията за участие в процедурата за възлагане на обществената поръчка условия са задължителни и се прилагат независимо от клаузите в Общите условия на застрахователя.

Особено мнение:

Предметът на застраховката „Живот” е посочен в чл. 438, ал. 1 от ТЗ, застрахователни са всички събития, свързани със живота, здравето и телесната цялост на физическото лице. Предвид уточнението на аленея втора към същата разпоредба се налага тълкуванието, че предвиденото задължително застраховане „Живот” на служителите на Възложителя /чл. 15 от ЗНАП/ има предвид застраховане само срещу риска „смърт”, но не и срещу риска от заболяване, като нарушаването на здравето и телесната цялост, за която говори тектът следва да бъдат разбирани като такива, причинени от риска „злополука”. Именно застраховка „Злополука” е от категориите на Задължителните застраховки по чл. 461 от КЗ. Финансовите условия характерни за застраховка „Живот” като дългосрочно застраховане касаят продължителен застрахователен период /повече от две години/ и обезпечаването на този вид застраховане не е предвидено при формирането на бюджета и предварително зададените критерии за сключване на застраховката от страна на Възложителя. Препращането към аналогично прилагане на разпоредбите за застраховка „Живот” /чл. 459, ал. 3 и 4 от КЗ/ също навеждат на извода, че застраховането за риска „Злополука” прилага тези разпоредби само по отношение на риска от настъпване на смърт, но не и при дългосрочни програми и разчети, характерни за дейността по животозастраховане и извършвано от лицензирани застрахователи по Животозастраховане – Раздел I от Приложение № 1 към Кодекса за застраховане. В дейността по животозастраховане, покритието на рисковете за злополука, включително нетрудоспособност и смърт, вследствие на злополука и заболяване са само възможни покрития като допълнителни рискове, но не и като основни. В този смисъл считам, че няма основание разпоредбата на чл. 15 от ЗНАП да бъде тълкувана разширително по отношение покритието за рискове настъпили вследствие на „заболяване”, освен рискът „смърт”, свързан със застраховка срещу загубата на живот, в резултат на настъпила злополука или заболяване. Обичайно покритието на застрахователите по отношение на риска

заболяване, който е свързан със застраховка злополука и живот са силно ограничени и лимитирани. Това не отговаря на изискванията и интересите на Възложителя за осигуряване на максимално разширено покритие, но силно завишава рисковия фактор на покритията по застрахователя поради почти пълната липса на лимити и ограничения на риска. .

В допълнение, самата идея за застраховка „Заболяване” преминава през законовите квалификации за допълнително и доброволно здравно осигуряване, което се извършва чрез сключване на застраховка, за разлика от задължителното такова – /чл. 82 от Закона за здравното осигуряване/. Допълнителното застраховане представлява допълнителна финансова обезпеченост за възстановяване на разходи /медицински разходи/, свързани с лечението на заболяване, както и с профилактика и рехабилитация, свързани с това заболяване и възстановяването от него. Това са медицински разходи и разходи над тези, които са покрити от задължителното здравно осигуряване за заболяване и които се покриват от бюджета на Здравната каса при условията на Закона за здравното осигуряване. Така законът разглежда здравното застраховане като способ за осигуряване на допълнително покритие на здравни рискове при доброволното им застраховане в повече от задължителната минимална степен на осигуряване, гарантирана от държавния бюджет на НЗОК.

Едновременно с това е разбираемо, че отнасянето на част от рисковете към доброволно сключване на допълнително застрахователно покритие от страна на застрахованите лица би създавало значителни организационни затруднения, както от страна на обслужването от застрахователя, така и при вътрешната организация за тяхното сключване и ликвидация, разяснителни процедури и въвеждане в регламентираното обслужване на тези рискове. Това представлява известен възпиращ механизъм за Възложителя за промяна в утвърдените в практиката условия при сключване и действие на застрахователния договор, което следва да се има предвид при подготовката и обявяване на поръчката.

IV. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА МЕТОДИКА ЗА КОМПЛЕКСНА ОЦЕНКА И НАЧИНА НА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОЦЕНКАТА ПО ВСЕКИ ПОКАЗАТЕЛ

Приложената от Възложителя Методика за комплексна оценка и включените в нея критерии и начин на оценяване при минали поръчки със същия предмет намирам за достатъчно добре диферинцираща и определяща предложените рискови покрития с определената и необходимата за тях тежест на заложените показатели за оценка. Предвид наложената в практиката методика за оценка, същата считам за достатъчно обоснована и защитаваща интересите на Възложителя при класиране на офертните предложения съгласно избрания критерий. В този смисъл е препоръчително нейното запазване и при предстоящото обявяване на поръчката.

МЕТОДИКА ЗА КОМПЛЕКСНА ОЦЕНКА И НАЧИН НА ОЦЕНКАТА ПО ВСЕКИ ЕДИН ПОКАЗАТЕЛ

Съгласно възприетия от възложителя критерий за определяне на икономически най-изгодната оферта в процедурата въз основа на критерия за възлагане „оптимано съотношение качество/цена”

1. Показатели и относителна тежест, включени в критерия за възлагане:

Показател	Относителен дял в комплексната оценка
1. Среднопретеглена застрахователна сума при настъпване на трайна загуба на трудоспособност или смърт вследствие на злополука	15%
2. Среднопретеглена застрахователна сума при настъпване на трайна загуба на трудоспособност или смърт вследствие на заболяване	15%
3. Среднопретеглена застрахователна сума при настъпване на временна загуба на трудоспособност вследствие на злополука над 10 до 180 дни. Дължимо обезщетение на ден:	10%

4. Среднопретеглена застрахователна сума при настъпване на временна загуба на трудоспособност вследствие на заболяване над 20 до 100 дни. Дължимо обезщетение на ден	10%
5. Среднопретеглена застрахователна сума при болничен престой на застраховано лице над 5 дни до 100 дни. Дължимо обезщетение на ден:	6%
Среднопретеглена застрахователна премия за един служител	44%

2. Оценяване на предложенията:

2.1. Определяне на среднопретеглена застрахователна сума и застрахователна премия за целите на оценка на подадените оферти.

2.1.1. Определяне на средно претеглени застрахователни суми.

За целите на оценка на подадените оферти среднопретеглената стойност на предложените от участника застрахователни суми за различните покрити рискове се определят по формулата:

$$\text{СПЗСп} = (\text{ЗС-Рп-Група1} \times \text{Брой-Група1} + \text{ЗС-Рп-Група2} \times \text{Брой-Група2}) / (\text{Брой-Група1} + \text{Брой-Група2}),$$

където:

СПЗСп – средно претеглена застрахователна сума за Покрит риск п;

ЗС-Рп-Група1 – предложена от кандидата застрахователна сума за Покрит риск п за служители от Група 1;

ЗС-Рп-Група2 – предложена от кандидата застрахователна сума за Покрит риск п за служители от Група 2;

Брой-Група1 – първоначално зададен брой служители от Група 1;

Брой-Група2 – първоначално зададен брой служители от Група 2;

2.1.2. Определяне на средно претеглена застрахователна премия

За целите на оценка на подадените оферти среднопретеглената стойност на предложената от кандидата застрахователна премия се определят по формулата:

$$\text{СПЗП} = (\text{ЗП-Група1} \times \text{Брой-Група1} + \text{ЗП-Група2} \times \text{Брой-Група2}) / (\text{Брой-Група1} + \text{Брой-Група2}),$$

където:

СПЗП – средно претеглена застрахователна премия за един служител;

ЗП-Група1 – предложена от кандидата застрахователна премия за един служител от Група 1;

ЗП-Група2 – предложена от кандидата застрахователна премия за един служител от Група 2;

Брой-Група1 – първоначално зададен брой служители от Група 1;

Брой-Група2 – първоначално зададен брой служители от Група 2;

СПЗП x (Брой-Група1 + Брой-Група2) <= 1'100'000 лв.

2.2. Методика за оценяване на предложенията:

Оценката на постъпилите предложения ще се извърши по следната формула:

$K = K_{п} + K1 + K2 + K3 + K4 + K5$, където

K – е комплексната оценка на офертата на съответния участник;

K_п – е оценката по показателя „Среднопретеглена застрахователна премия за едно лице”. На оценяване се подлага посочената в ценовата оферта застрахователна премия за едно лице. Оценката на този показател е от 0 до 44 точки, която се получава като се умножи отношението между най-ниската офертирана премия и предлаганата премия от оценявания участник, по тежестта на показателя в абсолютна стойност 44 (четиридесет и четири).

K1 - е оценката по показателя „Среднопретеглена застрахователна сума за рисковете смърт и трайна загуба на трудоспособност вследствие злополука за едно лице”. На оценяване се подлага размерът на застрахователната сума (в лева), която ще се плати от оценявания участник при настъпване на съответното застрахователно събитие (смърт или трайна загуба на трудоспособност вследствие злополука). Оценката на този показател е от 0 до 15 точки, която се получава като се умножи отношението между застрахователната сума по този показател, предлагана от оценявания участник и най-високата офертирана застрахователна сума по този показател, по тежестта на показателя в абсолютна стойност 15 (петнадесет).

K2 - е оценката по показателя „Среднопретеглена застрахователна сума за рисковете смърт и трайна загуба на трудоспособност вследствие заболяване за едно лице”. На

оценяване се подлага размерът на застрахователната сума (в лева), която ще се плати от оценявания участник при настъпване на съответното застрахователно събитие (*смърт или трайна загуба на трудоспособност вследствие заболяване*). Оценката на този показател е от 0 до 15 точки, която се получава като се умножи отношението между застрахователната сума по този показател, предлагана от оценявания участник и най-високата оферирана застрахователна сума по този показател, по тежестта на показателя в абсолютна стойност 15 (петнадесет).

К3 - е оценката по показателя „*Среднопретеглена застрахователна сума за рисковете временна загуба на трудоспособност вследствие злополука за едно лице над 10 до 180 дни*”. На оценяване се подлага размерът на застрахователната сума за един ден нетрудоспособност в периода (в лева), която ще се плати от оценявания участник при настъпване на съответното застрахователно събитие (*временна загуба на трудоспособност вследствие злополука за едно лице над 10 до 180 дни*). Оценката на този показател е от 0 до 10 точки, която се получава като се умножи отношението между застрахователната сума по този показател, предлагана от оценявания участник и най-високата оферирана застрахователна сума по този показател, по тежестта на показателя в абсолютна стойност 10 (десет).

К4 - е оценката по показателя „*Среднопретеглена застрахователна сума за рисковете временна загуба на трудоспособност вследствие заболяване за едно лице над 20 до 100 дни*”. На оценяване се подлага размерът на застрахователната сума за един ден нетрудоспособност в периода (в лева), която ще се плати от оценявания участник при настъпване на съответното застрахователно събитие (*временна загуба на трудоспособност вследствие заболяване за едно лице над 20 до 100 дни*). Оценката на този показател е от 0 до 10 точки, която се получава като се умножи отношението между застрахователната сума по този показател, предлагана от оценявания участник и най-високата оферирана застрахователна сума по този показател, по тежестта на показателя в абсолютна стойност 10 (десет).

К5 - е оценката по показателя „*Среднопретеглена застрахователна сума за болничен престой за едно лице над 5 до 100 дни*”. На оценяване се подлага размерът на застрахователната сума за един ден болничен престой в периода (в лева), която ще се плати от оценявания участник при настъпване на съответното застрахователно събитие

(болничен престой за едно лице над 5 до 100 дни). Оценката на този показател е от 0 до 6 точки, която се получава като се умножи отношението между застрахователната сума по този показател, предлагана от оценявания участник и най-високата офертирана застрахователна сума по този показател, по тежестта на показателя в абсолютна стойност 6 (шест).

Забележка: При изчисляване на оценките по всеки показател, в случай, че полученото число не е цяло, закръгляването ще става до втория знак след десетичната запетая.

На първо място се класира офертата, получила най-висока комплексна оценка, следвана в низходящ ред от офертата на участника с по-ниска комплексна оценка и т.н. до изчерпване на офертите на всички допуснати до класиране участници.

В случай, че комплексните оценки на две или повече оферти са равни, за определяне на икономически най-изгодната оферта се прилагат разпоредбите на чл. 58 от ППЗОП.

V. МАКСИМАЛНО ДОПУСТИМ РАЗМЕР НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

При сравнение на офертираните лимити на застрахователни покрития от предишните две поръчки при сходни условия от страна на Възложителя се наблюдава увеличение на застрахователната сума с повече то 40 % на сключени договор за годините 2016-2017 г. в сравнение с договора 2018-2019 г.

чл. 36а, ал. 3 от ЗОП

Може да се изкаже мнение, че всеки застраховател с подобни резултата при изпълнението

силно би ревизирал както желанието си да предостави оферта при провеждане на поръчката, така и при изпълнение на договора в резултата на нейното спечелване.

Обичайно застрахователите сключват застраховки за отбелязаните по-горе рискове при определена премия за лимитирано покритие, която при нормалното и редовното и определяне би била сравнително в приблизително двоен размер на предложения при предишно предоставяне на оферти. Това обстоятелство само по себе си води настоящото офертиране при така обявените по-горе условия до предоставяне на изключителни преференции и изключителни условия за Възложителя. Това е така първо - поради високите лимити, които всеки застраховател има интерес да завишава за да спечели поръчката, съгласно обявената методика за оценка, второ - поради покритието на неограничен брой застрахователни събития за срока на действие на застраховката и трето - поради необходимостта от предоставяне на отстъпки при определяне на застрахователната премия, които могат да бъдат допускани единствено от централните управления на застрахователите и при изключителни условия на офертиране.

Последното от своя страна гарантира изключителната ангажираност на централното ръководство на най-високо мениджърско ниво от страна на лицензираните застрахователи с изпълнение на договорните задължения. От друга страна тези условия предпоставят специална преценка при балансиране на рисковата политика на застрахователя по отношение на сключването и изпълнението на застрахователния договор. Това допълнително е така и с оглед на големия брой на застрахованите лица и сравнително високата сума на възможната застрахователна премия и интерес от страна на застрахователя. При всички положения обемът на предоставеното застрахователното покритие предполага участието на застрахователи със значителен пазарен дял с достатъчно възможности с оглед разпределянето на застрахователния риск.

При формиране на застрахователната сума и лимитите на застрахователно покритие, както и при начислената за това премия от застрахователя следва да се вземе предвид и процентът на оскъпяване на услугата, в резултат на нарастване на потребителските цени и разходите за застрахованите лица в случай на застрахователно събитие.

Индексът на инфлация на потребителските цени, публикуван от НСС за три годишен период от юни 2016 до юни 2019 г. с натрупване е в размер на 8,1 %. като разгледан за петгодишен период бележи трайна тенденция към увеличаване. От 2014 г., когато този

индекс е в процент под нулата, през 2015 г. е отчетен на 0 % и нараства през следващите години като измерен за годишен период към януари 2019 г. е в размер на 3 %. Процентът на увеличение на инфлацията, отчетен от НСИ напълно кореспондира с процента на наблюдаваното увеличение на реализиран от застрахователите положителен финансов резултат от застраховка „Злополука” който би следвало да намери отражение при формиране начисляваната застрахователна премия по тази застраховка. Тенденцията към нарастване на инфлацията е напълно оправдано да се запазва за следващия двугодишен период на действие на застраховката като би било добре да се предвиди увеличение от поне от 5 % с натрупване за двете години.

СТАНОВИЩЕ

Относно: Определяне на максимално допустим размер на общата застрахователна премия за срока на договора

При така очертаните съображения максималният допустим размер на оферираната обща застрахователна премия следва да бъде очертан на не по-малко от 1 100 000 лв., за двете години на изпълнение, разбира се съобразено с бюджетните предвиждания и възможности на Възложителя.

Настоящият доклад по възложените задачи, който се състои от двадесет и три страници предоставям в определените ми за това срокове.

02.08.2019 г.
гр. София

С уважение,

Данните са
заличени на
основание чл. 36а,
ал. 3 от ЗОП, във
връзка с чл. 4, т. 1
от от Регламент
(ЕС) 2016/679