

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
КОМИСИЯ ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР

РЕШЕНИЕ № 1586 - ЗОД

от 15 декември 2008 г.

Със заявление с вх. № РГ-09-07/24 от 20.08.2008 г., допълнено с писмо от 21.10.2008 г., «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД /с предишно наименование „Български здравноосигурителен фонд” ЕАД/, гр. София е представило в Комисията за финансов надзор (КФН) заявление за издаване на одобрение на промени в одобрени здравноосигурителни пакети, Общи условия и тарифи на дружеството. При извършената проверка на документите от дирекция “Регулаторни режими и защита на потребителите”, отдел “Режими за предварителен надзор” се установиха непълноти и неточности в съдържанието на представените Общи условия, за които заявителят е уведомен с писмо от 01.10.2008 г., по описа на КФН. С писмо от 21.10.2008 г. «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД е представило коригирани Общи условия. При извършена повторна проверка на съдържанието им се установи, че здравноосигурителното дружество не е коригирало разпоредбата на т. 4, т. 6 и т. 7 от раздел. IX. А от Общите условия, съгласно първоначално дадените указания с писмото изх. № РГ-09-07/24 от 01.10.2008 г., по описа на КФН, а именно:

- в т. 4 раздел IX А „Възстановяване на медицински разходи” по „Болничен пакет” е записано, че „ако Осигурителят уведоми писмено Осигурения, че избраното от него лечебно заведение не отговаря на критериите на добра медицинска практика, като посочи причините за това, то Осигурителят има право да намали или да откаже възстановяването на медицински разходи на Осигурения, ползвани в същото лечебно заведение”. «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД е уведомено, че дирекция „Специализиран медицински надзор” към Министерството на здравеопазването, е компетентния орган, който осъществява надзор на лечебните заведения и се произнася относно кои са лечебните заведения с добра медицинска практика.

В тази връзка, на «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД е указано, че трябва да предоставя информация на Осигуреното лице за лечебните заведения, които нямат добра медицинска практика, позовавайки се на извършени проверки и констатации на дирекция „Специализиран медицински надзор” към Министерството на здравеопазването. Информацията относно визираните лечебни заведения следва да се предоставя на осигуреното лице преди сключването на здравноосигурителния договор, както и периодично при промяна на обстоятелствата за съответните лечебни заведения за срока на покритие на договора.

С писмото вх. № РГ 09-07/24 от 21.10.2008 г., по описа на КФН, «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД уведомява, че във връзка с указаното от КФН по отношение на т. 4 от раздел IX. А на Общите условия дружеството е отправило запитване до дирекция „Специализиран медицински надзор” към Министерството на здравеопазването. Запитването е за това възможно ли е и под каква форма дирекцията би предоставила информация за лечебните заведения, които нямат добра медицинска практика, позовавайки се на извършени от тях проверки и констатации с цел тази информация да бъде предоставяна на здравноосигурените лица от «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД. С писмото вх. № РГ -09-07/24 от 21.10.2008 г., по описа на КФН, «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД уведомява, че е получило потвърждение за съдействие от дирекция „Специализиран медицински надзор” на Министерство на здравеопазването като компетентен орган. С писмото здравноосигурителното дружество уведомява, че при случаи,

в които Осигурителят е установил за дадено лечебно заведение, избрано от Осигурения, че не отговаря на критериите на добра медицинска практика, ще се обърне към дирекцията като компетентен орган с цел получаване на становище. Дирекцията се ангажира да предостави резултати от извършени проверки, както и да инициира проверка в лечебното заведение. След получено становище от дирекцията, Осигурителят писмено ще информира Осигурения в случай, че е констатирано, че лечебното заведение не спазва медицинските стандарти и не отговаря на критериите за добра медицинска практика, като посочи причините за това. В такива случаи Осигурителят си запазва правото да намали или да откаже възстановяването на медицински разходи на осигурения за здравни стоки и услуги, ползвани в същото лечебно заведение.

Предвид гореизложеното, «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД е коригирало текста на т. 4 от раздел. IX. А по следния начин:

„Ако Осигурителят уведоми писмено Осигурения, че избраното от него лечебно заведение не отговаря на критериите на добра медицинска практика, *за което иска становище от компетентните органи*, като посочи причините за това, то Осигурителят има право да намали или да откаже възстановяването на медицински разходи на Осигурения, ползвани в същото лечебно заведение”.

Така направената промяна не е в изпълнение на указанията, дадени на «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД. В Общите условия никъде не е записано, че *информацията относно кои лечебни заведения нямат добра медицинска практика следва да се предоставя на осигуреното лице преди сключването на здравноосигурителния договор, както и периодично при промяна на обстоятелствата за съответните лечебни заведения за срока на покритие на договора*. Дори напротив, в писмото от 21.10.2008 г. «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД уведомява, че *след* получено становище от дирекцията, Осигурителят писмено ще информира Осигурения в случай, че е констатирано, че лечебното заведение не спазва медицинските стандарти и не отговаря на критериите за добра медицинска практика, като посочи причините за това, като си запазва правото да намали или да откаже възстановяването на медицински разходи на осигурения за здравни стоки и услуги, ползвани в същото лечебно заведение.

Предвид гореизложеното, здравноосигурителното дружество не е коригирало разпоредбата на т. 4 от раздел. IX. А от Общите условия, съгласно първоначално дадените указания с писмо изх. № РГ-09-07-24 от 01.10.2008 г., по описа на КФН.

- в т. 6 от раздел IX „Възстановяване на медицински разходи” по „Болничен пакет” е записано, че „Осигурителят не възстановява медицински разходи при прием в лечебно заведение в петък, събота, неделя или един ден преди националните празници, освен ако осигуреният не е хоспитализиран в лечебното заведение в резултат на оказана му спешна, или неотложна медицинска помощ”.

С писмото от 01.10.2008 г., по описа на КФН, «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД е уведомено, че цитираната разпоредба следва да отпадне, с оглед на това, че същата противоречи на целите и същността на здравното осигуряване, както и на интересите на потребителите. Отбелязано е, че доброволното здравно осигуряване е дейност по поемане на рискове от страна на здравноосигурителното дружество от настъпване на предвидените в договора здравноосигурителни събития през периода на целия здравноосигурителен договор. В тази връзка, изключването на определени дни /петък, събота, неделя или един ден преди националните празници/, които по принцип попадат в срока на покритие на договора, е недопустимо.

С писмото вх. № РГ -09-07/24 от 21.10.2008 г., по описа на КФН, «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД излага аргументи относно необходимостта разпоредбата да остане в съдържанието на Общите условия, като изменя текста по следния начин: ”Осигурителят не възстановява медицински разходи при прием в лечебно заведение в петък, събота, неделя или един ден преди националните празници, освен ако осигуреният

не е хоспитализиран в лечебното заведение в резултат на оказана му спешна, или неотложна медицинска помощ *или приемът не е медицински обоснован*”.

Разпоредбата е в нарушение на чл. 88, ал. 3, т. 4 от ЗЗО, в която изрично е записано, че Общите условия ясно и недвусмислено определят условията и реда за ползване на здравни услуги и стоки и реда за получаване на здравни услуги и стоки.

- в т. 7 от раздел IX „Възстановяване на медицински разходи” по „Болничен пакет” записано, че „ако осигуреният не изпълни задължението да уведоми за предстоящо постъпване в лечебно заведение в срока, посочен в Общите условия и/или не уведоми осигурителя за промяна на името си или на настоящия адрес, който е посочи в ДНЗС, съответно в поименния списък на осигурените в срока, определен в ОУ, сумата за възстановяването на медицински разходи на осигурения може по преценка на Осигурителя да се редуцира до петдесет процента от СПЦ”.

С оглед гореизложеното, с писмото от 01.10.2008 г., по описа на КФН, на «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД е дадено указанието, че:

- неуведомяването от страна на осигуреното лице за промяна на името или на настоящия адрес, няма съществено значение по отношение на ограничаването на риска от настъпване на здравноосигурително събитие или на доказването му.

- в случай че осигуреният не изпълни задължението да уведоми за предстоящо постъпване в лечебно заведение в срока, определен в ОУ, следва да бъдат записани ясни и обективни критерии, въз основа на които Осигурителят може да редуцира до петдесет процента от СПЦ, а не това да е с оглед неговата преценка.

При проверка на представените Общи условия с писмото от 21.10.2008 г. се установи, че «Юнайтед здравноосигуряване» ЕАД не е коригирало разпоредбата на т. 7, раздел IX А от Общите условия, съгласно дадените указания с писмо изх. № РГ-09-07-24 от 01.10.2008 г., по описа на КФН.

С оглед на изложеното се налага извода, че Общите условия не отговарят на изискванията на чл. 88, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване. Налице е предпоставка за отказ за издаване на одобрение, регламентирана в чл. 99д, ал. 4, т. 3 от Закона за здравното осигуряване.

ПРЕДВИД ГОРЕИЗЛОЖЕНОТО И НА ОСНОВАНИЕ ЧЛ. 16, АЛ. 1, Т. 25 ОТ ЗАКОНА ЗА КОМИСИЯТА ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР И ЧЛ. 99Д, АЛ. 4, Т. 3 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

РЕШИХ:

1. ОТКАЗВАМ ДА ОДОБРЯ ПОИСКАНИТЕ СЪС ЗАЯВЛЕНИЕ ВХ. № РГ-09-07/24 ОТ 20.08.2008 Г., ДОПЪЛНЕНО С ПИСМО ОТ 21.10.2008 Г., ПРОМЕНИ В СЛЕДНИТЕ ОДОБРЕНИ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПАКЕТИ - „БОЛНИЧЕН ПАКЕТ”, „ИЗВЪНБОЛНИЧЕН ПАКЕТ”, „ПРОФИЛАКТИЧЕН ПАКЕТ”, КОИТО «ЮНАЙТЕД ЗДРАВНООСИГУРЯВАНЕ» ЕАД ПРЕДЛАГА.

2. ОТКАЗВАМ ДА ОДОБРЯ ПРЕСТАВЕНИТЕ СЪС ЗАЯВЛЕНИЕ ВХ. № РГ-09-07/24 ОТ 20.08.2008 Г., ДОПЪЛНЕНО С ПИСМО ОТ 21.10.2008 Г., ОБЩИ УСЛОВИЯ, ТАРИФИ И ТЕХНИЧЕСКИТЕ ПЛАНОВЕ НА «ЮНАЙТЕД ЗДРАВНООСИГУРЯВАНЕ» ЕАД.

На основание чл. 16, ал. 3 от Закона за Комисията за финансов надзор решението подлежи на обжалване по административен ред пред Комисията за финансов надзор в четиринадесетдневен срок от съобщаването му.

На основание чл. 16, ал. 4 от Закона за Комисията за финансов надзор решението подлежи на обжалване по съдебен ред пред Върховния административен съд в четиринадесетдневен срок от съобщаването му.

**ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КФН,
РЪКОВОДЕЩ УПРАВЛЕНИЕ
“ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН НАДЗОР”:**

РАЛИЦА АГАЙН-ГУРИ