

До  
Конституционен съд  
на  
Република България

Вх. № 422 К1  
Дата 20. 11. 2023г.

*ПРАВНО МНЕНИЕ*

от  
гл. ас. д-р Мария Радева  
по предмета на  
Конституционно дело № 15/2023 г.

***УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,***

За пореден път пред Конституционния съд се поставя въпросът за упражняване правата на здравноосигурените лица при запазване финансовата стабилност и бюджетните ограничения на органа, осъществяващ задължителното здравно осигуряване. Безспорно „потребностите от медицински услуги винаги ще са по-големи от ресурсите, дори и в най-богатите страни. Запазването на баланса между потребности и ресурси е от първостепенно значение за стабилността на системата на задължителното здравно осигуряване. Ето защо този баланс изисква степенуване на потребностите и съответно темпорално (във времето), териториално и количествено разпределение на потребностите.” (Попов, М., *Организация и управление на здравноосигурителни фондове и каси*).

За изминалите 20 години, и законодателят и НЗОК прилагат различни финансови механизми, с цел паниране на здравноосигурителните разходи. Още през 2003 г. е въведен първият регулиращ механизъм в системата на задължителното здравно осигуряване за контрол на разходите чрез регулиране (ограничаване) на достъпа (потреблението) до медицински услуги. Израз на идеята за разпределение на потребностите в извънболничната медицинска помощ, заплащана от НЗОК, което логично е свързано и с лимитирането на определени дейности, е въвеждането на института на регулативните стандарти. Институтът на регулативните стандарти е въведен с НРД 2003 и през годините е бил обект на различни съдебни производства и остра обществена критика.

Със ЗБНЗОК 2006 е направено изменение в ЗЗО, което в най-общи рамки въвежда идеята за ограничаване на медицинската помощ, заплащана от НЗОК. Създава се нова ал. 2 в чл. 22 на ЗЗО, която гласи, че *цените и обемите* на видовете медицинска помощ, изплащана от НЗОК, са неразделна част от бюджета на НЗОК за съответната година. НРД 2006 определя, не само цената, но и договорения годишен обем на клиничните пътеки. Така например за КП 2 Ишемичен мозъчен инсулт с тромболиза договореният годишен обем е 11. Въпросът е какво се случва с дванадесетия и следващите пациенти, в случай че имат нужда от специфичната медицинска помощ. Отговорите на подобни "трудни" и с негативен социален заряд въпроси остават спестени, с надеждата, че разходната част на бюджета на НЗОК ще издържи на увеличаващия се натиск на потребностите.

За пръв път ЗБНЗОК 2007 въвежда законодателите текстове (чл. 4 и чл. 5), създаващи законовата основа за административното регулиране на здравноосигурителните разходи, както в извънболничната, така и в болничната помощ.

Административното регулиране и контрола по спазване на въведените „сдържащи“ финансови правила в извънболничната медицинска помощ изпреварва налагането на реципрочни механизми в болничната помощ. Спецификата на медицинската грижа в болнични условия, както и някои от социалните аспекти в дейността на болниците, особено държавните и общинските, които не винаги се признават публично, са причините за сравнително по-късното и по-предпазливо въвеждане на финансовите ограничения в заплащането на болничната помощ.

С Решение 2/2007 г. по Конституционно дело 12/2006 г. е отхвърлено искането за установяване на противоконституционност на чл. 4 и чл. 5 от ЗБНЗОК 2007. Решението на КС често е критикувано от изпълнителите на медицинска помощ и от пациентите, но след него (поне формално) извънболничната помощ приема да работи в условията на предварително планиран и разпределен финансов ресурс. Но продължава дебатът за болничната помощ.

За пръв път с Решение № РД-УС-04-127/27.12.2007 г. на УС на НЗОК (прието на основание §11а във връзка с чл. 55, ал. 3, т. 2 ЗЗО), се прави опит да се въведат правила относно практическото прилагане на регулиращия механизъм относно заплащането на дейностите в болнична помощ. Съгласно т. 234 от цитираното решение НЗОК *не заплаща* на изпълнителите на болнична помощ средства в размер, по-висок от определения по смисъла на чл. 5 от Закона за бюджета на НЗОК за 2008 г.

В мотивите по адм. дело 2556/2008 на ВАС (образувано по жалби срещу поредица от текстове от цитираното решение УС на НЗОК), ВАС позовавайки се на решението на КС по конституционно дело 12/2006 допълва, че оспорените текстове на решението не отричат посочените в чл. 52, ал. 1 от КРБ принципи на здравето осигуряване. “При преценка на всеки бюджет трябва да се има предвид, че той е отражение на икономическото състояние на държавата. Всяко не съблюдаване на Закона за бюджета на НЗОК ще има за последица промяна на параметрите на приходната или разходната му част, които са плод на управленско решение и не могат да се контролират от съда.”. Изрично за отказа на НЗОК да извършва плащане над определен размер, по висок от определения в бюджетния закон, ВАС посочва, че “тъй като всяка дейност има финансови рамки и материално изражение и е незаконосъобразно нарушаването на бюджетния закон. Прекратяването на договорите с изпълнители на болнична помощ в хипотезата, че не подписват допълнително споразумение при актуализация на договорените стойности на дейностите за болнична медицинска помощ е следствие от въведените ограничителни норми.” Тричленният състав на ВАС приема, че оспорените разпоредби на решението на УС на НЗОК не противоречат на материалноправни разпоредби от по- висок ранг и са в съответствие с целта на подзаконовия нормативен акт, **която е създаване на ред и сигурност в сферата на задължителното здравно осигуряване.** Петчленният състав на ВАС (адм. дело № 10382/2008), без да обсъжда спора по същество, приема че оспорените части от подзаконовия нормативен акт са нищожни на процесуално основание.

Съгласно т. 229 от Решение РД-УС-04-17/20.01.2009 г. на УС на НЗОК, осигурителният орган заплаща на изпълнителите на болнична помощ средства в размер, до стойностите, определени в индивидуалните им договори (изр. 1). Отчетените, над този размер, дейности не се заплащат и се извършва проверка в лечебното заведение (изр. 2). Точка 229, изр. 2 е обявена за нищожна (адм. дело 9627/2009, тричл. състав на ВАС; адм. дело 6290/2010, петчл. състав на ВАС). ВАС не обсъжда по същество регулаторния механизъм относно заплащането на болничната помощ, защото същият е въведен с бюджетния закон. Съдебните актове по същество не отричат съществуващия финансово-регулаторен механизъм, не обсъждат евентуалното му отражение върху правото на достъп до медицинска помощ, но поставят въпроса за административния капацитет и възможност НЗОК практически да ограничи плащанията в болничната помощ, прилагайки единствено математически модели.

Понятието делегирани бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ е въведено със ЗБНЗОК 2010. РЗОК определя задължителни стойности на делегирани бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите. В решението по адм. д. № 8816/2010, ВАС очертава правната природа на т.нар. делегирани бюджети, като задължителен финансов способ и принцип за финансиране в областта на болничната помощ, заплащана чрез системата на задължителното здравно осигуряване. Законът за бюджета на НЗОК по същество представлява финансов план за разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски. И тъй като средствата от задължителните здравноосигурителни вноски не са неограничени, не може да бъде неограничен и ресурсът за здравноосигурителни плащания за извънболнична и болнична помощ. Делегираните бюджети за болнична помощ по същество представляват един от финансовите механизми, установени в закона, чрез които се цели да се постигне баланс между приходната и разходната част и да се избегне дефицит в бюджета на НЗОК. На практика ЗЗО очертава пакета от здравни дейности, до който задължително здравноосигурените лица имат достъп, а ежегодният бюджет на НЗОК определя финансовата рамка, в която се осигуряват здравните дейности. ЗБНЗОК 2010 е функция на общите принципи и цели, заложи в ЗЗО, и по-точно на чл. 4 от същия. Съдържанието на посочената разпоредба гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и избор на изпълнител, сключил договор с НЗОК. Граматичното тълкуване на текста води до извода, че обхватът и обемът трябва да бъдат определени, т.е. не са неограничени. Прилагателното „определен“ показва определена мяра. Ако целта на закона е достъпът до здравните нужди да бъде неограничен, подчиненото изречение „чрез определени по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности“ би било излишно. Препратката към мотивите на решението на КС по конституционно дело № 12/2006 г., е очевидна.

През 2010 г. е въведено и понятието регулация на дейностите в болничната медицинска помощ. Съгласно чл. 249 от НРД 2010 регулацията на разходите се осъществява от УС на НЗОК съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК 2010. Регулацията в болничната помощ обхваща дейностите за диагностика и лечение и медицинските изделия по клиничните пътеки. НРД 2010 предвижда и формален, административен механизъм за контрол на разходите в болничната помощ. Нормата на чл. 220, т. 6 от НРД 2010 въвежда като едно от задължителните условия за плащане на изпълнителите на болнична

медицинска помощ, сумата по отчетената в РЗОК фактура да не надвишава месечните стойности, утвърдени от директора на РЗОК съгласно чл. 4, ал. 1, т. 2 от ЗБНЗОК 2010.

Съгласно ЗБНЗОК 2011 РЗОК определят задължителна годишна прогнозна стойност за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите, разпределена по тримесечия. Определянето на прогнозните стойности и техните корекции е вменено в правомощие на НС на НЗОК.

През 2011 с изменения в ЗЗО обемите, цените и методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ се определят с постановление на МС. Разпоредбата на чл. 34 от Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ, представляваща приложение № 13 към ПМС № 304/17.12. 2010 определя, че регулацията на разходите за болнична помощ се осъществява съгласно ЗБНЗОК 2011 по правила, определени от НС на НЗОК. Условие, което поставя методиката за заплащане на изпълнителите на болнична помощ е *сумата по фактурата да не надвишава месечните стойности на утвърдените болнични бюджети, определени по реда на ЗБНЗОК 2011*. ПМС № 304/ 2010 не предвижда изключение от цитираното правило.

В ЗБНЗОК 2013 е предвидено, че в договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, съгласно ЗЗО се определя годишен *прогнозен план за обем на дейност и стойност на разходите*, разпределен по месеци и тримесечия. През 2014 г. е изоставена идеята за прогностичния характер и се приема, че районните здравноосигурителни каси определят стойността по дейностите по към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ.

Неоспоримият факт за ограничеността на финансовите ресурси, намира своето законодателно решение в ежегодните закони за бюджета на НЗОК. С известни трудности регулаторните механизми са приложени и от административния орган – НЗОК. Съдебните решения, за разлика от тези, постановени във връзка с прилагане на регулаторния механизъм в извънболничната помощ, поставят акцент върху финансовите аспекти и принципите на държавно бюджетиране, а не толкова върху правата на пациентите и възможното ограничаване на достъпа до медицинска помощ. Както нормативните актове, така и съдебната практика не дават отговор на въпроса кое от потърсилите болнична медицинска помощ ЗЗОЛ ще бъде хоспитализирано и на кой пациент ще бъде отказано, в условия на изчерпана стойност на утвърдения месечен бюджет. Тук следва едно уточнение – *нуждата от хоспитализация се обосновава единствено с медицински, а не с финансови, съображения*. Друг е въпросът коя

хоспитализация ще бъде оказана като здравноосигурителна престация и коя ще за сметка на пациента, който е здравноосигурен.

ЗБНЗОК 2015 отново въвежда правилото, че РЗОК определят стойността за определени дейности към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, разпределени по месеци. Съгласно чл. 4, ал. 4 от бюджетния закон, НС на НЗОК приема правила за условията и реда за определяне и изменение на определените стойности и за осъществяване на контрол и корекции, както и използване на средства от резерва за плащане на разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на утвърдените/коригирани средства по договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ. ВКС (Определение № 47/05.02.2021 г. по т. д. № 683/2020 г. на ВКС, II т. о.) приема така определените стойности за прогнозни, което становище не може да бъде споделено с оглед текста на чл. 4 от цитирания бюджетен закон. Безспорно стойностите подлежат на корекция, но не са прогнозни. Но именно функцията на резерва на НЗОК (чл. 25 и чл. 26 от ЗЗО) дава основание на ВКС да приеме за основателни исконите на редица болници и да осъди НЗОК да заплати стойността на оказаната медицинска помощ, която е извън договорените стойности. „В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител (Решение № 169/16.02.2021 г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о.).

Целта на измененията в ЗЗО (ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.) в резултат на които (в най-общ план) думата „заплащане“ се заменя със „закупуване“ е съществена промяна във философията на задължителното здравно осигуряване. След тези изменения, задължителното здравно осигуряване е дефинирано като дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за **закупуване на здравни дейности**, което се осъществява от НЗОК и от нейните териториални поделения - РЗОК. Мотивите<sup>1</sup> на законодателя следва да бъдат споделени - „С предложените промени се създават механизми НЗОК да се превърне от пасивен платец на извършените дейности в активен участник на пазара на здравни услуги, който да има по-широки възможности да договаря с изпълнителите на медицинска помощ условията за нейното предоставяне. С оглед новия смисъл на ролята на НЗОК се предлага да се промени използваната до този момент терминология, като вместо думата „заплаща“ по

---

<sup>1</sup> <https://www.parliament.bg/bg/bills/ID/15200>

отношение на медицинските дейности се използва думата „закупува“. Това е ясен и непротиворечив знак за новото значение на институцията, на която се възлагат широки правомощия не само да разходва средства от набраните здравноосигурителни вноски, но и активно да планира, договаря и да закупува за здравноосигурените лица медицинските дейности, предлагани от лечебните заведения.“

Следва да се отбележи, че дори и към настоящия момент, целта на законодателната промяна от 2015 г. не е изпълнена. Нещо повече с атакуваната разпоредба на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, в сила от 01.01.2019 г. отново се връща идеята, че НЗОК е само един платец, в случая *НЗОК не заплаща*.

*От така напарвания исторически преглед на законодателството, както и ретроспекцията на съдебните актове е видно, че са допустими финансови ограничения при заплащането/закупуването на медицински услуга и стоки от НЗОК.*

За осмислянето на една правна норма следва да се изследва нейното включване в законодателството и систематичното ѝ място в нормативния контекст.

След изоставяне на идеята прогнозните обеми, цените и методиките за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ да се разработват от МФ, разпоредбата на чл. 55а от ЗЗО остава без текст (отм., бр. 60 от 2012 г.). След цитираните изменения на ЗЗО (ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.) текстът на чл. 55а, ал. 1 гласи, че НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори. Нормата има и две последващи изменения, с акцент значението на бюджетните правила, като се посочва, че закупените здравноосигурителни престации *са рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година* (чл. 55а, ал. 1 in fine, сила от 01.01.2017 г.). Извън цитираните по-горе мотиви за замяна на думата „заплащане“ със „закупуваме“, вносителят на законопроекта не излага други мотиви, за включването на новия текст на чл. 55а, ал. 1 от ЗЗО.

Атакуваната ал. 2 на чл. 55а от ЗЗО е въведена с § 29, т. 16, б. „б“ от ПЗР на ЗБНЗОК 2019 г. В мотивите към проекта на Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г., е посочено, че „в съответствие с разпоредбите на ЗЗО, НЗОК планира и договаря закупуването в полза на здравноосигурените лица на медицинската помощ в обхвата на задължителното здравно осигуряване в рамките на обемите, договорени в Националните рамкови договори (НРД) или в решението на

Надзорния съвет на НЗОК и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в годишния размер на средствата по ЗБНЗОК“. Също така в мотивите е посочено, че с „Преходните и заключителните разпоредби на законопроекта се предлагат промени и в Закона за здравното осигуряване, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закона за лечебните заведения, Закона за здравето и в други закони в следните насоки“. **Но липсват конкретни мотиви за въвеждане на новата алинея в чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО.** В постъпилото становище от НЗОК по к. д. № 17/2018 г., относно конституционността на § 29 от ПЗР на ЗБНЗОК като цяло се повтарят мотивите към законопроекта.

**Формално с Решение № 1 от 04.02.2020 г. на КС на РБ по к. д. № 17 / 2018 г. е отхвърлено искането за установяване на противоконституционността на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО.** Но предвид липсата на мотиви остава недостатъчно ясна волята на законодателя за приемане на новата алинея 2 на чл. 55а от ЗЗО при действието на идентични финансови механизми в бюджетните закони, предшествващи ЗБНЗОК 2019. Също така липсва правна логика законодателят да се върне към вече изоставената (от 2015 г.) идея за заплащане на дейностите от страна на НЗОК. В ал. 1 е посочено, че НЗОК планира, договаря и *закупува*, в ал. 2 - НЗОК не *заплаща*. Но липсата на правна логика и непоследователност между разпоредбите е едно, а друг е въпросът за противоконституционност на разпоредбата.

С мотивите към Решение 2/2007 г. по Конституционно дело 12/2006 г., Конституционният съд вече се произнесе, че въведените финансови механизми на бюджетните закони на НЗОК, както в извънболничната, така и в болничната помощ не са в противоречие с разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Тези мотиви могат да бъдат отнесени и към предмета на настоящото дело. Атакуваната разпоредба на чл.55а, ал. 2 от ЗЗО „не отрича посочените в чл. 52, ал. 1 принципи на здравното осигуряване и, общо казано, здравната помощ в различните ѝ варианти.“ Целта на чл.55а, ал. 2 от ЗЗО е закупуването на здравноосигурителни престации в рамките на бюджета на НЗОК, който е „той е отражение на икономическото състояние на държавата.“, респ. на здравноосигурителната система.

Един от механизмите за гарантиране на финансовата стабилност на НЗОК и осигуряване на достатъчно финансов ресурс за закупуване на здравноосигурителни престации е именно предварителното договаряне на обемите и стойностите към договорите с изпълнителите на медицинска помощ. По изложените съображения не



може да бъде споделено становището на ВАС (стр. 17 от искането), че въвеждането на лимити в обемите на медицинската помощ накърнява тези права (чл. 52, ал. 1 от КРБ).

В този смисъл са и мотивите на ВКС (*Решение № 169/16.02.2021 г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о.*) „Настоящият съдебен състав приема, че предвидените в типовия договор за оказване на болнична помощ по клинични пътеки клаузи, с които се ограничава заплащането от НЗОК/РЗОК на извършените и отчетени медицински дейности и вложени медицински изделия до посочените в приложението към договора стойности, *представяват стойностна рамка за определен времеви период, предвид лимитирания финансов ресурс за здравеопазването.* Дейността по управление и разходване на средствата от задължителните здравноосигурителни вноски за заплащане /закупуване/ на здравни дейности, осъществявана от НЗОК, е бюджетно обезпечена, поради което е необходимо планиране и контрол за ефикасно и ефективно използване на средствата, които не са неограничени. Лимитираният финансов ресурс за здравеопазването налага оптимизиране на разпределението, разходването и контрола на наличните средства за провеждането на здравната политика. Поради това законодателно регламентираното държавно финансиране на здравеопазването, бюджетът на НЗОК, правилата за изпълнение на неговата разходна част, разпределените на РЗОК за съответния период разходи и уреждането в индивидуалните договори, сключени между РЗОК и изпълнителите на болнична медицинска помощ, на заплащане на извършената и отчетена медицинска помощ в рамките на стойностите на приложение № 2 в определен срок дават *възможност за прогнозиране и регулярно заплащане на медицинската помощ и вложените медицински изделия в рамките на бюджетната година.*

Не може да бъде споделено становището на ВАС, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО противоречи и на чл. 6, ал. 2 от КРБ. Отново могат да бъдат споделени мотивите на КС от цитираното Решение 2/2007. „В юридически смисъл равенството означава, че към едни и същи лица, равни от правна гледна точка на действащото право, с оглед целите на правното регулиране, законът се обръща еднакво.“ С атакуваната разпоредба на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО осигурените лица не се третират по различен начин. Ограниченията, каквито и да са те – се прилагат еднакво спрямо всички.

Съществува и противоположното становище, обективизирано в особените мнения, изразени по Конституционно дело № 12/2006 г. „Противното би означавало, че конституционният законодател дава възможност със закон да се осигурява тази помощ само на част от здравноосигурените граждани. В конкретния случай това биха били само

тези, които (понякога с протекции или чрез корупционни схеми, именно поради наложени ограничения) са успели да се включат в лимитираната бройка за дадения период от време, като на останалите, макар и здравно осигурени нуждаещи се граждани, конституционно гарантираната достъпна медицинска помощ се отказва (съдия Л. Нейнов). Становището на ВАС е сходно по смисъл с изразеното особеното мнение на съдиите В. Гоцев и Вл. Славов: „Практическият резултат от тази разпоредба означава, че не всички нуждаещи се граждани, които са здравно осигурени ще могат да се ползват от касата. При определеният от НЗОК всяко тримесечие брой на специализираната извънболнична медицинска помощ и разпределената по месеци обща годишна стойност на болничната медицинска помощ, достъп до тези здравни услуги могат да имат не всички здравно осигурени лица, както повелява чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Медицинска помощ чрез касата ще могат да получат само тези, които първи са я потърсили. ... Недопустимо е да се поставят условия, при които едни нуждаещи се лица да могат да получат съответната помощ, а други да не я получат. Недопустимо е това да се определи от условието, кой по-рано е имал нуждата.”

Смятам че в този случай, спекулативно се смесват дейностите за получаване, респ. оказване на медицинската помощ и за нейното заплащане. *Атакуваната разпоредба на чл.55а, ал. 2 от ЗЗО не ограничава, а и няма как да ограничи получаването на медицинска помощ, когато здравословното състояние на лицето, налага такава. Единственото предполагаемо ограничение, което разпоредбата въвежда е в получаването на здравноосигурителна престация (медицинска помощ, закупена от НЗОК в полза на здравноосигуреното лице).*

Освен, че осигурява социална, респ. здравна сигурност и реализира политики, осигурителната система (НОИ и НЗОК) функционира при спазването на строги бюджетни правила. За съжаление след повече от 15 години отново е актуално посоченото от Конституционния съд в Решение 2/2007 „по принцип социалните права се реализират трудно и в зависимост от това, как държавата изпълнява задълженията си да организира здравното осигуряване, което обезпечавя здравното обслужване и лечебната помощ, поведението ѝ ще е похвално или укоримо.“

**По изложените съображения смятам, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО не е противоконституционна.**

С оглед обществената чувствителност на темата следва да се подчертае, че законодателят дължи създаването на изричен регламент, регулиращ получаването на здравноосигурителни престации в рамките на здравноосигурителния бюджет. Смятам за спекулативно твърдението „Това директно поставя здравноосигурените лица, които ще потърсят съответната медицинска или дентална помощ, в положение да им бъде отказана такава единствено поради финансови причини.“ (стр. 15 от искането). Както вече беше посочено, ако действително лицето има нужда от медицинска помощ, същата ще му бъде оказана, защото тя е дължима. Друг е въпросът кой ще понесе финансовата тежест за нейното заплащане.

От една страна заплащането на така оказаната медицинска помощ може да е дължимо от пациента. В случай, че той е здравноосигурено лице и оказаната му медицинска помощ е в пакета на НЗОК, то тогава се поставя въпросът как пациентът ще упражни правата си на здравноосигурено лице.

От друга страна - така оказаната медицинска помощ, в случай че не бъде заплатена, нито от пациента, нито от НЗОК – тя може да остане за сметка на лечебното заведение, което я е оказало. Това също е недопустимо, защото лечебните заведения - без значения от собствеността им - нямат ангажимент за оказване на безплатна медицинска помощ.

Законодателят дължи отговор на така поставените въпроси.

Следва да бъдат въведени ясни правила, че при упражняване правата си задължително-здравноосигурените лица следва да се подчиняват на определен регламент, вкл. и да търпят известни ограничения (от тяхна гледна точка). В този смисъл не следва да се забравя, че задължителното здравно осигуряване предоставя *пакет* от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (чл. 2, ал. 1, изр. 2 от ЗЗО). Така както е дефиниран (§. 1, т. 2 от ДР на ЗЗО) пакетът от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК са *определени по вид и обхват* дейности, ..., които са достъпни за всички здравноосигурени лица *в обем, при условия и по ред*, определени в НРД. Обемът на медицинската помощ е *количеството* медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в НРД, докато обхватът на медицинска помощ са видовете услуги и здравни стоки, които се покриват напълно или частично от НЗОК. *Следователно не при всички случаи, когато лице се нуждае от медицинска или дентална помощ, то ще получи същата като здравноосигурителна престация* и пациентът ще трябва да заплати цената на получената здравна услуга. Но от друга страна не следва и да се допуска получаването на

здравноосигурителна престация да зависи от времето на поискването ѝ, защото тук не важи принципа пръв по време (на разболяване) – пръв по права (получаване на здравноосигурителна престация). В този ред на мисли законодателят следва да създаде нормативен ред за гарантирано получаване на здравноосигурителни престации в рамките на бюджета, като с предимство да бъдат тези пациенти, чието състояние е определено като спешно или неотложно. Плановите медицински дейности да се разполагат и да се осъществяват напред във времето при осигурен финансов ресурс (правилата на листа за планов прием).

Смятам, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО не изключва изобщо заплащане над договорените обеми и стойности. Това е така, защото освен рестриктивната норма на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО съществува и нормата на чл. 26, ал. 2 от ЗЗО, съгласно която със средствата от резерва на НЗОК *се плащат разходи в случай на значителни отклонения* от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания. Следователно законодателят допуска съществуването на непредвидени ситуации, водещи до непредвидени плащания. Но законодателят следва да създаде нормативен ред, по който да бъдат преценявани основателността и размера на отклонението, стойността за което ще бъде заплатено на лечебните заведения, „в случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него“ (*в този смисъл Решение № 169/16.02.2021 г. по т.д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т.о.*).

С оглед изложеното, може да се приеме че съществува определена празнина в нормативния ред, която може да постави в риск, както задължително здравноосигурените лица, така и изпълнителите на медицинска/ дентална помощ. Това бездействие на законодателя е укоримо, но това не води до противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО.

С уважение:  
MARIYA  
IVANOVA  
RADEVA

гл. ас. д-р Мария Радева

Digitally signed by MARIYA  
IVANOVA RADEVA  
Date: 2023.11.19 18:16:31  
+02'00'