

До Конституционния съд
 на Република България

Писмено правно мнение

по предмета на конституционно дело № 15/2023г.

от доц. д-р Ярослава Генова

Съгласно чл. 1, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване / ЗЗО /¹ този закон урежда здравното осигуряване в Република България и свързаните с него обществени отношения². Разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, чиято противоконституционност е предмет на установяване от Конституционния съд по искане на тричленен състав на Върховния административен съд, е нова. Добавена е към нормения комплекс на ЗЗО с § 29, т. 16 от Преходните и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса / НЗОК / за 2019г.³ Тя гласи: „Националната здравноосигурителна каса не заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 обеми и стойности“.

1. Относно систематичното място на чл. 55а, ал. 2 в Закона за здравното осигуряване

От систематична гледна точка тази новела, номерирана като ал. 2 на чл. 55а ЗЗО, е поместена в Глава втора „Задължително здравно осигуряване“, Раздел VII „Национален рамков договор“. Съдържанието на правилото, въведено с нея, действително има известна логическа връзка с разпоредбата на чл. 55а, ал. 1 ЗЗО, но тази връзка в никакъв случай не е пряка. Съгласно тази първа алинея, закупуването на медицинската помощ по чл. 45 ЗЗО за всички здравноосигурени лица в национален мащаб се извършва от НЗОК в рамките на планирани и след това договорени обеми в националните рамкови договори. А в добавената втора алинея става въпрос за онези обеми и стойности, които са конкретизирани на базата на национално договорените обеми, но в договорите с отделните изпълнители на медицинска помощ- лечебни заведения, и са приложими на територията на

¹ Обн. ДВ, бр. 70 от 19.06.1998г., изм. и доп.

² Чл. 1, ал. 1 ЗЗО

³ Обн. ДВ, бр. 102 от 11.12.2018г.

конкретна Районна здравноосигурителна каса / РЗОК /⁴. Още от избора на такъв непряко последователен систематичен подход се създава впечатление, че сякаш законодателят съзнателно и изначално е търсил да обоснове и да защити някак рестриктивното и неблагоприятно по характер новосъздадено правило, снабдявайки го с един привиден аргумент. Той се внушава от контекста на първата алинея на чл. 55а, уреждаща общото задължение на НЗОК да планира разходите за медицинска помощ в определени граници, зададени чрез обеми и в съответствие с годишния бюджет на НЗОК. На първо четене цялата норма звучи така, все едно че изпълнението на диспозицията на ал. 2 на чл. 55а е пряко наложено от и е абсолютно необходимо за спазването на общата финансова рамка на разходите за закупуване на медицинска помощ, очертана в ал. 1. Този детайл, свързан със самото въвеждане на разглежданата норма в уредбата на задължителното здравно осигуряване, не може да не бъде отбелязан.

Въпреки създадената привидност, от съдържателна гледна точка разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО няма пряка връзка с проблематиката на националните рамкови договори, а конкретно спада към материята, посветена на договорите между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ. Нейното систематично място, по тази причина, би трябвало да бъде в Раздел VIII „Договор между Националната здравноосигурителна каса и изпълнител на медицинска помощ“. Добавянето ѝ като втора алинея точно на чл. 55а ЗЗО изглежда е било направено целенасочено. За сравнение, също с преходните и заключителни разпоредби на същия Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019г. една новела с подобна диспозиция- забрана за извършване на плащане, е била поставена на точното ѝ систематично място. Става въпрос за чл. 59, ал. 10а: - „Не се допуска заплащане на дейност за оказване на болнична медицинска помощ, извършена от лекар, който не е посочен в договора по ал. 1 като специалист на основен трудов договор, с изключение на случаите по ал. 12 и ал. 12а.“. Също така, в Глава втора, Раздел VI „Обхват на медицинска помощ при задължителното здравно осигуряване“ се намира разпоредба, която съдържа самото правило, спрямо което чл. 55а, ал. 2 ЗЗО въвежда изключение. Член 47 ЗЗО постановява: „Закупуването на оказаната на осигуреното лице медицинска помощ се извършва от РЗОК, като средствата се превеждат на предоставилия я изпълнител.“. Член 55а, ал. 2 ЗЗО предвижда, че въпреки наличието на предпоставките по чл. 47- да има оказана медицинска помощ,

⁴ Аргумент от чл. 59, ал. 1 и ал. 7 ЗЗО.

на осигурено лице и в обхвата по чл. 45, ал. 1 ЗЗО, НЗОК / чрез РЗОК / няма да преведе никакви средства на предоставилия я изпълнител

Всичко това е важно да се изтъкне и да се има предвид, защото, за да може да се прецени дали чл. 55а, ал. 2 ЗЗО влиза в противоречие със закрепеното в чл. 52, ал.1 от Конституцията на Република България право на гражданите на здравно осигуряване, първо е необходимо да се изясни точният правен механизъм, по който оспореното правило е свързано със съответното конституционно субективно право.

2. Относно връзката между чл. 55а, ал. 2 ЗЗО и правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал. 1 от Конституцията

Нормата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО е материалноправна, регулативна, императивна и забраняваща. Нейните адресати не са пряко самите граждани. Тя е адресирана към НЗОК. Ефектът от изпълнението на диспозицията ѝ се проявява директно и в правната сфера на лечебните заведения, оказващи медицинска и дентална помощ, които са сключили договори по чл. 20, ал. 1, т. 4 във връзка с чл. 59, ал. 1 ЗЗО.

Според доктрината на осигурителното право⁵, конституционното право на здравно осигуряване на гражданите се състои в правото им да бъдат включени в създадената от държавата специална осигурителна система като съвкупност от организационни и правни механизми и дейности. Това е системата на здравното осигуряване. Задължителното здравно осигуряване, като основна действаща част от системата на здравното осигуряване, се осъществява чрез и се реализира в здравноосигурителните правоотношения. Следователно, между всички видове здравноосигурителни правоотношения, съществуващи на базата на нормативната уредба на задължителното здравно осигуряване, също са налице системни взаимовръзки.

Здравноосигурените граждани при реализирането на конституционното им право на здравно осигуряване са страна само по два от уредените общо четири вида здравноосигурителни правоотношения. Те участват в здравноосигурително правоотношение с НЗОК. Също така встъпват в здравноосигурителни правоотношения с изпълнители на медицинска помощ, когато бъдат засегнати от проявление на един от здравните рискове-болест или бременност и раждане⁶. Правилото на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО пряко не

⁵ Мръчков, В. Осигурително право, С. Сиби, 2-ро изд., 2001, с.452-453, с.477, поддържано неизменно и в последващите издания на учебника, вкл. 7-мо от 2019г..

⁶ В доктрината съществуването на такова самостоятелно здравноосигурително правоотношение между здравноосигурените лица и изпълнителите на медицинска помощ се отрича от Милева, А. Осигурителни

е част от правната уредба на нито едно от тези два вида здравноосигурителни правоотношения с участието на здравноосигурените лица. То действа на плоскостта на здравноосигурителните правоотношения със страни НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ. Тези правоотношения възникват от сключването на договор по чл. 59, ал. 1 ЗЗО между директора на съответна Районна здравноосигурителна каса / РЗОК / и отделния изпълнител. Действието им се разпростира в срока на НРД и на анекса към него, съгласно чл. 59, ал. 3 ЗЗО. Ролята на задължителна предварителна предпоставка на този вид здравноосигурителни правоотношения изпълнява друго здравноосигурително правоотношение-между НЗОК и съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина. Неговото съществуване се извежда от сключването на националните рамкови договори.

От горепосоченото би могло погрешно да се заключи, че чл. 55а, ал. 2 ЗЗО няма отношение към здравноосигурителните права, които здравноосигурените граждани имат спрямо осигурителния орган НЗОК и спрямо изпълнителите на медицинска помощ. Ще бъде погрешно, защото игнорира неразривната взаимовръзка между всичките четири вида здравноосигурителни правоотношения и техния системен характер. Те не могат да съществуват и да се изпълняват едно без друго. Всяко едно от тях е необходимо, за да функционира българската здравноосигурителна система, такава, каквата е предвидена в ЗЗО. От това следва, че правила, създадени за регулиране на един от тези четири вида здравноосигурителни правоотношения, могат принципно да се отразяват на и да влияят върху осъществяването и на останалите правоотношения от системата.

Правото на здравно осигуряване се състои във включването на физическите лица в здравноосигурителна система. Затова функционирането на цялата система, т. е. на отделните ѝ механизми, дейности и субекти в

правоотношения по задължителното здравно осигуряване. Причината е, че авторът стъпва на теоретичната конструкция, предложена от Средкова, К. Осигурително право, Сиби, С., 2004, / поддържана и в последващите издания /, съгласно която правоотношенията по задължителното здравно осигуряване не се обособяват на основата на техните конкретни страни, предмет и съдържание, а се разглеждат в рамките на един общ теоретичен модел на осигурително правоотношение само с два вида: Правоотношение по набиране на средствата за общественото осигуряване и Правоотношение по разходване на средствата за общественото осигуряване. Затова и Милева разграничава едно същинско здравноосигурително правоотношение- между НЗОК и здравноосигуреното лице, което има за предмет разходване на средствата за задължително здравно осигуряване. Правоотношенията между НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите и правоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинската помощ Милева назовава „обуславящи изпълнението на осигурителното правоотношение по разходването на средствата за задължително здравно осигуряване“.

рамките на всички здравноосигурителни правоотношения, определя богатото и сложно съдържание на това конституционно право.

Ефектът от прилагането на правилото на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО настъпва спрямо изпълнители на медицинска помощ в рамките на тяхното правоотношение с НЗОК по изпълнение на договорите по чл. 59, ал.1 ЗЗО с директорите на РЗОК. Но според доктрината⁷ изпълнителите на медицинска помощ са субектите, които на практика реализират здравното осигуряване, организирано от НЗОК. Чрез тях здравноосигурените граждани практически осъществяват и използват конституционното си право на достъпна медицинска помощ по чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Както заключава проф. Мръчков, „без тях няма здравно осигуряване изобщо и задължително здравно осигуряване в частност“⁸.

В обобщение, ако правоотношението между НЗОК и изпълнителя на медицинска помощ, произтичащо от административния договор по чл. 20, ал.1, т. 4 във връзка с чл. 45 и чл. 59 ЗЗО, беше самостоятелно, независимо и от значение само за интересите на двете страни по него, то единствено тогава правило като това по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, което забранява на едната страна по договора да заплаща за престация, надхвърлила уговорените граници, би могло да се приеме за неутрално по отношение на гражданите, неучастващи във въпросното правоотношение, и на тяхното конституционно право на здравно осигуряване.

Но правоотношението между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ не е самостоятелно. Чрез него не се реализират само финансовите и професионални интереси на двете страни, но и безспорно насочеността на тяхното правоотношение е да подсигури по-висшия интерес на гражданите да защитят конституционното си право на здраве⁹ чрез участие в и използване на здравноосигурителната система. Правоотношението между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ опосредява, прави възможно на практика изпълнението на задължението на НЗОК да предостави медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО, която дължи по правоотношението със здравноосигурените лица¹⁰ / чл. 35, ал. 1, т. 1 ЗЗО /. НЗОК осигурява нейното оказване чрез закупуването ѝ от РЗОК и превеждането на средствата на предоставилия я изпълнител / чл. 47 ЗЗО /.

⁷ Мръчков, В., цит. съч.; В същия смисъл и Милева, А. цит. съч.

⁸ Пак там, с. 468.

⁹ Мръчков, В. Социални права на българските граждани, С., Сиела, 2-ро изд., с.347-351.

¹⁰ Милева, А., цит. съч. с. 346.

По посочените съображения следва да се приеме, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО има пряко отношение към упражняването на конституционното право на гражданите на общественото осигуряване. По тази причина носи и потенциала да го накърни. Възможно и необходимо е, следователно, да се изследва дали действието на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО и последиците му доразвиват, или противоречат на съдържанието на правото на общественото осигуряване на гражданите по чл. 52, ал. 1, предл. първо от Конституцията.

3. Относно наличието на противоречие между чл. 55а, ал. 2 ЗЗО и чл. 52, ал. 1, предл. първо от Конституцията

Правилото, вложено в чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, не само на теория има потенциал да засегне конституционното право на гражданите на здравно осигуряване по чл. 52, ал. 1, предл. първо от Конституцията, но, предвид начина, по който е редактирано и се прилага, действително го накърнява. В подкрепа на това мнение могат да бъдат развити аргументи в три посоки.

3.2. Член 55а, ал. 1 ЗЗО и изискването на достъпност на медицинската помощ, предоставяна в рамките на здравното осигуряване

Медицинската помощ, която представлява дължимата от НЗОК престация към здравноосигурените граждани, има един важен конституционен белег, произтичащ от чл. 52, ал. 1 от Конституцията: да бъде достъпна. Тълкуване на понятието за „достъпност“ е направено в практиката на Конституционния съд и в доктрината.

Според Решение №32 от 26 ноември 1998г.¹¹ понятието за „достъпна медицинска помощ“ по смисъла на чл. 52, ал. 1, предл. първо от Конституцията следва да се разбира като възможност за медицинско лечение на всички граждани в случай на заболявания при равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението.

Разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО не води до неравни условия за ползване на лечението. Тя важи за всички лечебни заведения, обвързани с договор по чл. 59, ал. 1 ЗЗО. От тук и здравноосигурените пациенти, за които е възникнал случай на заболяване и поради това се насочват към тези лечебни заведения, също се явяват поставени в равна степен пред едно допълнително условие: медицинската помощ, която желаят да получат в лечебното заведение, като дължима здравноосигурителна престация за сметка на НЗОК, не само да е в рамките на определения по вид, обем и обхват

¹¹ По конституционно дело №29/1998г., Обн. ДВ, бр. 141 от 1998г.

гарантиран пакет от здравни дейности / чл. 4, ал. 1 ЗЗО ¹², но и конкретно самото лечебно заведение да може да я предостави за сметка на НЗОК в дадения момент, без да се стига до нарушаване на обемите и стойностите, посочени в неговия административен договор с РЗОК.

Но точно това, иначе равно, допълнително условие пред лечебните заведения и здравноосигурените им пациенти създава нееднакви възможности за ползване на лечението. Обемите и стойностите се уговорят между лечебното заведение и директора на РЗОК, на базата на общо утвърдените от Надзорния съвет на НЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за всяка РЗОК / чл. 15, ал. 1, т. 5а ЗЗО / и утвърдените по предложение на директорите на РЗОК стойности на тези разходи, разпределени по месеци и по изпълнители на болнична медицинска помощ / т. 5б /. Възможностите за ползване на лечение в лечебните заведения, сключили договор с РЗОК, не са еднакви за всички потенциални здравноосигурени пациенти. Те се оказват зависими от непредвидим за пациента факт: дали в конкретен момент необходимата му медицинска помощ влиза в обема, определен за лечебното заведение, или би довела до надхвърлянето му. Във втория случай възможността автоматично се превръща, на основание чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, в невъзможност да се ползва лечение, заплащано от НЗОК, в конкретното избрано лечебно заведение. Задълбочава се също и нерешеният юридически проблем как здравноосигурено лице може да защити правата си при отказ на изпълнителя на медицинска помощ да му я окаже изобщо или навременно ¹³. Ако мотивът за отказа е заплахата от прилагане на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО спрямо лечебното заведение, осигуреното лице няма законоустановен начин да провери дали твърдението за изцяло изпълнен вече обем договорена за периода медицинска помощ отговаря на истината.

Доктрината доразвива тълкуването на конституционното изискване за достъпна медицинска помощ в рамките на здравното осигуряване. Достъпността има различни аспекти, респективно критерии, по които се преценява нейното наличие ¹⁴. Всеки един от тях трябва да бъде налице, за да може да се смята реализиран в неговата пълнота замисълът на конституционния законодател. Ограничаването на който и да било вид достъпност, в текста на законови разпоредби или като резултат от

¹² В противен случай важи чл. 51 ЗЗО: „ Медицинската помощ извън обхвата на чл. 45 и договореното в НРД, както и разходите за клинични изпитвания на лекарствени продукти и медицински изделия не се закупуват от НЗОК.“

¹³ Милева, А., цит. съч., с. 381-382.

¹⁴ Мръчков, В. Социални права...цит.съч., с.357-358.

действието им, води до накърняване на самото право на здравно осигуряване.

Достъпната медицинска помощ зависи пряко и от достъпа на здравноосигурените лица, които се нуждаят от медицинска помощ, до информация за наличните възможности за нейното своевременно оказване. Това е така, защото здравноосигурителната престация, която се дължи от НЗОК по правоотношението със здравноосигуреното лице, по естеството си е винаги търсима, а не носима. Обикновеният законодател е създал в тази връзка и правен механизъм за предоставяне и ползване на информация по здравното осигуряване, както във фазата на „осигурително натрупване“¹⁵, така и във фазата на „осигурително потребление“ по здравноосигурителното правоотношение между здравноосигурените лица и НЗОК.

По-конкретно, чл. 35, ал. 1, т. 4 ЗЗО предвижда право на здравноосигурените лица да получават информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ. Отделно, самите лечебни заведения, които са изпълнители на медицинска помощ по задължителното здравно осигуряване, имат по чл. 64а, ал. 1 и ал. 2 ЗЗО задължението¹⁶ да обявят на общодостъпни места в сградата си, и паралелно на интернет страницата си или по друг обичаен начин, определено количество информация. Тя е ключова за реализирането на правото за ползване на медицинска помощ от здравноосигурените и от здравно неосигурените пациенти. Така, гражданите имат достъп, чрез изпълнението на задължението за информация от РЗОК, до публичната информация за лечебните заведения, предоставящи медицинска помощ за сметка на НЗОК въз основа на договор с РЗОК. По-конкретно по чл. 64, ал. 2, т. 2 ЗЗО: име, вид на болницата, адрес, управителни органи, телефони, отделения, извършвани медицински дейности по НРД. В самото лечебно заведение може и трябва да се получи информация на първо място за това кои са здравните дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК и на каква стойност НЗОК ги закупува. Също и коя дейност е извън обхвата на задължителното здравно осигуряване и по какви цени се заплаща.

Именно на базата на описания по-горе обем информация, до който гражданите имат законоустановен достъп, са формулирани и двете най-важни права на задължително осигурените лица, чрез които се реализира

¹⁵ Така чл. 40, ал. 6 ЗЗО предвижда как самоосигуряващите се граждани по чл. 40, ал. 5 ЗЗО получават информация за размера на дължимата здравноосигурителна вноски. Той им се съобщава чрез средствата за масово осведомяване или от длъжностно лице при подаване на декларацията. Също чл. 48 ЗЗО относно системното информиране за мерките за опазване и укрепване на здравето на осигурените.

¹⁶ Неговото неизпълнение е скрепено и с административна санкция по чл. 105д ЗЗО.

сърцевината на конституционното право на здравно осигуряване. Съгласно чл. 35, ал.1, т.1 ЗЗО - да се получи медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. А съгласно т. 2 във връзка с чл. 5, т. 10 ЗЗО, - да се избира лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК, респективно да се избира и самият изпълнител на медицинска помощ. Чрез упражняването на тези две права се реализира достъпът до медицинската помощ, която НЗОК дължи като престация на здравноосигурените лица. Член 31 ЗЗО забранява на самата НЗОК да притежава собствени лечебни и здравни заведения, с които пряко да организира лечението. Предоставянето на дължимата здравноосигурителна престация е винаги опосредено от изпълнител на медицинска помощ.

Редът за достъп до медицинска помощ за сметка на НЗОК е уреден на законово равнище¹⁷ в най-общи линии от чл. 50 и 52, ал. 1 ЗЗО. Той предвижда и изисква проверка само на здравноосигурителния статус на лицето, на факта, дали изпълнителят е сключил договор с НЗОК за оказване на медицинска помощ, включена в пакета по наредбата по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, и, на последно място, дали конкретната медицинска помощ, желана и нужна на пациента, е в обхвата на този пакет. Ако тези кумулативни предпоставки са налице, изпълнителят е длъжен да окаже медицинската помощ, съответстваща на изискванията за качество по ЗЗО и другите приложими нормативни актове и стандарти, без да изисква и приема плащане и/или доплащане от пациента.

Съдържанието и действията по текущото изпълнение на договорите по чл. 59, ал. 1 ЗЗО, сключени с лечебните заведения за оказване на медицинска помощ по ЗЗО, не са публична информация. Няма законоустановен начин здравноосигурените лица да се информират предварително дали дадено лечебно заведение, въпреки че притежава качеството на изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл. 58 във връзка с чл. 59, ал. 1 ЗЗО, е изпълнило вече целия договорен с РЗОК обем медицинска помощ за съответния календарен период. Поради което в конкретния момент това лечебно заведение няма да може да предоставя повече заплащана от бюджета на НЗОК медицинска помощ. А тази информация е важна за осигурените граждани. Тя води до моментно ограничаване на правото им на избор на изпълнител на медицинска помощ. Въпреки че, съгласно чл. 4, ал.

¹⁷ Подзаконовото доразвитие е в Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, приета с ПМС № 119/2006г., обн. ДВ, бр. 45 от 2006г.

2 ЗЗО правото на избор е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания.

Изборът на лечебно заведение, не само че се оказва ограничен на финансово и административно основание, произлизащо от съдържанието и изпълнението на административните договори по чл. 45а във връзка с чл. 59, ал. 1 ЗЗО, но, още по-важно, ограничаването му дори не е на базата на предварително ясен и посочен в закона критерий. То възниква практически и е динамично във времето. Здравноосигурените лица не разполагат във всеки един момент с достъпна и актуализирана информация в кои от всички лечебни заведения, сключили договори с НЗОК чрез съответните РЗОК, могат да получат заплатена от бюджета на НЗОК медицинска или дентална помощ и в кои-не. Поради императивното действие на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО те са поставени в положение на изненада. Ще установят това сами, едва когато предявят в лечебното заведение своите права на здравноосигурени пациенти и претенцията си да получат там необходимата им и гарантирана от бюджета на НЗОК здравноосигурителна престация. И, както вече бе посочено по-рано, при отказ дори няма да имат възможност да изискат от РЗОК информация за действителното състояние на изпълнение на обемите и стойностите, зададени за лечебното заведение в договора по чл. 59, ал. 1 ЗЗО.

Задължението, което е вменено по чл. 19, ал. 7, т. 4а ЗЗО на управителя на НЗОК- да обявява ежемесечно на интернет страницата на НЗОК заплатените през предходния месец средства за болнична медицинска помощ по лечебни заведения, също не позволява на здравноосигуреното лице да узнае предварително дали лечебното заведение, към което се е насочило, вече е изпълнило целия обем на медицинска помощ, който е заложен в договора му по чл. 59, ал.1 ЗЗО за дадения календарен период. Въпросната публична информация съдържа само обща числова стойност на всички разходи в лева.

Член 55а, ал. 2 ЗЗО противоречи на правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал. 1, предл. първо от Конституцията, защото прилагането му не допринася за достъпността на медицинската помощ, а точно обратното- прави я по-трудно достъпна. Здравноосигурените лица не са преките адресати на нормата. Но забраната НЗОК да заплаща медицинска и дентална помощ, ако бъде оказана от лечебното заведение в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 ЗЗО обеми и стойности, има ефект и по отношение на гражданите. Води до намаляване на достъпността на полагащата им се медицинска помощ. И то по два от установените

критерии за достъпност. Първо, поражда нееднакви възможности на здравноосигурените лица за ползване на лечението. И второ, влиза в разрез с конституционното изискване за достъп до информация за наличните възможности за своевременно оказване на необходимата медицинската помощ, което е съставна и абсолютно необходима част от достъпността на самата медицинска помощ.

3.2. Чл. 55а, ал. 2 ЗЗО и характеристиката на конституционното право на здравно осигуряване като вид на общото субективно осигурително право

В правната доктрина е обосновано съществуването и изяснено съдържанието на общото субективно осигурително право¹⁸. Правото на здравно осигуряване, уредено в чл. 52, ал.1, предл. 1 от Конституцията, е един от видовете на това право и носи неговите родови белези.

Видовете белези, присъщи само на правото на здравно осигуряване, са два: съдържанието на благо, което се закриля и защитава чрез конституционното право на здравно осигуряване; и специфичната по вид и начин на предоставяне престация. То е насочено към поддържане на здравето и към неговата защита и възстановяване, когато е нарушено. Предметът му е здравното осигуряване, чието съдържание се свързва с достъпната медицинска помощ.

Но правото на здравно осигуряване, разгледано като вид на общото субективно осигурително право, е също така израз и продължение на върховната конституционна ценност по абз. трети от Преамбюла на Конституцията- Сигурност. Проф. Мръчков посочва, че „в тази широка по обхват конституционна ценност здравното осигуряване има своя важна ниша, която включва поддържането на сигурност в здравето като нормално състояние от съдържанието на човешкия живот“. Характерният родов белег за двата вида на общото субективно осигурително право- и за правото на обществено осигуряване, и за правото на здравно осигуряване, е че те са насочени към „осигуряване на сигурност“, на социална сигурност¹⁹.

Според теорията на осигурителното право, „сигурността“ е синоним на гарантираност за реализацията на субективното право и възможността на носителя му да се ползва от благо, предмет на това право. „Осигуряването“ е дейността или системата от предприемани различни подходящи мерки, чрез които се постига равновесие и спокойствие като

¹⁸ Мръчков, В. Социални права...цит. съч., с. 249-271.

¹⁹ Мръчков, В., пак там, с. 252-253.

трайно състояние на лицата в уязвимо положение. С други думи, осигуряването освобождава материално и здравно уязвимите лица от тежестта да носят сами рисковете, които ги застрашават. А сигурността, която се осигурява, е гарантираност по отношение на това, че последиците от сбъдналите се рискове няма да останат в тежест на самите засегнати граждани. Те ще могат да реализират безпроблемно определен набор от конкретни осигурителни права по общественото, респ. по здравното осигуряване. Сигурността създава у човека увереност, предсказуемост и известност и го освобождава от страха, който се поражда от неизвестността²⁰. Държавата е задълженият субект, който трябва да гарантира осъществяването на общото субективно осигурително право, включително и на двата му вида- правото на обществено осигуряване и правото на здравно осигуряване.

Когато конституционното право на здравно осигуряване по чл. 52, ал.1, предл. първо от Конституцията се разглежда по този начин, в естеството му на осигурително право, изпъква още едно несъответствие между него и правилото, което законодателят е създал с чл. 55а, ал. 2 ЗЗО.

Правото на здравно осигуряване се състои в гарантираната от социалната държава възможност за включване на гражданите в действаща здравноосигурителна система, чрез която, при реализиран здравен риск-болест или бременност и раждане, да получават достъпна медицинска помощ. За да отговаря то на характеристиката си на истинско осигурително право, следва всички елементи и механизми от създадената здравноосигурителна система да са подчинени непротиворечиво на посочения родов белег и да водят до неговото реално проявление. Това значи: в резултат от действието и взаимодействието им трябва да се осигурява сигурност на носителите на правото на здравно осигуряване, които участват като осигурени лица в създадената заради тях здравноосигурителна система. Казаното се отнася и за законовите правила, регулиращи отношенията между различните правни субекти, които осъществяват на практика функционирането на здравноосигурителната система. Член 55а, ал. 2 ЗЗО съдържа именно правило от последния посочен вид. Но допринася ли за осигуряването на сигурност по отношение здравето на гражданите и необходимата им достъпна медицинска помощ?

Прилагането на забраната по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО да бъде заплащана предоставена от лечебно заведение медицинска помощ на здравноосигурен гражданин, ако се окаже в надвишение на посочените в договора по чл. 59,

²⁰ В. Мръчков, В., пак там, с.262.

ал. 1 ЗЗО обеми и стойности, не допринася за осигуряването на сигурност на гражданите, упражняващи конституционното си право на здравно осигуряване и производните от него конкретни субективни здравноосигурителни права по чл. 35, ал. 1 ЗЗО.

Напротив, нормата внася елемент на финансов риск за изпълнителите на медицинска помощ, които са лечебни заведения. Те нямат практическата възможност да планират с точност колко здравноосигурени лица ще се обърнат към тях, за да упражнят правото си на безплатна болнична медицинска помощ за сметка на НЗОК в рамките на отделните календарни периоди, за които в договорите си по чл. 59, ал. 1 ЗЗО имат заложиени фиксирани стойности на разходите и обемите на медицинската помощ. От друга страна, действието на договорите по чл. 59, ал. 1 ЗЗО е срочно. Срокът е определен в чл. 59, ал. 3 ЗЗО, като е обвързан с общия срок на НРД и на ежегодните анекси към него. От това следва, че изпълнението му е непрекъснато. Няма изрична норма в ЗЗО, на чиято база да се приеме суспендиране на действието на договорите по чл. 59, ал. 1 ЗЗО за времето от предсрочно достигане на обемите и стойностите за един календарен период до началото на следващия. Така, спрямо здравноосигурените лица лечебните заведения, които вече се изпълнили зададения обем и стойност на медицинската помощ по своя договор с РЗОК, продължават да отговарят на единствената законоустановена предпоставка, даваща право на осигурените да изискват да им се предостави медицинската помощ за сметка на НЗОК-изпълнителят да има сключен и непрекратен договор с НЗОК / чрез РЗОК /. Създадена е изрична норма, която задължава НЗОК да не заплаща „надвишената“ медицинска помощ. А няма изрична норма, която да оправомощава самите изпълнители през времетраенето на договорите по чл. 59, ал. 1 ЗЗО да отказват по същата финансова причина медицинската помощ за здравноосигурените лица. Нито законов текст, който да постановява, че здравноосигурените лица нямат право да ползват медицинска помощ в лечебно заведение, изпълнило вече договорения обем, който се закупува от НЗОК / чрез РЗОК / за календарния период.

При това положение, заплашени ли са лечебните заведения, при отказ да лекуват здравноосигурено лице, от административната санкция по чл. 105и ЗЗО? Едното нарушение по този член се състои в неизпълнение на задължението по чл. 52 ЗЗО, а именно-изпълнител на медицинска помощ, сключил договор с НЗОК за оказване на медицинска помощ, включена в пакета, определен с наредбата по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, да не окаже безплатно медицинска помощ на здравноосигурено лице. Но от коя разпоредба на ЗЗО се извеждат основания за законосъобразен отказ или законосъобразно

искане на заплащане от осигурен пациент при условията на вече изпълнени обеми и стойности за период от действието на договора по чл. 59, ал.1 ЗЗО?

Поради правилото на чл.55а, ал.2 ЗЗО се създават, на теория и на практика, редица спорни правни казуси. Ето няколко примера. Длъжни ли са лечебните заведения, при наличен медицински капацитет, все пак да предоставят безплатно лечението на здравноосигурен пациент, ако е предявил правото си да ползва такова след достигане на определените за лечебното заведение договорени с НЗОК / чрез РЗОК / обеми и стойности, или следва да го отпратят? Имат ли правно основание, в случай че са оказали лечението в нарушение на известните само на тях и на РЗОК обеми и стойности, да поискат от здравноосигуреното лице да го заплати, тъй като, съгласно чл. 55а, ал. 2 ЗЗО НЗОК няма да поеме направените разходи? Или, парадоксално, могат да бъдат административно наказани поради такъв отказ? Тези спорни правни казуси имат за първопричина произтичащият от абсолютната забрана за плащане по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО финансов риск за лечебните заведения. В резултат се създава обстановка на правна и житейска несигурност за здравноосигурените лица при упражняването на техните основни субективни здравноосигурителни права: да избират изпълнител на медицинската помощ и да търсят и получават достъпна медицинска помощ, гарантирана и заплащана от бюджета на НЗОК.

В теорията на осигурителното право отдавна е изразено становището, че достъпът до болнична помощ, още преди въвеждането на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, обусловен от получаването на направление за хоспитализация и от моментния капацитет на лечебното заведение за планова хоспитализация, не е напълно съобразен с конституционно установеното право на достъпна медицинска помощ²¹. Разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО има като краен ефект допълнително усложняване на достъпа до лечебно заведение. Тя засилва елемента на несигурност дали здравноосигуреното лице ще бъде прието в избраната от него като най-подходяща болница. Към риска от отказ на направление и изчерпан капацитет за планова хоспитализация се добавя и рискът от вече достигнати в избраното лечебно заведение обеми и стойности по договора по чл. 59, ал. 1 ЗЗО. Този нов фактически риск при функционирането на здравноосигурителната система е свързан с правната несигурност дали при това положение все пак болният има право да изисква да бъде приет в качеството му на здравноосигурено лице и за чия сметка ще останат разходите по лечението. Поражда се и житейската несигурност дали, след евентуален отказ за прием в желаното лечебно заведение,

²¹ Милева, А., цит. съч., с. 301-303.

пациентът ще има възможност да намери своевременно и на достъпно за него разстояние друг подходящ за заболяването му изпълнител на медицинска помощ, който, при това да може реално да му я предостави, т.е. да има още „разполагам обем“ по договора си с НЗОК /чрез РЗОК /. От една подобна ситуация на стрес, неяснота и евентуално забавяне могат да произтекат също здравни, имуществени и морални вреди за гражданина и неговите близки – усложнения на заболяването, по-големи транспортни разходи, невъзможност за придружаване и свиждания и др. под. Обезщетение за подобни вреди не би могло да се получи от НЗОК. Та нали на нея изрично ѝ е било забранено от чл. 55а, ал. 2 ЗЗО да заплати, т. е. да осигури лечението на лицето в онова лечебно заведение, в което първоначално е избрал и очаквал да се лекува!

В доктрината е повдигнат също и въпросът, че липсата на адекватна законова уредба на отношенията между здравноосигурените лица и изпълнителите на медицинска помощ, на които НЗОК е възложила от нейно име да оказват дължимата здравноосигурителна престация, не гарантира задоволително упражняването на конституционно установеното право на здравно осигуряване²². В този смисъл създаването на още едно правилото по чл. 55а, ал.2 ЗЗО, което също не е в посока на яснотата относно правата и задълженията по правоотношението между изпълнителите на медицинска помощ и здравноосигурените пациенти, е не хармонира с чл. 52, ал.1, предл. първо от Конституцията.

Основното задължение на НЗОК по правоотношението ѝ с изпълнител на медицинска помощ е да му заплаща цената на оказаната медицинска помощ на здравноосигурени лица в сроковете и обемите съгласно договореното. Заплащането на изпълнителите на болнична медицинска помощ става за договорената и извършена дейност по клинични пътеки²³. В практиката на Върховния административен съд²⁴, и преди приемането на чл. 55а, ал.2 ЗЗО, бе възприето, че задължението за оказване на медицинската помощ от изпълнителите на здравноосигурените лица включва и спазването на т. нар. регулативни стандарти, които задължават изпълнителите да издават само определен брой направления или да назначават медико-диагностична дейност в рамките на определена стойност. Тези регулативни стандарти

²² Пак там, с. 281-282.

²³ Легалното определение е в подзаконов нормативен акт-§1, т.1 от ДР на Наредба №9 от 10.12. 2019г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, обн. ДВ, бр. 98 от 13.12.2019г.

²⁴ Така, както е обобщена в монографията на Милева, А., цит. съч., с.365-366 и особено с.378, бел. под черта № 352. Авторът само я представя, без да изрази специфично становище „за“ или „против“ регулативните стандарти и последиците от тяхното спазване или нарушаване.

бяха квалифицирани от съдебната практика като прогнозна финансова рамка- финансов механизъм за разпределение на лимитирани бюджетни средства. Излизането извън тези рамки, отново според съдебната практика, се приемаше за надвишаване на обема на медицинските дейности, които другата страна по договора, НЗОК, е приела да финансира, и оставаше за сметка на изпълнителите. А в случай на последващо установяване на това надвишение, след извършено плащане от НЗОК, възникваше хипотезата на неоснователно получени суми, без да са нарушени нормативни актове по ЗЗО, с финансовата последица по чл.76а ЗЗО.

Съдебната практика и преди въвеждането на чл. 55а, ал.2 ЗЗО приемаше, че наличието на установени с договор регулативни стандарти в отношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ не допуска прилагането на правилата на неоснователното обогатяване по ЗЗД, нито тези на непозволеното увреждане. Но, ако се абстрахираме от факта, че договорите между изпълнителите на медицинска помощ и НЗОК / чрез РЗОК / са административни, от гледна точка на облигационното право оказването на медицинска помощ на здравноосигурено лице в нарушение на договорените обеми и стойности би трябвало да се квалифицира като хипотеза на водене на чужда работа без поръчка. Извършено в противоречие с установената воля на доминуса- НЗОК, но оправдано, защото е изпълнено едно задължение на НЗОК, което тя има към здравноосигуреното лице, и такова изпълнение също в обществен интерес.

Ако договорът с НЗОК / чрез РЗОК / не беше изрично признат за административен, и още повече, ако го нямаше въведеното в следствие императивно правило на чл. 55а, ал.2 ЗЗО, изпълнителите на медицинска помощ, оказали я при условие, че знаят за надвишаването на договорените по чл. 59, ал.1 ЗЗО обеми и стойности, на лице, имащо основателна претенция към НЗОК за получаване на тази помощ, щяха да разполагат с юридически възможности да претендират за възстановяване на направените разходи за изпълнението на това задължение от името и в интерес на НЗОК, както и, евентуално за възнаграждение. А при оказване на медицинската помощ без знание, че допускат нарушение на договорените стойности и обеми, т.е. че вече не изпълняват собственото си задължение да оказват медицинската помощ, закупена от РЗОК, а изпълняват само задължението на НЗОК към здравноосигуреното лице да му осигури достъпна медицинска помощ в рамките на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет от здравни дейности, то биха могли претендират за неоснователно обогатяване по правилата на чл. 55-59 ЗЗД. Прилагането на гражданскоправните институти на воденето на чужда работа без поръчка и на неоснователното обогатяване

биха позволили да се постигне някакво справедливо равновесие между интересите на изпълнителите на медицинска помощ и НЗОК.

Но прилагането на институтите на воденето на чужда работа без поръчка и на неоснователното обогатяване спрямо обвързаните с административен договор изпълнители на медицинска помощ и НЗОК / чрез РЗОК /, така или иначе е невъзможно и недопустимо според ЗЗО и установената практика на административните съдилища. При това положение въвеждането и на изрично забраняващо правило по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, което препяства НЗОК да компенсира по свой почин, по пътя на преразпределение на средства, лечебните заведения за оказана от името на НЗОК медицинска помощ, но в нарушение на договорените обеми и стойности, категорично усложнява финансовата страна от дейността на лечебните заведения като изпълнители на медицинска помощ за здравноосигурени лица. Член 55а, ал. 2 ЗЗО ги поставя в ситуацията перманентно да работя при наличието на реален финансов риск от парични загуби поради оказана медицинска помощ на здравноосигурени лица. Тъй като правоотношението между здравноосигуреното лице и изпълнителя на медицинска помощ има за предпоставка наличието на предхождащо здравноосигурително правоотношение- между изпълнителя и НЗОК / чрез РЗОК /, т.е. двете правоотношения са взаимосвързани, несигурността на плоскостта на второто правоотношение рефлектира и върху първото.

Като краен извод, чл. 55а, ал. 2 ЗЗО влиза в противоречие с правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал.1, предл. първо от Конституцията, защото не е съобразен с характеристиката на това право като вид осигурително право, чиято същност е да осигурява сигурност на граждани в уязвимо здравно състояние. Поради действието на тази норма изпълнителите на медицинска помощ са поставени в положение да обслужват здравноосигурените пациенти при условията на несигурност и перманентен финансов риск да понесат в резултат от тази своя дейност невъзстановими финансови разходи. Това добавя елемент на несигурност и спрямо правоотношенията между тях и здравноосигурените лица. Несигурността за изпълнителя идва от това, че е сключил договор да оказва помощта при условията на периодично определени обеми и стойности. А всяко евентуално надхвърляне ще остане категорично за негова сметка. Несигурността на здравноосигурения гражданин е правна и житейска- в кое от всички лечебни заведения, договорни партньори на НЗОК, всъщност има право да постъпи за лечение „по здравна каса“, и дали ще му е по силите и по възможностите да издири такова с „разполагаем обем“ и да достигне до него.

3.3. Член 55а, ал. 2 ЗЗО и ролята на НЗОК като осигурител за реализирането на конституционното осигурително право на здравно осигуряване

Както вече бе посочено по-горе / 3.2. / правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал.1, предл. първо от Конституцията е един от видовете на общото субективно осигурително право. Затова то се реализира чрез осигурителни правоотношения. Ключова роля за възникването и реализацията на всички правоотношения, вкл. на здравноосигурителните, има осигурителният орган, какъвто е и Националната здравноосигурителна каса.

Предметът на дейност на НЗОК е нормативно установен в чл. 6, ал. 1 ЗЗО-осъществяване на задължителното здравно осигуряване. По какъв начин НЗОК осъществява задължителното здравно осигуряване е посочено в чл. 2, ал. 1 и ал. 3 ЗЗО- чрез управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност, от изпълнителите на медицинска помощ. По отношение на осигурените лица НЗОК, като всеки осигурителен орган, има функцията да поема рисковете, за които лицата се осигуряват, и да компенсира финансовата тежест в случаите на реализиране на тези рискове, като предоставя съответните осигурителни престации. За да бъде възможно това, осигурителният орган, в случай НЗОК, има редица законоустановени и технически специализирани функции, свързани с предвиждане и планиране на разходите за осигуряване. Такива са функциите на Надзорния съвет на НЗОК по чл. 15, ал. 1, т. 2, т. 3, т. 4а, т. 5а, т. 5б, т. 7 ЗЗО.

Най-общо казано, НЗОК, като осигурителен орган, отговаря за обезпечаване на действието на създадената от държавата здравноосигурителна система и от гледна точка на нейното финансиране, като предлага и в последствие изпълнява законоустановения за тази цел бюджет. Законодателят е отчетел практическата сложност на тази функция и е предвидил за НЗОК правни възможности да реагира и да се справя с временни финансови неблагоприятия и затруднения. Така например, съгласно чл. 23, ал. 2 ЗЗО при недостиг на средства, могат да се ползват краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет. Също така, законодателят приема, че не е практически възможно всички необходими финансови прогнози и предвиждания по отношение на разходите за здравно осигуряване да бъдат сто процента точни. Това ясно личи от разпоредбите на чл. 25 и чл. 26 ЗЗО. В бюджета на НЗОК задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи. Член 26, ал.

З ЗЗО определя предназначението на този резерв- да се плащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания. Следователно, НЗОК, като осигурителен орган, носи и риска от известни разминавания между прогнозните разходи и реално възникващите при текущото провеждане на здравното осигуряване на гражданите. Също така е снабдена с правни и финансови възможности да посреща такива ситуации.

Конституционосъобразността на правилото по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО трябва да се разгледа и в контекста на така очертаната роля на НЗОК като осигурителен орган, на когото се пада пълната отговорност за управлението и разходването на средствата за здравно осигуряване, включително поемането на риска от известни неточности при предвиждането и неритмичности при възникването на осигурителните разходи за закупуване на медицинска помощ.

Законодателят чрез чл. 55а, ал. 2 ЗЗО въвежда една императивна забрана за НЗОК да заплати за медицинска помощ, дори ако по вид спада към гарантирания от бюджета на НЗОК пакет по чл. 45, ал. 2 ЗЗО и е оказана на здравноосигурено лице, но е довела до надвишаване на заложените в договора по чл. 59, ал. 1 ЗЗО обеми и стойности за съответното лечебно заведение. По този начин от прогнозни, тези обеми и стойности се превръщат в императивни с фиксиран максимум. Това води до преразпределение на риска от неточности при изготвянето на финансовите прогнози по разходите за медицинска помощ. От осигурителния орган, този риск се прехвърля върху изпълнителите на медицинска помощ-лечебни заведения. У тях ще остане и неблагоприятната имуществена последица, ако не успеят да спазят заложената за тях ограничителна количествена рамка на медицински дейности за здравноосигурени лица. А изпълнителите на медицинска помощ, за разлика от осигурителния орган, не са нормативно снабдени с възможности да компенсират настъпването на такъв финансов риск. Те понасят един вид санкция за неточно количествено изпълнение на договора с НЗОК / чрез РЗОК /, без при това законодателят да се интересува изобщо от въпроса за вината. Ясно е от механизма на здравноосигурителното правоотношение между изпълнител на медицинска помощ и здравноосигурен, че лечение не се предлага на конкретния пациент по почин на лечебното заведение, а се търси от заболялия. Лечебните заведения нямат правни, нито фактически лостове да регулират самия брой болни в района на съответната РЗОК и в цялата страна, нито техните моментни нужди от лечение и предпочитанията им към конкретни болници.

Вярно е, че правото на гражданите на достъпна медицинска помощ се реализира в рамките на определен модел на заплащане на болничната помощ, при който трябва да се разпредели, и то възможно най-подходящо, ограничен паричен ресурс. Правилно в посоченото пред ВАС становище от НЗОК се изтъква, че търсеният резултат е ресурсът да стигне за максимален брой нуждаещи се в рамките на цялата календарна година. Като осигурителен орган именно НЗОК не само цели, но и е длъжна да обезпечи това, за да могат гражданите да реализират конституционното им право на здравно осигуряване. Осигуряване, в което няма сигурност във възможността да се получи осигурителната престация, не е същинско осигуряване. Затова и условията за предоставянето и ползването на осигурителната престация трябва да са така установени от обикновения законодател, че да допринасят за тази сигурност в получаването, а не да бъдат тежки и да водят до несигурност. Да бъде обявено за правно недопустимо да се заплати за вече получена от здравноосигурено лице медицинска помощ, такова правило само по себе си не допринася за постигането на декларираната цел- ресурсът на НЗОК да стигне за максимален брой здравноосигурени лица за цялата календарна година.

Евентуално получилите медицинска помощ при условията на нарушаване на договорния обем, за който има право на заплащане от НЗОК лечебното заведение, също са здравноосигурени лица. Те, така или иначе, имат основателна претенция спрямо НЗОК. И НЗОК по закон е длъжна да заплати за тяхното лечение, щом в рамките на системата на здравното осигуряване, а не на либералната медицина. Разходът за лечението на едно конкретно лице ще бъде с еднаква тежест, от гледна точка на общата разходна част на бюджет на НЗОК, без значение дали е бил лекуван в лечебното заведение с „нарушени“ обеми и стойности по договор по чл. 59, ал. 1 ЗЗО, или е бил отпратен и се е пренасочил към друг изпълнител на болнична медицинска помощ с „разполагаем обем“. И юридически, и математически погледнато, прилагането на абсолютната забрана по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО не дава никаква конкретна гаранция, че повече здравноосигурени лица ще имат право да получат лечение, финансирано по бюджета на НЗОК. Колко граждани ще се нуждаят от лечение е сложен въпрос, свързан с честотата и броя на възникване на осигурителните случаи на здравноосигурените рискове, т.е. със заболяемостта и с раждаемостта. От тази гледна точка, разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО не благоприятства с нещо за по-пълното осъществяване на конституционното право на здравно осигуряване на гражданите. Няма и не може да има никаква гаранция, че здравноосигурените лица, на които евентуално ще се откаже лечение в

лечебно заведение с „достигнат обем“, просто ще реализират правото си с медицинска помощ от „свободния обем“ на друго лечебно заведение. Така би трябвало да става на теория, но болните граждани не са числа и не могат да се разместват механично.

Разбира се, изпълнителите на медицинска помощ трябва при всяка възможност да спазват договорите по чл. 59, ал.1 ЗЗО точно. Разбира се, НЗОК трябва да планира, колкото е възможно по-добре и по-целесъобразно, средствата за финансиране на медицинската помощ и тяхното подходящо разпределение. Но съществуването на абсолютна забрана за НЗОК да заплаща е нещо различно. При всякакъв вид планиране би трябвало да има елемент на гъвкавост и възможност за адаптиране на плана към реални, макар и непредвидени ситуации. Въпросната забрана води точно в противната насока.

Правилото на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО противоречи на правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал.1, предл. първо от Конституцията, защото има за ефект внасяне на нетипична промяна в съотношението на ролите на НЗОК, на изпълнителите на медицинска помощ-лечебни заведения и на здравноосигурените лица, като необходими участници при осъществяването на едно осигурителното по естеството си право- правото на здравно осигуряване. Когато субектите, чрез които се провежда осигуряването и които движат здравноосигурителната система, се отклоняват по волята на обикновения законодател от типичните им осигурителни функции, то това представлява накърняване на конституционното право на здравно осигуряване.

Заради императивната забрана по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО да бъде заплатена на лечебно заведение медицинска помощ, оказана на здравноосигурено лице в рамките на гарантирания от бюджета на НЗОК пакет, върху онези участници в здравното осигуряване, които не са осигурителни органи, се прехвърля финансовият риск от евентуалните неточности в предвиждането и от малко или много случайния фактор колко точно здравноосигурени лица са избрали в даден календарен период това лечебно заведение. Защото забраната е обоснована от надвишаване на един прогнозен по своето естество обем и стойност, заложен в административния договор между изпълнителя и НЗОК / чрез РЗОК /. И на лечебните заведения, като изпълнители на медицинска помощ, и дори на самите здравноосигурени лица чрез правилото на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО се вмениява една нетипична за тях роля- да изпълняват своите договорни задължения към НЗОК, респ да упражняват своите осигурителни права към нея, по такъв начин, че прогнозните

финансови разчети за необходимите разходи, направени от НЗОК по райони и от там по лечебни заведения, във всички случаи да се оказват точни и да не се налага дори минимална преразпределителна дейност²⁵.

За целта лечебните заведения-изпълнители на медицинска помощ трябва да връщат здравноосигурени пациенти при достигане на съответния обем медицинска помощ или да ги лекуват, но за своя или за тяхна сметка. Неизяснен нормативно стои въпросът дали, ако извършено лечение не бъде заплатено от НЗОК, лечебното заведение може да поиска *post factum* от здравноосигуреното лице заплащане, все едно е лекувано като здравно неосигурен пациент. И дали, в такъв случай, самото лице, което не е знаело, че ще се стигне до прилагане на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО и е било с пълното убеждение, че реализира своите здравноосигурителни права в лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, може да претендира пред НЗОК да му възстанови на свой ред сумата за лечение, която от лечебното заведение са му потърсили.

Както вече бе посочено по-горе / 3.1. /, и на здравноосигурените лица е вменена една допълнителна и нетипична задача- те също трябва да се съобразяват и да допринасят за стриктното спазване на иначе прогнозните финансови разчети на НЗОК, като правят избора на лечебно заведение не съобразно своите здравни и житейски интереси, а така, че да е адекватен задължително на динамиката, с която различните лечебни заведения на територията на цялата страна и по отделните райони на РЗОК изпълняват договорните си обеми и стойности за медицинска помощ. При това при липса на право да получават информация относно тази динамика!

Очертаната картина затвърждава убеждението, че правилото по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО е норма, която противоречи на правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал. 1, предл. първо от Конституцията.

4. Относно наличието на противоречие между чл. 55а, ал. 2 ЗЗО и чл. 6, ал. 2 от Конституцията

Изводът, направен в искането на тричленния състав на Върховния административен съд, за противоречие на оспорената разпоредба на чл. 55а,

²⁵ И то що се отнася до това да не се надхвърля максималната стойност на обеми и разходи. Законодателят не е създал правило, което да регулира неизпълнението на тази част от договора по чл. 59, ал. 1 ЗЗО, която се изразява в по-малко предоставена медицинска помощ в сравнение с прогнозния максимален обем и стойност. Това също е „нарушение“ на този административен договор.

ал. 2 ЗЗО с чл. 6, ал. 2 от Конституцията, не е обоснован на базата на правното понятие за дискриминация.

В резултат от действието на чл. 55, ал. 2 ЗЗО действително може да възникнат две различни и неравностойни житейски хипотези. Едни здравноосигурени лица ще потърсят медицинска помощ в период, когато лечебното заведение все още не е надвишило обемите и стойностите, заложи му в договора по чл. 59, ал. 1 ЗЗО. В такъв случай е най-вероятно те да получат необходимото им лечение своевременно и точно там, където ги е отвел първоначалният им избор. Докато за други, също здравноосигурени граждани, нуждата от здравноосигурителната престация ще възникне в момент, когато, ако им бъде оказана необходимата медицинска помощ в избраното от тях лечебно заведение, това би довело спрямо изпълнителя до прилагането на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, т.е. до незаплащане на извършените дейности от страна на НЗОК. Най-вероятно е тези пациенти изобщо да не бъдат приети за лечение и да бъдат принудени от стеклите се и независещи от никого обстоятелствата да търсят друга болница. Ясно е колко драматично, а понякога и трагично, може да се развие подобна ситуация за болен човек и за подкрепящите го близки. Свободният избор на изпълнител на медицинска помощ е уреден не само като субективно право на здравноосигурения пациент, но и като принцип по чл. 5, т. 10 ЗЗО на задължителното здравно осигуряване. Упражняването му, обаче, се оказва обусловено и евентуално ограничено от един непредвидим рисков фактор- заплашено ли е в конкретния момент избраното лечебно заведение от неблагоприятната договорна финансова последица по чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, или не. Тъй като става въпрос именно за риск, възникващ на практика, втората описана хипотеза е страничен неблагоприятен ефект от прилагането на чл. 55а, ал. 2 КСО, а не проява на или резултат от дискриминация.

Пряка дискриминация е неравенството пред закона, както и неравното третиране на основата на определени дискриминационни признаци по отношение на едно лице в сравнение с друго при сравними сходни обстоятелства. Сравнението се извършва както между две реално съществуващи в момента ситуации, така и между съществуващата ситуация и друга от миналото или хипотетична. Разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО не е адресирана пряко до здравноосигурените лица, затова няма как да нарушава равенството им пред закона. Правилото е неутрално и по отношение на адресатите- за всяко лечебно заведение, което попада в хипотезата, се прилага и диспозицията. Не са заложи каквито и да било допълнителни и потенциално дискриминационни признаци. От друга

страна, нормата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО не задължава лечебните заведения да дискриминират здравноосигурени пациенти по никакви свързани с личността им белези, още по-малко с такива от каталога по чл. 6, ал. 2 от Конституцията. Ситуациите, в които едни пациенти получават медицинската помощта, а други биват върнати, не са сходни. Разликата е в това дали все още има разполагаеми обеми на закупената от НЗОК / чрез РЗОК / медицинска помощ по конкретния договор с лечебното заведение, или те вече са изпълнени за текущия месец.

Описаното неравенство във възможностите на здравноосигурените за свободен избор на лечебно заведение, което може да произтече от прилагането на правилото на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО, има до голяма степен сходство с концепцията за непряка дискриминация. Въпреки това, не може да се квалифицира като водещо до непряка дискриминация, отново поради вече изтъкнатият мотив- отсъствие на дискриминационен признак, относим към гражданите, които не са успели да получат медицинска помощ „по здравна каса“ в желаното от тях лечебно заведение, въпреки че по принцип то има сключен договор за оказването ѝ. На всеки, без разлика по раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние, може да се случи да насочи към лечебно заведение в момент, когато то е „изпълнило своя обем“ по договора си по чл. 59, ал. 1 ЗЗО.