

**КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД**

Бх. № 426/65

Дата 20.11.23г.

ДО

ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА КОНСТИТУЦИОННИЯ СЪД НА  
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

На Ваш № 340-КД/17.10.2023 г.

СТАНОВИЩЕ

НА ПРОФ. Д-Р ИВАН ТОДОРОВ

Относно: Конституционно дело № 15/2023 г. по  
описа на Конституционния съд на Република  
България

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,  
УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,**

С Определение от 17.10.2023 г. по конституционно дело № 15/2023 г., Конституционният съд е допуснал за разглеждане по същество искането на тричленен състав на Върховния административен съд за установяване на противоконституционност на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (обн. ДВ бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. бр. 66 от 2023 г.), като противоречащ на разпоредбите на чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България.

В искането на вносителя са изложени мотиви, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване противоречи на принципа на равнопоставеност, прокламиран в чл. 6, ал. 2 от Конституцията на Република България, доколкото поставя здравноосигурените лица, които ще потърсят съответна медицинска или дентална помощ, в положение да им бъде отказана такава поради достигане на определените в индивидуалните договори между НЗОК и лечебните заведения финансови лимити и обеми.

Също така, вносителят излага мотиви, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване противоречи и на чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България, доколкото, чрез въвеждането на лимити в обемите на медицинската помощ, се накърнява прокламираното право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.

**В рамките на предоставения 30-дневен срок и в качеството ми на лице, поканено да предостави писмено правно мнение по предмета на делото, представям настоящото становище:**

**1. Относно искането за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване, поради противоречие с разпоредбата на чл. 6, ал. 2 от Конституцията на Република България.**

Съгласно разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване, в сила от 01.01.2019 г., Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) 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. По същество, последното означава, че НЗОК има правото да откаже закупуването на надлежно предоставена медицинска помощ в полза на здравноосигурени лица, в случаите, в които тази медицинска помощ е предоставена от лечебно заведение, което вече е достигнало уговорения в индивидуалния му договор с НЗОК (или съответната РЗОК) обем.

Считам, че посочената разпоредба създава условия за дискриминация по отношение на здравноосигурени лица по смисъла на чл. 6, ал. 2 от Конституцията на Р. България предвид следното:

**1.1. Противоречие с чл. 6, ал. 2 от КРБ поради признака „лично и обществено положение“:**

Прилагането на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО води до ситуация, при която условно казано „първият разболял се“ ще има предимство (ще получи медицински услуги от страна на избрано от него лечебно заведение) спрямо лице, което има нужда от същите медицински услуги, но по-късно през същия месец и към момент, в който конкретното лечебно заведение вече е достигнало определения в договора му с НЗОК обем на дейности. Последното от своя страна води до ситуация, при която „по-късно“ разболялото се лице ще трябва да търси друго лечебно заведение, което все още има „разполагаем обем“ от съответните медицински услуги, за да може да ги ползва. В определени случаи това означава по необходимост търсенето на въпросните услуги от лечебно заведение, което е отдалечено спрямо пациента или дори се намира в друго населено място от населеното място или областта, в която живее заболялото лице. Нещо повече – възможно е за определено време, което е оптимално за лечение и/или на достъпно разстояние от търсещото медицинска помощ лице, да няма лечебно заведение, което да не е достигнало предвидените лимити. Посоченото създава очевидна неравнопоставеност между гражданите - пациенти от различни населени места и региони. Тази неравнопоставеност се проявява и по отношение на лекарите от съответните лечебни заведения, доколкото една част от лекарите ще могат да предоставят потърсените от тях здравни услуги, т.к. работят в лечебно заведение, което не е изчерпило „обема“ по индивидуалния си договор, а другата част от лекарите ще трябва да отпратят лице, което очевидно

се нуждае от получаването на медицинска помощ, която те поначало са в състояние да предоставят компетентно и своевременно, но вече срещу заплащане.

В случая, в отлика от въпроса, който вече е разглеждан от КС в Решение № 9 от 1 юни 2010 г. по конституционно дело № 4 от 2010 г., конкретният текст на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО създава условия за дискриминация и то именно по признак, изрично визиран в чл. 6 от КРБ. По-специално, в случая не се претендира дискриминация по признак „местоживеене“, който не е уреден в чл. 6 от КРБ, а чрез правото на НЗОК да отказва заплащането на т.нар. „надлимитна дейност“ се създава **дискриминация по признака „лично положение“ на гражданите**. По-специално, считам, че чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО създава условия безплатна медицинска помощ да получи „първият разболял се“ гражданин, а този, който е бил здрав към момента на разполагаемост на обема от медицински дейности се оказва лишен от възможността да получи такива медицински услуги малко по-късно през съответния месец. В този смисъл, както посочва съдия К. Пенчев в особеното си мнение към Решение № 13 от 27 юли 2018 г. по конституционно дело № 3 от 2018 г.: *„2.4. В спорния текст са изброени и други признаци извън посочените по-горе, на основание на които дискриминацията е недопустима - например възраст, здравословно състояние, увреждания... 2.5. Тези признаци попадат в общия, конституционно установен в чл. 6, ал. 2, признак "лично положение" и обогатяват неговото съдържание. Признакът "лично положение" включва физическите, психическите и интелектуалните специфики на отделния човек, както и всеки друг значим, траен и същностен за личността белег. Този признак няма еднозначно, изначално определено обективно съдържание. Уврежданията, възрастта, здравословното състояние и сексуалната ориентация са белези на личното положение. Очевидно е, че съдържанието на този признак подлежи на допълване и обогатяване в процеса на обществено развитие.“*

При това, считам, че в случая следва да се държи сметка, че въпросните услуги, които с предимство се предоставят на едни лица спрямо други, са медицински услуги, свързани с и насочени към живота и здравето на лицата. В този смисъл, въпросната неравнопоставеност засяга особено важни интереси на обществото, като причината за наличието на тази неравнопоставеност се свежда очевидно до признака лично положение – здрав-болен в различен времеви период от един месец. Животът и здравето на лицата са висша ценност и в този смисъл, държавното и обществено осигуряване е създадено и функционира, за да обезпечават този висш държавен интерес и да го закрият, а не да го поставят в ситуация на неравнопоставеност и своеобразна „конкуренция“ между пациентите за правото им да получат медицински грижи, заплатени изцяло или частично от държавния бюджет, за който тези лица са внасяли или внасят здравноосигурителни вноски.

Резултатът от приложението на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО е, че едното здравноосигурено лице ще получи полагащия му се достъп до безплатна медицинска

помощ, а другото здравноосигурено лице ще бъде принудено да бъде получи медицинска помощ на по-късен етап или в друго лечебно заведение, в което не са достигнати лимитите за този период.

#### **1.2. Противоречие с чл. 6, ал.2 от КРБ поради признака „имущественостъстояние“**

Считам, че при приложението на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО здравноосигурените лица са дискриминирани освен по признак „лично и обществено положение“, така и по признак „имущественостъстояние“. Ако необходимостта от получаване на медицинска помощ се е проявила след изчерпване на уговорения обем поради предоставяне на медицинска помощ на други пациенти, при които нуждата от медицинска помощ се е проявила по-рано, или на „неподходящото място“ – в случай че в съответното населено място има едно или повече медицински заведения, в които вече са достигнати уговорените месечни лимити, въпросният гражданин на Р. България, в случай че иска да ползва медицински услуги, заплатени от бюджета на НЗОК, ще трябва или да изчака следващия месец, или да отиде в друго населено място, или да заплати лично въпросните услуги. Възможно е този гражданин да не може да намери в приемливо време или на достижимо от него разстояние медицинско заведение, което да не е достигнало определените му лимити. И ако здравното заведение няма възможност да поеме разходите за лечение на лицето, търсещо медицинска помощ и ако това лице не може да заплати за предоставените медицински услуги, то ще се стигне до невъзможност да се ползва медицинска помощ от лицето в приемливи за заболяването му срокове.

От изложеното излиза, че здравноосигурените лица биват дискриминирани по признака имущественостъстояние по смисъла на чл. 6, ал. 2 от КРБ, т.к. една част от здравноосигурените лица с по-високи финансови възможности ще заплатят иначе покритата от бюджета на НЗОК здравна помощ и ще получат лечение от избраното от тях лечебно заведение, докато други пациенти с по-малки финансови възможности ще бъдат принудени да търсят друго лечебно заведение в друго населено място, което не е достигнало лимита си на здравни дейности по сключения индивидуален договор с НЗОК. Т.е. тези лица, поради обективен и независещ от тях критерий, стоящ извън тяхната воля към момента на заболяването, а именно: влошаване на здравословното им състояние, както и едновременно с това - поради друг независещ от тях критерий, а именно: уговорените между трети лица (съответното медицинско заведение и НЗОК (или съответната РЗОК) обеми в рамките на сключени между последните индивидуални договори, са в неравнопоставено положение.

2. Относно искането за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване, поради противоречие с разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България.

Първото ми съображение във връзка със съвместимостта на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО и чл. 52, ал.1 от КРБ е свързано с естеството на правото по чл. 52, ал.1 от КРБ, а именно: на правото на здравно осигуряване, гарантиращо на гражданите достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон като **социално право**.

В тази връзка, както КС вече е имал възможност да посочи (Решение № 2 от 22 февруари 2007 г. по конституционно дело № 12 от 2006 г.): *„I. Член 52, ал. 1 от Конституцията е част от глава втора Основни права и задължения на гражданите и е със съдържание: Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. ... правото по чл. 52, ал. 1 от Конституцията е от категорията социални права. Типично за тях е, че не са универсални, отнасящи се до всички граждани (закрила на жената майка; на децата, останали без грижа; на стари хора без близки, а в нашия случай само за нуждаещите се от здравна помощ). Друго характерно за тях е, че не се ползват с пряка съдебна защита. Затова трябва да се приеме, че не става дума за право от класически тип. Тази характеристика на правата по необходимост налага държавна намеса. Това е причината самата Конституция да посочва, че здравното осигуряване и, общо казано, медицинската помощ се осъществяват по ред, определен в закон.“*

Ето защо, считам за още по-важно да се прецени внимателно конституционосъобразността на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО – т.к. тя потенциално засяга именно правото на медицинска помощ, за която КРБ създава рамка, но определеният в закона ред е ключов. При това, както КС вече е изтъкнал в цитираното решение от 2007 г.: *„В заключение: по принцип социалните права се реализират трудно и в зависимост от това, как държавата изпълнява задълженията си да организира здравното осигуряване, което обезпечава здравното обслужване и лечебната помощ, поведението ѝ ще е похвално или укоримо, ако не прави това.“*

В тази връзка, следва да се изтъкне, че съгласно разпоредбата на чл. 1, ал. 2 от ЗЗО, здравното осигуряване обхваща както дейностите по **набирането** на здравноосигурителни вноски и премии, така и **управлението** на набраните средства и тяхното **разходване** за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори. А на задължението за внасяне на задължителни

осигурителни вноски от здравноосигурените лица съответства правото на тези лица на достъп до качествена, навременна и безплатна медицинска помощ, както и задължението на НЗОК (или съответните РЗОК) за разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, включени в пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

На държавата е възложено общо и безусловно задължение да закриля здравето на гражданите. Неоправдано е лицата, за които съществува законово задължение да внасят съответни задължителни осигурителни вноски (което задължение е скрепено и със санкция при неизпълнение съгласно реда и правилата на ДОПК) и които надлежно са изпълнили вмененото им задължение, да бъдат лишени от достъп до полагащата им се безплатна медицинска помощ с аргумента, че държавата разполага с ограничен ресурс.

Принципно необходим и разбираем е подходът за бюджетиране, планиране и разпределяне на държавния ресурс, но е нецелесъобразно недостигът или неправилното разпределение на средства да бъде преодоляван и съответно - разпределението на държавните средства да бъде извършвано „предварително“ и то за сметка на живота и здравето на гражданите и на конституционно признатото им право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон (чл. 52, ал. 1 от КРБ).

В тази връзка, единствено за пример следва да посочим статистически данни от Евростат, от които следва, че през 2020 г. само около 8,5% от БВП на Република България са били разпределени средно за здравеопазване в страната<sup>1</sup>. За сравнение, през този период в Германия делът на публичните разходи, предназначени за здравеопазване е 12,8% от БВП на страната, във Франция разходите за здравеопазване през 2020 г. са били в размер на 12,2% от БВП на страната, а в Нидерландия, Австрия и Швеция процентът на разходите за здравеопазване варира между 11,1% и 11,5%<sup>2</sup>.

При това следва да се съобрази, че НЗОК принципно разполага с множество механизми и предоставени от закона възможности да планира, организира и пренасочва предоставения ѝ финансов ресурс в рамките на бюджета на НЗОК, така че да изпълни законово вменените задължения за гарантиране свободен достъп на здравноосигурените лица до качествена болнична помощ, при спазване гарантираните им от закона права на свободен избор от лицето, от което да я получи.

Например:

---

<sup>1</sup> [Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&code=sdg_3_6_10)

<sup>2</sup> [Statistics : Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&code=sdg_3_6_10)

- съгласно разпоредбата на чл. 23, ал. 2 от ЗЗО, на НЗОК е предоставена възможност, при недостиг на средства, да ползва краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет;
- Така също, съгласно чл. 25 и чл. 26 от ЗЗО, в бюджета на НЗОК задължително се предвижда резерв, средствата от който служат за плащане при значително отклонение от равномерното разходване и за покриване на възникнали непредвидени и неотложни разходи;
- Съгласно предвиденото в § 1 на Преходни и Заключителни разпоредби на Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2023 г. преизпълнението на приходите от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи може да се ползва като източник за допълнителни здравноосигурителни плащания над утвърдените разходи и предоставени трансфери по бюджета на НЗОК по решение на надзорния съвет на НЗОК.
- Съгласно разпоредбата на чл. 115, ал. 1 от Закона за публичните финанси, Надзорният съвет на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между показателите по бюджета за разходите и предоставените трансфери за осигуряване на здравноосигурителни плащания, които могат да се осъществяват в рамките на съответната финансова година за осигуряване на средства за здравноосигурителни плащания за закупени медицински дейности през същата година.

Също така, следва да се съобрази, че през времето, в което на едно здравноосигурено лице се отказва медицинска помощ поради достигане на уговорените с НЗОК обеми, финансови средства са налични, но същите са предварително "разпределени" за друго лечебно заведение (съобразно уговорените с НЗОК обеми към съответния индивидуален договор), което в крайна сметка може да не ги ползва изобщо или пък да не ги използва изцяло до пълния уговорен обем. Предвид това, считам, че в случая основният проблем не е наличието или липсата на средства, а механизмът на тяхното предварително разпределение.

Ето защо, наличието на множество механизми за осигуряване на допълнителни средства, които да бъдат използвани за обезпечаване на свободен достъп на здравноосигурените лица до качествена болнична помощ, следва да се съпостави с интереса (и правото) на гражданите от получаване на качествена и надлежна медицинска помощ. С оглед на това, действащият модел на заплащане на болничната помощ не може да бъде аргумент за ограничаване на правата на гражданите поради това, че същият е базиран на разпределението по нива на ограничен ресурс, който държавата може да отдели за медицинското обслужване на гражданите като вид социална услуга.

Не би могло да се сподели и разбирането, че само чрез лимитиране на обема и стойността на медицинската дейност би могло да се осигури съответно ниво на

медицинско обслужване за всички здравноосигурени лица. Напротив, лимитирането на обемите и стойностите на медицинската дейност съществено ограничава правото на свободен достъп до медицинска помощ – както във времево отношение (например, ако при достигане на лимитите за съответния месец пациентът бъде включен в листа на чакащите за след един или два месеца или дори след една година), така и във финансово отношение – в случай че конкретен пациент не може да поеме финансовата тежест от заплащане на дейността, която принципно има право да получи безплатно предвид предходно осъществена контрибуция под формата на внесени задължителни осигурителни вноски.

С оглед на това, неоправдано е ограничаването на финансовия ресурс в сектора на здравеопазването за сметка на конституционно признатото право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно медицинско обслужване.

Освен това, следва да се съобрази и по-важното, а именно: да се приеме, че НЗОК не дължи закупуване на медицинска дейност, изпълнена в полза на здравноосигурено лице и отчетена по надлежния начин, но след достигане на уговорените месечни обеми за съответната дейност, на практика означава да се приеме следното незаконосъобразно положение:

В случай че се прояви **спешна и неотложна животозастрашаваща необходимост** здравноосигурено лице да получи качествена и навременна медицинска помощ и в случай че е налице необходимост това лице да се лекува в конкретно лечебно заведение, което разполага с необходимата медицинска апаратура или медицински персонал с необходимата квалификация, но в конкретния период и за конкретната дейност лечебното заведение са достигнати уговорените с НЗОК обеми и стойности, то единствените варианти, които стоят пред това здравноосигурено лице са следните:

- Първо, здравноосигуреното лице може да бъде включено в „листа на чакащите“ и по този начин да му се предостави съответно полагащата му се медицинска помощ, но **в по-късен момент**, когато уговорените лимити не са достигнати за съответния период – този резултат обаче не е целесъобразен, доколкото това може да се окаже фатално за живота на лицето или пък да доведе до значително влошаване на здравословното му състояние; освен това – в случай че се появи друг пациент с друго по-спешно или животозастрашаващо състояние, същият би могъл да „измести“ пациентът, включен в листа на чакащите, което допълнително би могло да постави в риск живота и здравето му. Този подход обаче не е оправдан, когато се касае за лице, което надлежно и в законоустановените срокове е изпълнило своето задължение за внасяне на съответните здравни осигуровки и на което принципно се дължи предоставяне на навременна и достъпна медицинска помощ. Медицинската помощ, дори когато не е видимо спешна, има смисъл, ако се предостави до определено



време. Непредоставянето ѝ до определено време може да нанесе на пациента непоправими или трудно поправими вреди;

- Друга възможност е здравноосигуреното лице да бъде принудено само да поеме финансовата тежест за съответно оказаната медицинска помощ – този резултат също не е приемлив, доколкото се касае за добросъвестен член на обществото, който предварително е „обезпечил“ своето право на безплатна медицинска помощ в обемите и пакетите, покрити от НЗОК, чрез съответно внасяне на задължителни осигурителни вноски. Заплащането на получената медицинска помощ самостоятелно от здравноосигурените лица е в директно противоречие с нормата на чл. 52 от Конституцията на Република България;

- Освен това, възможно е избраното медицинско заведение да предостави медицинска помощ и при отказ от страна на НЗОК да заплати оказаната помощ за своя сметка, т.е. медицинското заведение да поеме финансовата тежест от предоставяне на медицинска помощ на всички пациенти, след като се достигне съответно определения с индивидуалния договор обем и стойност – този резултат обаче също е неприемлив както от гледна точка на структурата и дейността на едно лечебно заведение (което има и допълнително разходи за медицински персонал, апаратура и пр.), така и от финансова и търговска гледна точка. Не би могло да се постави в тежест на едно дружество (било то частно или държавно) да финансира поддържането на живота и здравето на гражданите, когато това е основно и неотменимо задължение на държавата и доколкото здравноосигурените лица вече са обезпечили правото да получат от държавата тази безплатна помощ. Доколкото обаче медицинските заведения нямат възможност да откажат предоставяне на медицинско обслужване и са задължени да предоставят медицинска помощ, когато такава е поискана, то следва, че и този възможен вариант не е целесъобразен и е практически неприложим. Освен това, приложението на този вариант на практика означава, че всички лечебни заведения в страната следва да „спонсорират“ държавата, която веднъж е набрала средства (под формата на задължителни осигурителни вноски) и след това отказва да използва тези целеви средства, за да закупи предоставена медицинска помощ. Неплащането от НЗОК на здравните заведения за оказаната медицинска помощ би могло да доведе и до фактическа несъстоятелност на здравни заведения, което не може да е цел на Конституцията. Такива разрешения директно противоречат и на принципа на чл. 19 от КРБ и на свободната стопанска инициатива, доколкото едни лечебни заведения са поставени в неконкурентни условия спрямо други, които получават "държавни" средства за същото лечение. Като резултат, едните лечебни заведения предоставят медицинска помощ в по-малък обем (в рамките на уговорените с НЗОК обеми) и получават пълно заплащане за извършената дейност, докато други лечебни заведения

предоставят медицинска помощ в повече от уговорените обеми, но за своя сметка, без да получават пълно заплащане за извършената дейност.

Следва обаче да се съобрази въпросът за това кой следва да поеме финансовата тежест за предоставена медицинска помощ (държавата, медицинските заведения или частните субекти) например, когато един онкоболен пациент или пациент, страдащ от диабет има спешна нужда от скъпоструваща медицинска интервенция, но към конкретния момент лечебното заведение е достигнало уговорените в индивидуалния договор с НЗОК лимити и не може да предостави тази услуга. Тогава се поставя въпросът дали пациентът следва да бъде включен в листа на чакащите, което при тези групи по-рискови пациенти би могло да се окаже фатално, или пациентът следва да бъде принуден да заплаща за собствена сметка скъпоструващи операции и медикаменти, които изначално са включени в пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и безплатното предоставяне на които пациентът предварително е обезпечил чрез заплащане на задължителни здравноосигурителни вноски.

Същият въпрос може да се постави например в случай че родилка следва да бъде откарана спешно в медицинско заведение, но в населеното място, в което пребивава или което е най-близо до нея, е изчерпан лимитът от дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. При тази ситуация, за да получи гарантирания ѝ достъп до безплатна медицинска помощ, родилката следва да бъде откарана в друго населено място, за да може да получи медицинска помощ и съдействие в лечебно заведение, което все още не е достигнало уговорените обеми и стойности за съответния месец. Освен че животът и здравето на родилката и нейното бебе се поставят в изключително голям риск, се създават и допълнителни затруднения, свързани с време за пътуване, намиране на транспорт, осигуряване на допълнителни средства и пр.

В този смисъл, настоящата ситуация е точно обратно на посоченото от КС в още в Решение № 32 от 26 ноември 1998 г. по конституционно дело № 29 от 1998 г. – *„Правата на гражданите за достъпна медицинска помощ чрез здравно осигуряване и безплатно ползване на медицинско обслужване са основни конституционни права и са неотменими съгласно разпоредбата на чл. 57, ал. 1 от Конституцията. С установяването на условия и ред за заплащане на медицинска помощ по избор на пациента в публичните здравни заведения обаче в никакъв случай не се отменят и не се накърняват основните конституционни права на гражданите, прокламирани с чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Член 26, ал. 5 ЗНЗ предоставя на гражданите правото да избират между конституционно осигуреното им безплатно ползване на медицинско обслужване и създадената с тази законова разпоредба възможност за медицинска помощ по избор срещу заплащане, която не отменя и не ограничава правата им по чл. 52, ал. 1 от*

Конституцията“. В случая, гражданите от една страна имат гарантирано и конституционно осигурено право на бесплатно ползване на медицинско обслужване, но то се оказва ограничено – в обем и лимит, което като последица води до лишаване на гражданите на Р. България от избор: дали да ползват безплатното медицинско обслужване, или да заплатят същото. При достигнат лимит на безплатното медицинско обслужване от страна на лечебното заведение, гражданите на Р. България ще трябва да заплатят за иначе гарантираното им право на медицинско обслужване.

В този смисъл, в Решение № 4 от 15 март 2007 г. по конституционно дело № 10 от 2006 г. се приема, че когато законът урежда правните условия за осъществяване на стопанска дейност, той трябва да защитава потребителя (в случая – пациента). Приема се още, че при приемането на каквото и да е нормативно решение, което засяга потребителите, законодателят би следвало да отчита формулирания в Конституцията императив. Той не може да бъде елиминиран или преодолян за сметка на други съображения. По този начин въпросът за защита на потребителя получава собствен смисъл и значение и винаги трябва да отчита при възприемането на едно или друго нормативно решение. Множество са случаите, при които би могло да се достигне до неблагоприятно развитие за живота и здравето на пациент единствено поради изчерпване на уговорените лимити и обеми от медицински дейности.

Именно с оглед на това и при зачитане на основните права на пациентите, следва, при постановяване на решение по повдигнатите въпроси, да се изхожда именно от тези житейски ситуации, при които пациентите са поставени в по-неблагоприятно положение поради причини, които стоят извън тяхната воля, както и при които пациенти са поставени в изключително рискови ситуации, застрашаващи живота и здравето им.

#### **УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,**

По гореизложените съображения, считам, че искането на вносителя - тричленен състав на Върховния административен съд е **основателно**, като Конституционният съд следва да установи противоконституционност на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравето осигуряване (обн. ДВ бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. бр. 66 от 2023 г.), поради противоречие с разпоредбите на чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България.

18.11.2023 г.

С уважение: \_\_\_\_\_

/ проф. д-р Иван Тодоров /