

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**КОМИСИЯ ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР**

**РЕШЕНИЕ № 758-ЗОД**  
**25.11.2010 г.**

Постъпила е жалба, вх. № 91-01-751/13.10.2010 г., от Здравноосигурително дружество “Булстрад Здраве” АД (ЗОД „Булстрад Здраве” АД), гр. София срещу Решение № 632-ЗОД от 27.09.2010 г. на заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор”.

Производството е по реда на чл. 13, ал. 6 във връзка с чл. 16, ал. 3 от Закона за Комисията за финансов надзор (ЗКФН) и глава шеста, дял втори от Административно - процесуалния кодекс (АПК).

Жалбата е подадена чрез административния орган, издал акта, в 14 дневния срок за обжалване на административни актове по административен ред по чл. 84, ал. 1 от АПК.

На основание чл. 99н, ал. 1, т. 2 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/, заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор” открива спрямо ЗОД „Булстрад Здраве” АД, гр. София производство по издаване на индивидуален административен акт за прилагане на принудителна административна мярка по чл. 99н, ал. 2, т. 1 от ЗЗО.

Съображенията за прилагане на принудителна административна мярка по чл. 99н, ал. 2, т. 1 от ЗЗО са следните:

Със заявление вх. № РГ-09-03-16 от 18.06.2010 г., допълнено с писма вх. № 09-03-19 от 07.07.2010 г., от 30.07.2010 г. и от 20.09.2010 г., подписано от Николай Мишкалов – изпълнителен директор на ЗОД „Булстрад Здраве” АД, на основание чл. 99д, ал. 2 от ЗЗО е постъпило искане за одобрение на промени в разрешените на ЗОД „Булстрад Здраве” АД здравноосигурителни пакети. В точка 3 от заявлението по-конкретно е направено искане за одобрение на актуализирани Общи условия за доброволно здравно осигуряване на ЗОД „Булстрад Здраве” АД.

При извършена проверка на представените със заявлението документи е установено, че съгласно изискването на чл. 99д, ал. 2 от ЗЗО, заедно с искането за одобрение на промени в одобрени здравноосигурителни пакети, ЗОД „Булстрад Здраве” АД не е представило описание на промените в пакетите и по - конкретно дали има промяна в обема на здравните стоки и услуги в съдържанието на пакетите, както и кои са направените в представените Общи условия промени. Съгласно чл. 14, ал. 3 от Указанията за дейността на управление “Застрахователен надзор”, приети от КФН с решение по Протокол № 25 от 10.09.2003 г. и изменени с решение по Протокол № 36 от 31.08.2005 г. (“Указанията”), здравноосигурително дружество, което иска одобрение на изменения в здравноосигурителните пакети, за чието предлагане има разрешение, подава заявление, към което прилага информация за промените, които възнамерява да внесе в Общи условия, тарифата и техническия план, както и пълен текст на съответния документ с отразените изменения, заверен от лицето, представляващо дружеството. При проверка на съдържанието на представените Общи условия е установено, че не са посочени кои са направените промени в тях.

Във връзка с констатираните непълноти с писмо изх. № 09-03-16 от 29.06.2010 г.

по описа на КФН от заявителя е изисквана допълнителна информация и документи, както следва:

1. Да представи заверено копие на Протокола от заседание на компетентния орган на здравноосигурителното дружество, на което са приети съответните промени.

2. Да посочи изрично дали има промени в обема на здравните услуги и стоки, съдържащи се в здравноосигурителните пакети. В случай че има промени в обема на здравноосигурителните пакети, да представи описание на съдържанието на променените здравноосигурителни пакети, като посочи отпадат ли съществуващи осигурителни покрития и кои, както и дали се добавят нови осигурителни покрития. В случай че се добавят е необходимо да се включат в описанието на здравноосигурителния пакет.

3. Да представи Общи условия с конкретно отразените промени в съдържанието им. Необходимостта от това се налага, за да бъде извършена преценка относно наличието или не на противоречие на новите текстове в Общите условия с нормативната уредба, а не като цяло на вече одобрените Общи условия.

4. Тъй като здравните услуги и стоки по всеки един от пакетите не са изрично изброени в съдържанието на ОУ, във връзка с изискването на чл. 88, ал. 3, т. 1 от ЗЗО, на заявителя е указано описанието на всеки от посочените здравноосигурителните пакети, да се съдържа под формата на Приложение - неразделна част от ОУ. Съответните Приложения да бъдат представени в КФН, заедно с Общите условия и отразените изменения в тях.

С писмо вх. № 09-03-19 от 07.07.2010 г. представляващият ЗОД „Булстрад Здраве” АД е представил допълнителна информация. Извършена е проверка на представените документи, като отново са констатирани непълноти, както следва:

1. Представено е копие от проведено заседание на 16.06.2010 г. на СД на ЗОД „Булстрад Здраве” АД, видно от т. 3 от цитирания документ е взето решение за промяна на ОУ по здравноосигурителните пакети. Видно от представения документ, СД на здравноосигурителното дружество е взело решение само за промяна на ОУ и не е посочено, че е взето решение за промяна и в тарифите, и в техническите планове за калкулация на премийните ставки. Тъй като със заявлението е поискано одобрение на промяна не само в ОУ, но и в тарифите за здравноосигурителни пакети: „Комплексна здравна грижа” за групови договори и „Извънболнична медицинска помощ” за групови договори, както и одобрение нови здравноосигурителни технически планове /ЗОП/ съответно за групови и индивидуални и семейни договори, с писмо изх. № РГ-09-03-19 от 23.07.2010 г., от заявителя е поискано да представи Протокол от заседание на Съвета на директорите на ЗОД „Булстрад Здраве” АД, по силата на който е взето съответното решение.

2. В писмото вх. № 09-03-19 от 07.07.2010 г. заявителят е посочил кои текстове от Общите условия са променени. При проверка на заявените промени в Общите условия на здравноосигурителното дружество са констатирани следните непълноти и противоречия:

Тъй като в раздел дефиниции има определение за „придържане/минало заболяване” е на лице и предпоставка ЗОД „Булстрад Здраве” АД да сключва здравноосигурителни договори с лица, които имат минали заболявания, като в този случай здравноосигурителното дружество носи по-голям здравноосигурителен риск. С оглед на това условията за осигуряване на тези лица трябва да бъдат изрично уредени в ОУ, като също така заявителят следва да посочи дали тези лица заплащат допълнителна премия, чийто размер е определен в тарифата за съответния здравноосигурителен пакет, тъй като съгласно изискването на чл. 88, ал. 3, т. 3 от ЗЗО Общите условия по

здравноосигурителните пакети трябва ясно и недвусмислено да определят условията и реда за ползване на здравните услуги и реда за получаване на здравни стоки.

По отношение на определението за „обем здравни стоки и услуги“ – количеството здравни услуги и стоки, до които осигурените имат достъп, при условията определени в настоящите Общи условия, здравноосигурителен договор и приложенията към тях е необходимо да се внесе корекция, а именно вместо израза „до които осигурените имат достъп“ да се запише „които здравноосигуреното лице получава срещу заплащане на определена в съответната тарифа по здравноосигурителния пакет премия“. Посоченото изменение има за цел защита интересите на потребителите на здравни услуги и стоки, с оглед на това ясно и недвусмислено да се регламентира, че не само ще имат достъп, а действително ще получат здравни стоки и услуги „срещу заплащане на определена в съответната тарифа по здравноосигурителния пакет премия“, при условията определени в Общите условия, здравноосигурителен договор и приложенията към тях.

В чл. 55 е записано, че при възстановяване на разходи на Осигурения, Осигурителят може да удържи всички свои вземания, в това число и неплатените вноски на разсрочената здравноосигурителна премия. На заявителя е указано, че текстът на чл. 55 трябва да се промени като отпадне израза „всички свои вземания, в това число и неплатените вноски на разсрочената здравноосигурителна премия“ и се даде възможност на Осигурителя да удържи само изискуемите вноски по разсрочената здравноосигурителна премия към момента на възникване на здравноосигурително събитие.

В чл. 60 е записано, че при здравноосигурителни пакети с форма на обслужване „възстановяване на разходи“, осигурителят е длъжен да разгледа искането за възстановяване на разходи на здравни стоки и услуги на осигурения не по-късно от 30 календарни дни след постъпване на искането по образец на осигурителя и приложени към него документи. Освен да разгледа искането в посочения 30 дневен срок, Осигурителят следва да се произнесе и уведоми осигуреното лице за взетото решение да възстанови или съответно да откаже възстановяване на разходи. Освен този срок е необходимо да се предвиди и друг срок, в който в случай, че осигурителят е взел решение да възстанови разходи, да изплати предявените пред него от Осигурения разходи.

В чл. 66.4 е записано, че във всички случаи на едностранно прекратяване на здравноосигурителния договор от Осигурителя, платената здравноосигурителна премия не се връща, а в случаите на разсрочено плащане, Осигурителят има право да иска плащане на пълния размер на договорената премия. На основание чл. 84, ал. 5 от ЗЗО е необходимо да се отчете разпоредбата на чл. 196, ал. 2 от КЗ във връзка с неоснователното обогатяване на Осигурителя. За това е нужно да се предвиди, че ако здравноосигурителната премия е платена, при предсрочното прекратяване на договора в посочения случай, Осигурителят има право да задържи само частта от премията, съответстваща на изтеклия срок на договора. Последното се отнася и до хипотезата на прекратяване на договора по взаимно съгласие. В случай на смърт на осигурения, съответната част от премията се връща на правоимащите лица. Когато е договорено премията да се плаща разсрочено, Осигурителят има право да претендира за заплащането на вноските до момента на едностранното предсрочно прекратяване на договора. В тази връзка трябва да се съобрази и разпоредбата на чл. 67.3 от Общите условия.

С писмо изх. РГ- № 09-03-19 от 23.07.2010 г. заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор“ е отправил искане до заявителя за

отстраняване на констатираните по - горе непълноти и неточности в съдържанието от Общите условия на ЗОД „Булстрад Здраве” АД с оглед спазване на разпоредбите на ЗЗО, както и защита интересите на потребителите на здравни стоки и услуги.

Видно от постъпилите в КФН отговор от ЗОД „Булстрад Здраве” АД - писмо вх. № РГ- № 09-03-19 от 30.07.2010 г. и приложението към него, дружеството се е съобразило единствено с дадените от заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор” указания във връзка с текста на чл. 60, като е направена съответна корекция с добавяне на нов текст на чл. 62.1, в който е посочен срок за изплащане на разходите на осигуреното лице в случай, че същите са одобрени.

При анализирани на представените със заявление вх. № РГ-09-03-16 от 18.06.2010 г., допълнено с писмо от 07.07.2010 г. и от 30.07.2010 г., документи е констатирано, че заявителят не се съобразил с отправените от надзорния орган указания за промяна на Общите условия и привеждането им в съответствие с чл. 88, ал. 3 от ЗЗО, като по този начин е застрашил интересите на потребителите на здравни стоки и услуги, което съгласно чл. 99н, ал. 1, т. 2 от ЗЗО е основание за прилагане на принудителна административна мярка. Въпреки че заявените с писмото от 07.07.2010 г. на ЗОД „Булстрад Здраве” АД промени в Общите условия в действителност не се изразяват в промени на текстове, а са претърпели промени само по отношение на номерирането им, като по същество те представляват текстове, които са били одобрени от КФН при първоначалното им приемане, надзорния орган е извършил проверка на посочените текстове, която е по същество на съдържанието, а не формална – само относно преномерирането им, предвид което е необходимо дружеството да се съобрази с отправените препоръки, които са с цел защита интересите на потребителите на здравни стоки и услуги и съответствие на Общите условия с чл. 88, ал. 3 от ЗЗО. В съответствие с изискването на чл. 26, ал. 1 от Административно - процесуалния кодекс (АПК), ЗОД „Булстрад Здраве” АД е уведомено за започването на административното производство за издаване на административен акт по чл. 99н, ал. 2, т. 1 от ЗЗО с писмо изх. № 09-03-19 от 15.09.2009 г., като със същото е определен 3 - дневен срок за представяне на обяснения и възражения, считано от получаване на същото. Видно от обратната разписка, РН 24/ 15.09.2010 г., писмото е получено от дружеството на 16.09.2010 г. С писмо вх. № 09-03-19 от 20.09.2010 г. в КФН, управление „Застрахователен надзор” са постъпили възражения от ЗОД „Булстрад Здраве” АД по откритото производство, които заместник – председателя на КФН приема за неоснователни и недоказани.

С Решение № 632-ЗОД от 27.09.2010 г. заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор” на основание чл. 16, ал. 1, т. 15 от Закона за Комисията за финансов надзор /ЗКФН/, чл. 99 к, ал. 2, т. 11 във вр. с чл. 99н, ал. 1, т. 2 от ЗЗО, взема решение за прилагане спрямо ЗОД „Булстрад Здраве” АД на принудителна административна мярка по чл. 99н, ал. 2, т. 1 със която дружеството се задължава в срок до 7 дни от датата на решението да предприеме необходимите действия и съобрази, че след като въобще е налице възможността да се сключи договор с лице с минали заболявания съответно трябва да бъдат предвидени условията за осигуряване на тези лица, както и да се посочи дали тези лица заплащат допълнителна премия, чийто размер е определен в тарифата за съответния здравноосигурителен пакет, също така да промени текстовете на дефиницията „обем здравни стоки и услуги”, чл. 55, чл. 66.4, т.67.2, 67.3 от Общите условия. Тъй като текстовете на чл. 55, чл. 66.4, т.67.2, 67.3 са от предложени за одобрение Общи условия, откриването на производството по издаване на индивидуален административен акт за прилагане на принудителна административна мярка е относно действащите към настоящия момент

Общи условия, в които текстовете чл. 55, чл. 66.4, т.67.2, 67.3 са под номера съответно чл. 54, чл. 64.6, т.65.2, 65.3.

В подадената от ЗОД „Булстрад Здраве” АД административна жалба до КФН се оспорва законосъобразността и правилността на Решение № 632-ЗОД от 27.09.2010 г. за прилагане на принудителна административна мярка по чл. 99н, ал. 2, т. 1, във връзка с чл. с чл. 99н, ал. 1, т. 2 от ЗЗО и иска неговата отмяна. Аргументите на здравноосигурителното дружество са следните:

На първо място ЗОД „Булстрад Здраве” АД счита, че липсата на изричен текст в Общите условия, уреждащ условията осигуряване на лица имащи „минали заболявания” не противоречи на разпоредбата на чл. 88, ал. 3, т. 1 от ЗЗО, тъй като понятието „минали заболявания” е включено в здравната декларация по чл. 26 от Общите условия и има отношение единствено към определяне на здравноосигурителния риск, от което не може да се направи извода, че дружеството сключва здравноосигурителни договори с лица, имащи минали заболявания. Нещо повече, такъв текст в Общите условия изобщо не е предвиден. Здравноосигурителното дружество твърди, че действащата към настоящия момент дефиниция на понятието „обем здравни стоки и услуги” по никакъв начин не уврежда интересите на потребителите, доколкото задължение на ЗОД „Булстрад Здраве” АД е единствено да предостави достъп до здравните стоки и услуги при условията на сключения договор, а реалното им получаване е резултат от субективната преценка и воля на осигуреното лице. На следващо място дружеството жалбоподател счита, че текста на чл. 54 от Общите условия не е некоректен спрямо потребителите на здравни стоки и услуги, тъй като същия урежда възможността, напълно в съответствие с чл. 103 от Закона за задълженията и договорите (ЗЗД), Осигурителя да извърши прихващане на всички свои вземания срещу задължението си към Осигурения в случай на възстановяване на разходи, като изразът „всички свои вземания” има за цел да обобщи в една разпоредба всички вземания, които дружеството има към осигуреното лице, възникнали на договорна основа между тях. ЗОД „Булстрад Здраве” АД излага твърдения за липса на изрична забрана в ЗЗО относно предвидения в чл. 66.4 от Общите условия начин на уреждане на отношенията при предсрочно прекратяване на здравноосигурителния договор, поради което не е налице противоречие с цитирания нормативен акт, както и с разпоредбата на чл. 55 от ЗЗД. И на последно място дружеството посочва, че разпоредените с обжалвания индивидуален административен акт промени в Общите условия, не са такива по смисъла на чл. 99д, ал. 2 от ЗЗО, а касаят текстове, които вече са получили одобрение от КФН. В този смисъл действията на дружеството /по прилагане на одобрени от КФН Общи условия/ не са действия по застрашаване на интересите на здравноосигурените лица по смисъла на чл. 99н, ал. 1, т. 2 от ЗЗО.

КФН счита, че изложените в жалбата на ЗОД „Булстрад Здраве” АД аргументи са неоснователни поради следните съображения:

1. Съгласно чл. 26 от Общите условия, Осигуреният е длъжен да попълни, подпише и представи на Осигурителя здравна декларация, преди подписването на здравноосигурителния договор, съгласно образец утвърден от дружеството. Видно от същия, кандидатите за здравно осигуряване следва да предоставят информация за здравословното си състояние към момента на подаване на декларацията, както и за заболявания, настъпили през последните десет години, диференцирани по конкретни медицински показатели. Никъде в здравната декларация не е употребено понятието

«предишни/минали заболявания». Същото се съдържа единствено в раздел дефиниции от Общите условия на дружеството. Дефинирането на понятие, което не е употребено на друго място, нито в Общите условия, нито в здравната декларация, създава неяснота относно това, как ще се отрази наличието на посоченото обстоятелство на определянето на здравноосигурителния риск и формирането на здравноосигурителното правоотношение. Съгласно чл. 88, ал. 3, т. 3 от ЗЗО общите условия по здравноосигурителните пакети определят ясно и недвусмислено условията и реда за ползване на здравните услуги и за получаване на здравните стоки. След като в Общите условия е предвиден текст, касаещ „минали заболявания” на здравноосигурените лица, следва да бъдат уредени и условията за осигуряване на тези лица, имащи минали заболявания, както и да се посочи дали тези лица заплащат допълнителна премия, чийто размер е определен в тарифата за съответния здравноосигурителен пакет. Съгласно чл. 88, ал. 4 от ЗЗО, при предлагане и сключване на здравноосигурителните договори здравноосигурителните дружества са длъжни да спазват принципа на доброволността и добросъвестно да разясняват условията, правата и задълженията по здравноосигурителния договор с оглед защита интересите на здравноосигурените лица. В случай че дружеството не предвижда сключване на здравноосигурителни договори с лица с минали заболявания, с цел защита интересите на потребителите на здравни стоки и услуги, ясно и недвусмислено в Общите условия изрично е необходимо да се запише, че Осигурителят не покрива здравни стоки и услуги по съответния здравноосигурителен пакет, потребността от които е възникнала в следствие на тези минали заболявания на здравноосигуреното лице. Последното е в съответствие с разпоредбата на чл. 88, ал. 3, т. 1 от ЗЗО, съгласно която Общите условия по здравноосигурителните пакети трябва да определят ясно и недвусмислено покритието и изключенията от него.

2. С направената редакция в дефиницията “обем здравни стоки и услуги” се регламентира ясно и недвусмислено, че здравноосигурителното дружество не само предлага достъп до видовете здравни стоки и услуги, които има право по силата на издадения лиценз да предлага, а реално ще осигури предоставянето на потребителите на тези от тях, които здравноосигурените лица имат право да получат по силата на сключен между страните здравноосигурителен договор, при спазване условията, определено в Общите условия и приложенията към тях, срещу заплащане на определената в съответната тарифа по здравноосигурителния пакет премия. Изменението в настоящата дефиниция има за цел да постигне в максимална степен защита правата и интересите на потребителите на здравни стоки и услуги.

3. В чл. 54 от Общите условия е предвидено, че „при възстановяване на разходи на Осигурения, Осигурителят може да удържи всички свои вземания, в това число и неплатените вноски на разсрочената здравноосигурителна премия”. Изразът „всички свои вземания” е обобщаващ и е некоректен спрямо потребителите на здравни стоки и услуги, тъй като съгласно разпоредбата на чл. 103 от ЗЗД, прихващане се допуска при наличие на две насрещни изискуеми и ликвидни задължения. В този смисъл, с оглед незастрашаване интересите на здравноосигурените лица е необходимо коректно да бъде отразено в Общите условия, че Осигурителят може да удържа само изискуемите вноски по разсрочената здравноосигурителна премия към момента на възникване на здравноосигурително събитие, още повече, че в Общите условия отделно са предвидени последиците за здравноосигуреното лице от неплащане или неточно плащане на премиите по договора. Твърденията на жалбоподателя, че с изразът «всички свои вземания» дружеството цели да избегне изброяването на всяко едно вземане на Осигурителя към осигуреното лице, произтичащо от сключен между

страните здравноосигурителен договор, в т.ч. от предходни здравноосигурителни договори между същите страни, като ги обобщи в една разпоредба, не могат да бъде споделени, доколкото посочената хипотеза не може да бъде извлечена непосредствено от текста на чл. 54 от Общите условия, предвид което същата следва да бъде конкретизирана в отделен текст.

4. На първо място разпоредбите в Общите условия на дружеството, касаещи уреждането на отношенията между страните при предсрочно прекратяване на здравноосигурителното правоотношение са противоречиви и в този смисъл не отговарят на изискванията на чл. 88, ал. 3 от ЗЗО. В чл. 64.6 е записано, че във всички случаи на едностранно прекратяване на здравноосигурителния договор от Осигурителя, платената здравноосигурителна премия не се връща, а в случаите на разсрочено плащане, Осигурителят има право да иска плащане на пълния размер на договорената премия. В случай, че Осигурения е ползвал здравни стоки и услуги по договора отношенията между страните, съгласно чл. 65.3 от Общите условия, се уреждат по аналогичен начин. При условие, че не са ползвани никакви здравни стоки и услуги по договора Осигурителя дължи връщане на част от премията на Осигуряващия, ако същата е платена изцяло, съответстваща на остатъка от срока на договора, намалена с нормативно определените разходи – административни, разходи за уреждане на претенции и аквизиционни разходи, съгласно одобрения от КФН ЗОТП за съответния пакет (чл. 65.2).

На следващо място, цитираните разпоредби от Общите условия грубо нарушават правата на здравноосигурените лица. При сключване на здравноосигурителния договор, Осигурителят се задължава да носи риск срещу плащане на премия от здравноосигуреното лице за времето, през което здравноосигурителният договор е в сила. При прекратяването му, Осигурителят престава да носи риска, с оглед на което не може да се вмени задължение на потребителят на здравни стоки и услуги във всички случаи на едностранно прекратяване на здравноосигурителния договор от Осигурителя, платената здравноосигурителна премия да не му се връща, а в случаите на разсрочено плащане, Осигурителят да има право да иска плащане на пълния размер на договорената премия. В този смисъл факта, че през време на действие на договора здравноосигуреното лице е ползвало здравни стоки и услуги е неотнормим, доколкото здравноосигурителното събитие е настъпило докато дружеството е било в риск. Съгласно чл. 55 от ЗЗД, който е получил нещо без основание или с оглед на неосъществено или отпаднало основание, е длъжен да го върне. Също така, на основание чл. 84, ал. 5 във връзка с чл. 196, ал. 2 от КЗ, договорът може да се прекрати и на основания, предвидени в него, когато те не противоречат на правилата на добрите нрави и интересите на потребителите не се засягат необосновано. Именно с оглед на това интересите на потребителите на здравни стоки и услуги да не се засягат необосновано и дружеството да не се обогати неоснователно, следва да се променят текстовете на 64.6, 65.2 и 65.3 от Общите условия. Предвид изложеното, е необходимо да се регламентира, че след приспадане на съответните административни разходи, ако здравноосигурителната премия е платена изцяло, при предсрочното прекратяване на договора в посочения случай, Осигурителят има право да задържи само частта от премията, съответстваща на изтеклия срок на договора. Гореизложеното следва да бъде съобразено и в хипотезата на прекратяване на договора по взаимно съгласие. В случай на смърт на осигурения, съответната част от премията се връща на правоимащите лица. Когато е договорено премията да се плаща разсрочено, Осигурителят има право да претендира за заплащането на вноските до момента на едностранното предсрочно прекратяване на договора.

5. Текстът на чл. 22 от ЗАНН ясно и недвусмислено регламентира, че принудителни административни мерки се прилагат не само за преустановяване, а и за предотвратяване на административни нарушения, както и за предотвратяване и отстраняване на вредоносните последици от тях. В тази връзка неоснователно е твърдението на ЗОД „Булстрад Здраве” АД, че дружеството не е извършило нарушение, изразяващо се в застрашаване интересите на здравноосигурените лица, поради което разпоредбата на чл. 99н, ал. 1, т. 2 от ЗЗО, въз основа на която е издадена обжалваната принудителна мярка е неприложима. Съгласно разпоредбата на чл. 99н, ал. 2, т. 1 от ЗЗО в посочените в ал. 1 от същата разпоредба случаи заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор” може да разпорежда писмено, както да се преустановят или отстранят допуснатите нарушения, така и да се предприемат определени мерки, с оглед предотвратяване извършването на нарушение. Наличието на текстове в Общите условия, които непосредствено водят до застрашаване на интересите на здравноосигурените лица, само по себе си е предпоставка и за извършване на административни нарушения /действия или бездействия/ от страна на дружеството, тъй като именно въз основа на Общите условия се извършва цялостната дейност по доброволно здравно осигуряване на дружеството чрез предлагането, сключването и изпълнението на здравноосигурителните договори. ЗЗО и ЗКФН регламентират нормативно правомощията на заместник-председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор”, изразяващи се в осъществяването на държавния надзор върху дейността по доброволно здравно осигуряване по ЗЗО, в чийто обхват е и даването на разрешения за нови здравноосигурителни пакети, общи условия и тарифи към тях и одобрява промени в разрешените. Надзорът върху дейността по доброволно здравно осигуряване не се изразява само в предварителен, а също така в текущ и последващ контрол. В тази връзка е извършена служебна проверка, при която е установено, че предложените с писмото от 07.07.2010 г. текстове от Общите условия действително са съществуващи текстове под различна номерация в предишни действащи ОУ на дружеството. Тъй като заявленията на ЗОД „Булстрад Здраве” АД вх. № 09-03-16 от 18.06.2010 г. и вх. № 09-03-19 от 07.07.2010 г. са подадени на основание чл. 99д, ал. 2 от ЗЗО за одобрение на промени в Общите условия е извършена проверка на посочените текстове, която е по същество на съдържанието на разпоредбите на Общите условия, а не само формална - относно промяната на номерацията им. Въпреки че заявените за промени текстове са действащи, е необходимо дружеството да се съобрази с отправените указания за промяната им, които са с цел защита интересите на потребителите на здравни стоки и услуги и съответствие на Общите условия с чл. 88, ал. 3 от ЗЗО.

С оглед на гореизложеното, издаденото от заместник – председателят на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор” Решение № 632-ЗОД от 27.09.2010 г., с което на ЗОД „Булстрад Здраве” АД е наложена принудителна административна мярка по чл. 99н, ал. 2, т. 1 от ЗЗО, е законосъобразно и обосновано.

Предвид гореизложеното, КФН счита, че подадената от ЗОД „Булстрад Здраве” АД, гр. София жалба вх. № 91-01-751/13.10.2010 г., е неоснователна, поради което на основание чл. 97, ал. 1 във връзка с чл. 59 от АПК и чл. 13, ал. 1, т. 17, във връзка с ал. 6 от ЗКФН



## **КОМИСИЯТА ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР**

### **Р Е Ш И :**

**Отхвърля жалба вх. № 91-01-751/13.10.2010 г. от ЗОД „Булстрад Здраве” АД, гр. София срещу Решение № 632-ЗОД от 27.09.2010 г. на заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор”, като неоснователна.**

**Първоначалният административен акт (Решение № 632-ЗОД/27.09.2010 г. на заместник – председателя на КФН, ръководещ управление „Застрахователен надзор”) може да се обжалва пред Върховния административен съд на Република България в 14 – дневен срок от съобщаването на настоящото решение.**

**ПРЕДСЕДАТЕЛ:**

**СТОЯН МАВРОДИЕВ**