

ДО
КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ОТ
АДВ. НАДЕЖДА СЛАВЧЕВА, д.п.

ПРАВНО МНЕНИЕ
по конституционно дело № 15 по описа за 2023г.

УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

Съгласно Ваше Определение от 17.10.2023г. съм поканена за предоставяне на правно мнение по образуваното на 20.09.2023г., по искане на тричленен състав на Върховния административен съд, конституционно дело № 15 по описа за 2023г., за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (обн. ДВ, бр. 70 от 1998г., поел. изм. и доп. бр. 66 от 2023г.; 330).

Във връзка с горното, с настоящото изложение моля да приемете, че се солидаризирам с изложените в искането на Върховен административен съд правни доводи за обявяването на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване за противоконституционна, поради следните съображения:

I. Противоречие на чл. 55а, ал.2 от Закона за здравното осигуряване с чл. 52, ал.1 от Конституцията на Република България:

Оспореният от вносителя на искането текст на чл. 55а, ал.2 330 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.“

Адресати на тази разпоредба са Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), в качеството си на осигурителен орган по задължителното здравно осигуряване и изпълнителите на медицинска помощ по смисъла на чл. 58 330. Последните имат особено място в системата на здравното осигуряване, тъй като предоставят от името и за сметка на здравноосигурителния орган дължимите на здравноосигурените лица здравноосигурителни престации, а осигурителният орган им предоставя от името на осигурените лица паричната равностойност на тези престации. Тъй като НЗОК не предоставя дължимата престация (*медицинска помощ*) непосредствено на здравноосигуреното лице, а чрез изпълнителите на медицинска помощ, е длъжен да заплаща паричната равностойност на предоставената медицинска помощ на нейните изпълнители. Този извод следва от това, че с внасянето на здравноосигурителните вноски осигуреното лице прехвърля риска от настъпването на неблагоприятните последици от увреждането на здравето, за чието преодоляване трябва да бъдат направени определени парични разходи.

Съгласно чл. 59, ал. 1 от 330 договорите по чл. 20, ал. 1, т. 4 за оказване на медицинска помощ се сключват между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ в съответствие с Националния рамков договор за медицинските дейности (НРД) с анексите към тях, с решението по чл. 54, ал. 9 и в съответствие със закона. Здравноосигурените лица не са страна нито по НРД за медицинските дейности,

нито по договора за приемане на обеми и цени на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО.

Ако НРД определя обхвата и общите правила за предоставяне на медицинска помощ, договорите между РЗОК като териториално поделение на НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ уреждат реда за нейното предоставяне. Предметът на договорите с изпълнители на медицинска помощ е определен чрез описание на основните елементи в тяхното съдържание. Те се свеждат до конкретизиране на отношенията между изпълнителите на медицинска помощ, както и между тях и други лица при предоставянето на помощта. В този смисъл договорите детайлизират реда и условията за предоставяне на медицинската помощ, установени в здравноосигурителното законодателство и НРД. Според императивната разпоредба на чл. 55, ал. 3 от ЗЗО, Националните рамкови договори не могат да установяват изисквания за минимален брой на регистрираните здравноосигурени лица от изпълнител на първична извънболнична помощ, както и условия, възпрепятстващи свободния избор от осигурения на изпълнители на медицинска помощ, сключили договор с РЗОК. Правата и задълженията по договорите между РЗОК и изпълнителите по общото правило имат сила между страните, които са ги сключили. Особеност обаче на тези договори е, че *косвено те обвързват и здравноосигурените лица, доколкото определят реда за предоставяне на медицинска помощ*. Именно този ред на първо място засяга оспореният текст на чл.55а, ал.2 ЗЗО.

Правната уредба на системата на здравно осигуряване в България има своето конституционно основание в разпоредбата на чл. 52, ал.1 от Конституцията, която прогласява правото на здравно осигуряване, гарантиращо на гражданите достъпна медицинска помощ. С чл. 52, ал.1 се определя и рангът на нормативния акт, в който следва да бъдат установени условията за упражняване на правото на здравно осигуряване, а именно **закон**. Това е Законът за здравното осигуряване. Той е фундамента на настоящото законодателство и въз основа на него и за неговото прилагане са приети редица подзаконовни нормативни актове. Правната уредба на здравното осигуряване на първо място има закрилна обществена функция. Именно тази закрила се изразява *в осигуряване на достъпна медицинска помощ*, визирана в Конституцията и чл. 4 ЗЗО. В тази връзка, като определя предмета на задължителното здравно осигуряване, чл. 4 ЗЗО посочва „достъпна медицинска помощ“ и „избор на изпълнител на такава помощ“. Тук теорията отчита редакционно несъвършенство като правилно посочва, че *изборът на изпълнител не е отделна осигурителна престация, а елемент на правото на достъпна медицинска помощ*¹.

За пълнота следва да се отбележи, че принципно осигурителните права и задължения се осъществяват в рамките на две взаимно свързани помежду си правоотношения. Едното е по набиране на средствата за общественото осигуряване, в което страни са осигурителя и осигурителния орган, а второто по разходване на средствата по общественото осигуряване, в което страни са осигурителния орган и осигуреното лице. Както се посочи по-горе, изпълнителите на медицинска помощ имат специална функция, а именно да предоставят на здравноосигурените лица здравноосигурителната престация при настъпване на осигурителен случай и то винаги, когато последните са упражнили правото си на свободен достъп и избор на изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл. 4 ЗЗО. *Правото на избор на изпълнител на медицинска помощ е субективно право на здравноосигуреното лице, поради което неговото упражняване зависи само от волята на това лице и е свързано с необходимостта от особено лично доверие между лекуващ и пациент. Наред с това, правото на избор на изпълнител е и публично притезателно право и упражняването му задължава избрания изпълнител да окаже дължимата на*

¹ Така Средкова, К., „Осигурителна ли е здравноосигурителната система в България?“, Сиби, сп. Съвременен право, София 2000, стр. 15

здравноосигурения медицинска помощ, а осигурителния орган да заплати нейната стойност².

Правото на здравноосигурените лица на избор на изпълнител на медицинска помощ е гарантирано от законодателя в редица нормативни актове, вкл. нарочна Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, приета на основание чл. 81, ал. 3 във връзка с чл. 83, ал. 2 и 8 от Закона за здравето и чл. 4, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване. С наредбата се уреждат условията и редът за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ на българските граждани и на лицата, които пребивават в Република България и за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от допълнителната разпоредба на Закона за здравното осигуряване.

Израз на обезпечаване и гарантиране на правото на здравноосигурените лица на избор на изпълнител на медицинска помощ като елемент на достъпната медицинска помощ по смисъла на чл. 52, ал.1 КРБ са и разпоредбите, гарантиращи равнопоставеност на самите изпълнители при сключването на договорите с РЗОК (чл. 5, т.5 ЗЗО). Видно, съгласно чл. 58 ЗЗО изпълнители на медицинска помощ са **лечебни заведения или техни обединения по Закона за лечебните заведения**, което е в унисон с чл. 4, ал.2 ЗЛЗ, съгласно който лечебните заведения са равнопоставени независимо от собствеността им. В този смисъл, законодателят е допуснал изпълнител да бъде както лечебно заведение от публичната система за здравеопазване, така и тъй нар. частни лечебни заведения именно с цел да обезпечи свободния достъп до медицинска помощ и избор на изпълнител на здравноосигурените лица.

Въз основа на гореизложеното, считам, че оспореният текст на чл. 55а, ал.2 ЗЗО рефлектира косвено върху гарантираните от Конституцията и съответно уредени в Закона за здравното осигуряване права на здравноосигурените лица на достъпна медицинска помощ. Това е така, защото въпросната разпоредба като последица поражда редица въпроси, които обаче не намират отговор в действащото законодателство, а пряко касаят пациентите. **Системата на задължителното здравно осигуряване, осъществявано на принципа на солидарност, следва да съдържа ясни правила в закона, за да се гарантират стабилност и предвидимост на правната уредба и защита на основното и неотменимо право на гражданите на здравно осигуряване** (така Решение № 3 от 8.03.2016г. на КС по к. д. № 6/2015г.).

В допълнение към казаното дотук, възникват редица въпроси относно какво би следвало да стори лечебното заведение – изпълнител на медицинска помощ, в случаите, когато под страх от „нарушение на обемите и стойностите по договора му с РЗОК“ откаже или окаже медицинска помощ на пациентите.

Впечатление прави, че разпоредбата на чл.55а, ал.2 ЗЗО използва понятието „оказана медицинска помощ“, тоест първо конотацията на прилагателното „оказана“ се визира вече предоставена медицинска помощ, а на следващо място очевидно не се въвежда разграничение за нейния вид – извънболнична и/или болнична, спешна, неотложна, необходима или планова. Това означава, че не се дава сметка за вида на медицинската помощ, чието оказване няма да бъде заплатено при нарушение на обемите и стойностите. В допълнение, внимание заслужава и например редът за отчитане на оказаната болнична помощ, предвиден в НРД. Съгласно чл. 405, ал.1 НРД изпълнителите на болнична помощ, сключили договор с НЗОК, считано от 1.09.2023 г. ежедневно подават файлове по електронен път в утвърден от НЗОК формат за оказаната за денонощия дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга. Съгласно ал.5 на същия член оказаната болнична медицинска помощ се подава най-късно **до 17,00 ч. на първия работен ден, следващ деня на извършване на дейността**. Съгласно ал.10 на чл.405 НРД „Ежедневно подадената по електронен път информация се обработва в информационната система на

² Така Средкова, К., *Осигурително право*, пето издание, София, Сиби, 2016, стр. 522-523;

НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 15,00ч. на осмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност.“.

Какво означава това на практика? В правомощията на РЗОК е да обработи данните от отчетите, подавани от лечебните заведения и едва осем дни по-късно да извести изпълнителя за одобрените и отхвърлени дейности. Така, рискът остава за лечебните заведения. Ако те изпълнят договорното си задължение и окажат медицинска помощ на здравноосигурен пациент в законоустановения обем съгласно гарантирания от НЗОК пакет, но с това надвишат или както визира чл. 55а, ал.2 ЗЗО „нарушат“ предвидените стойности, разходът за оказаната медицинска помощ ще следва да се търси от лицето, което я е получило и то на цени по ценоразписа на лечебното заведение, а не по цени, които НЗОК „закупува“ медицинската помощ за здравноосигурените лица съгласно индивидуалните договори. Тоест, здравноосигуреното лице ще се таксува по цена, формирана от лечебното заведение, по аргумент на чл.98, ал.1 ЗЛЗ³. По този начин обаче се нарушават икономически права на пациентите. В обратната хипотеза, ако се приеме, че лечебното заведение своевременно установи, че е достигнало предвидените в индивидуалния договор стойности, макар съгласно НРД това да е в правомощията на РЗОК, откаже предоставяне на медицинска помощ (тук дори няма да разглеждам хипотезите при различните видове медицинска помощ) на здравноосигурен пациент, макар и да разполага реално с възможност да я извърши (свободно легло, кадрова обезпеченост, апаратура и тн.), с единствения мотив, че е достигнал „лимита“ и насочи пациента към друго лечебно заведение, без да може да му гарантира, че то също няма да е достигнало „лимита“, потенциално поставя в риск здравето и живота на пациента като поема отговорността най-малко за нарушеното му право на своевременна и достъпна медицинска помощ.

Отношение по поставените по-горе въпроси е взел и Върховния касационен съд с решение № 169 от 16.02.2021г. по т. д. № 1916/2019 г. на ВКС, II т. о., постановено по реда на чл. 290 ГПК като приема, че „...Предвидените в договорите между РЗОК и изпълнителите стойности на медицинските дейности са прогнозни и не изключват заплащането на престиранията от лечебното заведение медицински дейности по чл. 45 ЗЗО при превишаване на месечния лимит. Уговорените в индивидуалния договор за оказване на болнична помощ договор между РЗОК и изпълнител на медицинска помощ клаузи, съгласно които не се разрешава на изпълнителя да отчита с финансово-отчетни документи дейности, лекарствени продукти или медицински изделия на стойности, надвишаващи стойностите за съответния месец в Приложение № 2, и се дава право на възложителя да не извършва плащане на изпълнителя, когато сумите по фактурите и спецификациите надвишават стойностите за съответния месец в приложение № 2, са нищожни на основание чл. 26, ал. 1, пр. 1 ЗЗД като противоречащи на императивни правни норми – чл. 4, ал. 1, чл. 55, ал. 3, т. 2 и чл. 35, т. 1 ЗЗО във връзка с чл. 26, ал. 2 и чл. 25 ЗЗО.“.

Макар и на основание чл. 290, ал.3 ГПК решението да не представлява задължителна съдебна практика⁴, то е израз на дългогодишни съдебни спорове между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ по въпросите именно касаещи извършената и отчетена, но надхвърляща, поставените от самия възложител НЗОК обеми и стойности на закупуваната медицинска дейност. За пълнота, следва да се

³ Чл. 98, ал. 1 ЗЛЗ: „В случаите, когато медицинските услуги не се оказват по договор с Национална здравноосигурителна каса и не се предоставят по реда на чл. 82 от Закона за здравето, *лечебните заведения формират цена.*“

⁴ „Тълкуванията на Конституционния съд и върховните съдилища са актове на волята. Волята е продукт на духа, тя не може да бъде вярна или невярна. Това е различието между съдебните тълкувания и тези, които прави юридическата наука. Последните имат описателен характер и за тяхната достоверност може да се спори, *докато тълкуването на съдилищата е задължително - "то е такова, каквото е"*.“ (така Решение № 2 от 22.02.2007 г. на КС по к. д. № 12/2006 г.).

припомни, че със Закона за бюджета на НЗОК за 2020г. беше предвидено своеобразно разрешение само за две бюджетни години, а именно за „надлимитната“ дейност през 2015 и 2016 г. да бъдат дадени до 75 млн. лв. и то само за покриване на главниците на задълженията на НЗОК към лечебните заведения – изпълнители на медицинска помощ.

Във връзка с горното, следва за пълнота на изложението да се обсъди основният аргумент, с който се прави опит за защита и мотивиране на закрепеното в чл. 55а, ал.2 ЗЗО законодателно решение, а именно ограничения публичен ресурс и лимитираните средства в бюджета на НЗОК.

Бюджетът на НЗОК съобразно даденото в чл. 22, ал. 1 от ЗЗО определение е основен **финансов план** за набиране и разходване на парични средства на задължителното здравно осигуряване и е отделен от държавния бюджет. *„Съдържанието на ЗБНЗОК не може да се свърже с традиционното определение за закон. Поради това, за да бъде определен смисълът на оспорените текстове, трябва да се държи сметка за общата уредба на здравното осигуряване и свързаните с него обществени отношения. Или по друг начин казано, след като бюджетът на касата на основание чл. 29 от Закона за здравното осигуряване е елемент от системата на осигуряването и здравната помощ, тълкуването, което му се дава, трябва да държи сметка за другите елементи от нея.“* (така Решение № 2 от 22.02.2007 г. на КС по к. д. № 12/2006 г.).

Приходите на НЗОК съобразно чл. 23 от ЗЗО се набират от осигурителни вноски, лихви и други законови приходи на НЗОК, целеви субсидии от държавния бюджет за изпълнение на задължения, които произтичат от прилагането на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и трансфери от държавния бюджет, в това число и чрез бюджета на министерство на здравеопазването. Съгласно разпоредбата на чл. 29 ЗЗО със ЗБНЗОК който се приема ежегодно от Народното събрание, задължително се определят и размерът на задължителната здравноосигурителна вноска, приходите и разходите по бюджетна класификация, както и диференцираните разходи по здравноосигурителните плащания за различните видове медицинска помощ, медицински дейности, лекарствени продукти и пр. С разпоредбата на чл. 23, ал. 2 от ЗЗО е предвидена възможността при недостиг на средства да се ползват краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет. В чл. 25 от ЗЗО се предвижда задължително в бюджета на НЗОК да бъде заделен резерв за непредвидени и неотложни разходи, средствата от който се разходват за заплащане на разходи, в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на бюджетните средства (чл. 25 и чл. 26, ал. 2 ЗЗО). В този смисъл, както беше посочено в началото, осигурителните права и задължения се осъществяват в рамките на две свързани правоотношения – по набиране и по разходване на средствата по общественото осигуряване. Съдържанието на правоотношението по разходване на средствата се определя от съвкупността на правата и задълженията по него. И в този случай на задълженията на едната страна съответстват правата на другата. Законоустановени са елементите на цялото съдържание на правоотношенията по задължителното обществено осигуряване, част от което е и здравното осигуряване. Основното задължение на осигурителния орган – НЗОК към здравноосигурените лица е задължението за предоставяне на осигурителни престации (чл. 35 ЗЗО). Последните се предоставят чрез посредник – изпълнителите на медицинска помощ.

Следва да се припомни, че все пак действащото законодателство не урежда детайлно правата на изпълнителите на медицинска помощ нито спрямо осигурените лица, нито спрямо осигурителния орган. Уредбата е поместена предимно в НРД и индивидуалните договори. Независимо от това, ЗЗО в чл. 47 **изрично посочва, че изпълнителите на медицинска помощ имат право на паричната равностойност на предоставената (оказаната) медицинска помощ като това притежателно право е насочено към здравноосигурителния орган – НЗОК.** ЗЗО допуска две изключения от това правило, а именно заплащането да е лично от лицето, на което е оказана медицинска

помощ в случаите, при които то не е здравноосигурено (чл.52 ЗЗО) и когато представената медицинска помощ излиза извън обхвата на гарантирания пакет здравни дейности (чл. 51 ЗЗО).

В заключение, на основание всичко изложено по-горе, очевидно оспорената разпоредба на първо място е в противоречие с другите разпоредби и с целта на Закона за здравното осигуряване. Но по-важно е, че чл. 55а, ал.2 ЗЗО противоречи на чл. 52, ал.1 от Конституцията по всички изложени по-горе съображения.

II. Противоречие на чл. 55а, ал.2 от Закона за здравното осигуряване с чл. 6, ал.2 от Конституцията на Република България:

В Решение № 3 от 8.03.2016 г. по КД № 6/2015 г. Конституционният съд приема, че законодателят може да определя обема на медицинската помощ при задължителното здравно осигуряване и нейното разделяне в един или повече пакети. Конституционният съд изрично заключава, че е допустимо ограничение до определен по вид, обхват и обем здравни дейности, *но при спазване на принципите на основния закон, сред които и принципът на равенство.*

От изложеното дотук за отражението на чл. 55а, ал.2 ЗЗО по повод здравноосигурените лица е ясно, че пациент, който се яви за лечение в края на календарния месец в лечебно заведение – изпълнител на медицинска помощ, което е изчерпало месечните си обеми и стойности по индивидуалния договор с РЗОК, няма да бъде равнопоставен на пациент, който се е явил за лечение по-рано през месеца. В този смисъл, принципът „*Prior tempore, potior iure*” (Първият по време е първи по право) не следва да намира приложение що се касае до оказването на медицинска помощ. За медицината приоритет е опазването на здравето и живота на пациентите.

Неравнопоставеност между здравноосигурените лица възниква и с оглед стадия на заболяването – начален или напреднал етап, които съответно да налагат спешни, неотложни или планови действия. Включването на пациенти например в листата на чакащите поради ограничение в броя на извършваните хоспитализации би довело до нарушаване на правата им за своевременно и качествено лечение, закрепени в чл. 81, ал. 2, т. 1 от ЗЗ или до накърняване на свободата за избор на изпълнител на медицинска помощ по чл. 4, ал. 1 от ЗЗО. Нуждаещите се здравноосигурени лица биха получили медицинска помощ през същия месец в случай на избор на друго болнично заведение, ненадхвърлило обемите и стойностите за хоспитализации или в съответния по-късен момент в рамките на съответната година. Тези обстоятелства например биха дали основание на здравноосигурените лица да ползват механизма за достъп до медицинска помощ по реда на Правилата за координация на системите за социална сигурност или на Директива 2011/24/ЕС за правата на пациентите на трансгранично здравно обслужване, което и в двата случая би преодоляло въведените с чл. 55а, ал.2 ЗЗО рестрикции в заплащането на „нарушените“ обеми и стойности, закрепени в индивидуалните договори между изпълнителите на медицинска помощ и РЗОК.

Тук изкрystalизира следващата неравнопоставеност по признак имуществено състояние. Лицата в по-добро финансово състояние, упражнили правото си на избор на изпълнител на медицинска помощ, ако им бъде отказано лечение поради достигане на „лимита“ биха могли да заплатят предлаганото им лечение своевременно, а тези които нямат тази възможност, ще бъдат поставени пред неоправдано препятствие, изразяващо се в търсене на друг изпълнител, за който няма предварителна и надеждна информация дали междуременно няма да е достигнал обемите и стойностите по договора с РЗОК.

Признакът „местоживеене“, както и „неподходящо място“, както го посочва вносителят на настоящото искане, също могат да се коментират в контекста на нарушение на принципа на равенство, закрепен в чл. 6, ал.2 от Конституцията.

В заключение, на основание гореизложеното следва да се приеме, че е налице и противоречие на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО с принципа на равнопоставеност, прокламиран в чл. 6, ал. 2 от Конституцията.

III. Противоречие на чл. 55а, ал.2 от Закона за здравното осигуряване с чл. 4, ал.1 от Конституцията на Република България:

В чл. 4, ал.1, Глава първа – „Основни начала“, Конституцията на Република България (КРБ) предвижда: „Република България е правова държава. Тя се управлява според Конституцията и законите на страната“.

Понятието за „правова държава“ включва както принципа за правна сигурност (формалния елемент), така и принципа за „справедливост“.

Разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО противоречи на принципа на правовата държава, първо защото е неясна, поради което дава възможност да се запълва с различно съдържание и към настоящия момент и занаяпред, но наред с това и създава предпоставки за противоречиво правоприлагане. Преди съществуването на оспорваната разпоредба в ЗЗО, нейната идея беше само възпроизвеждана в НРД и индивидуалните договори с изпълнителите на медицинска помощ. Това даде възможност както на гражданските съдилища, така и на административните да тълкуват клаузите от договорите различно. В преобладаващата съдебна практика съдилищата приемат, че чл. 52, ал. 2 от Конституцията установява принцип на закрила от държавата на здравето на гражданите, което се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници. Застъпниците на обратната теза приемат, че НЗОК има правомощие да ограничи заплащането на дейността и това не противоречи на чл. 52 от Конституцията, ЗЗО и Закона за здравето и като краен извод приемат, че въпросът дали сумите ще се изплатят, или не, ще се преценява от административния орган, който разпределя и се разпорежда с бюджета в рамките на оперативната му самостоятелност. Наред с изброените, съществуват и съдебни актове, с които се приема, че макар и реално НЗОК да дължи заплащане за извършената дейност, при липса на доказано наличие на излишък в бюджета ѝ за съответния период, касата е освободена от тази отговорност.

Поради горните обстоятелства, както посочих по-рано, в ЗБНЗОК за 2020г. се регламентира заплащане на отчетените, но незаплатени дейности в болничната медицинска помощ за 2015 г. и 2016г. на изпълнителите на болнична медицинска помощ, които имат сключени договори с НЗОК, при наличие на неусвоени средства за здравноосигурителни плащания до 75 млн. лв. В изпълнение на §1, ал. 4 от Преходните и заключителни разпоредби на ЗБНЗОК за 2020 г. бе изготвен проект на условията и ред за заплащане. Възникна обаче въпросът за случаите, при които има влезли в сила съдебни решения, с които са отхвърлени искове на лечебни заведения за заплащане на оказаната в нарушение на обемите и стойностите по договорите медицинска дейност за 2015 г. и 2016 г. Разрешение на този въпрос бе намерено чрез еднократно законодателно регламентиране и предвиждане на публичен финансов ресурс.

В заключение, в настоящия случай *„Касае се за осигуряването на дължимата правна сигурност, предвидимост и гаранции за спазването на основните права на гражданите, каквито несъмнено са тези на здравно осигуряване и на достъпна и безплатна медицинска помощ. Проведеният пълно и последователно подход на конституционния законодател е за уреждане на законово ниво на основните права на гражданите и границите на тяхното упражняване и ограничаване, поради което няма основание правото на здравно осигуряване да се отклонява от този принцип.“* (така Решение № 3 от 8.03.2016 г. на КС по к. д. № 6/2015 г.).

IV. Противоречие на чл. 55а, ал.2 от Закона за здравното осигуряване с общопризнатите норми на международното право и с международните договори, по които България е страна:

Искането на вносителите не съдържа доводи в подкрепа на твърдението, че чл. 55а, ал.2 ЗЗО не съответства на международното право и на международните договори, по които Република България е страна. Вносителят е посочил, че оспорената разпоредба не попада в приложното поле на правото на ЕС, доколкото се касае за вътрешноправната уредба по въпроса за разходването на средства на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и не са засегнати или приложими други норми от европейски порядък. Това е така, защото съгласно чл. 168 (7) от Договора за функционирането на ЕС „действията на Съюза са съобразени изцяло с отговорностите на държавите-членки що се отнася до определянето на тяхната здравна политика, както и в организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи. Отговорностите на държавите-членки включват управлението на здравните услуги и медицинските грижи, както и разпределянето на ресурсите, които са им предоставени.“

В първата част на изложението подробно бяха наведени твърдения за противоречието на чл. 55а, ал.2 ЗЗО с основното и неотменимо право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ. Като се твърди оспорената разпоредба да има противоречие с разпоредбата на чл. 52, ал.1 от Конституцията, считам че е налице и противоречието ѝ с общопризнатите норми на международните договори, по които България е страна.

На първо място, в международната нормативна уредба правото на здравно осигуряване е уредено пряко и косвено във Всеобщата декларация за правата на човека (чл. 25)⁵ и Международният пакт за икономическите, социални и културни права (чл.12)⁶. Наред с тези актове, други такива на регионално европейско ниво са Европейската социална харта (чл. 11)⁷, Конвенция за правата на човека и биомедицината (чл.3)⁸, както и Хартата за основните права на ЕС (чл.35)⁹, които са признали равния достъп до здравно осигуряване като основно право на човека.

На второ място, въпреки че основно целящи закрила на икономическите права, приетите от Европейския съюз принципи на свободно движение са приложими и в сферата на здравеопазването, интерпретирайки ги като право на здравноосигурените

⁵ Чл. 25, (1) Всеки човек има право на жизнено равнище, включително прехрана, облекло, жилище, *медицинско обслужване* и необходимите социални грижи, което е необходимо за поддържане на неговото и на семейството му здраве и благосъстояние. Той има право на осигуряване в случай на безработица, болест, инвалидност, овдовяване, старост или други случаи на лишаване от средства за съществуване по независещи от него причини.

⁶ Чл. 12: Държавите – страни по този пакт, признават правото на всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве. Мерките, които държавите – страни по този пакт, ще вземат, за да се осъществи напълно това право, трябва да включват и мерките, необходими за:

а) намаляване броя на мъртвородените деца и детската смъртност, както и за здравословното развитие на детето; б) всестраниното подобряване хигиената на околната среда и промишлената хигиена; в) предотвратяването и лекуването на епидемичните, ендемичните, професионалните и други заболявания, както и борбата с тях; д) *създаването на условия, които да осигурят на всички медицинска помощ и медицинско обслужване в случай на болест.*

⁷ Чл. 11 (Право на опазване на здравето): „С цел да осигурят ефективното упражняване на правото на опазване на здравето договарящите страни се задължават да предприемат пряко или в сътрудничество с държавни или частни организации необходимите мерки...“

⁸ Чл. 3 (Равен достъп до здравни грижи) „В зависимост от здравните потребности и наличните ресурси страните вземат подходящи мерки за гарантиране в сферата на юрисдикцията *равен достъп до здравни грижи с необходимото качество.*“

⁹ Чл. 35 (Закрила на здравето) „Всеки има право на достъп до здравна профилактика и да ползва медицински грижи при условията, установени от националните законодателства и практики. При определянето и осъществяването на всички политики и действия на Съюза се осигурява висока степен на закрила на човешкото здраве.“

лица да получат медицинска помощ извън държавата по осигуряване по правилата, закрепени в правната уредба за социална сигурност¹⁰.

Вън обаче от широкия консенсус и многобройните опити за дефиниране на съдържанието на правото на здравно осигуряване от страна на международното право, поради отчитаните от теорията и практиката празноти, през 2000г., Комитетът по икономическите и социални права, мониторирайки Международния пакт за икономическите, социални и културни права, публикува Общ коментар № 14 „Правото на най-високо достижим стандарт на здраве“¹¹. Този документ се приема за достоверно тълкуване на член 12 от Пакта, уточняващо съдържанието на правото на здравно осигуряване в контекста на общите и специални задължения. Едно общо задължение е концепцията за „прогресивна реализация“, която изисква държавите-страни по Пакта постепенно да реализират правата по него, като същевременно се признават трудностите, които те имат при спазването на тези задължения. Съответно, въпреки че самата концепция има незабавен ефект, пълното реализиране на правото на здравно осигуряване позволява на страните да предприемат необходимите мерки за прилагане на това право за по-дълъг период от време. Такива мерки трябва да бъдат конкретни, съзнателни и насочени към пълното прилагане на чл. 12 от Пакта¹². Този гъвкав инструмент означава, че държавите – страни по Пакта имат „конкретно и продължаващо задължение“ да предприемат пълно изпълнение, което презумира, че нарочни „регресивни мерки“ не са разрешени¹³. Концепцията за „прогресивна реализация“ обаче повдига важни въпроси като например случаите, в които се въвеждат „регресивни мерки“, ограничаващи правото на достъп до здравни грижи поради икономически ограничения. Приемането на такива мерки е недопустимо без адекватно правно основание. Според Комитета, „държавите имат тежестта да докажат, че са надлежно оправдани чрез позоваване на съвкупността от права, предоставени от Пакта в контекста на пълното използване на максимално наличните ресурси“¹⁴. Това означава, че регресивните мерки се считат за недопустими и следователно изискват подходящо обосноваване. Ключовият въпрос е: каква причина може да се счита за такова? Икономическата рецесия като такава не може да се приеме за достатъчна, за да оправдае подобна регресивна мярка.

От допълнително значение са закрепените в Общия коментар специфични правни задължения за зачитане, закрила и изпълнение. Задължението за зачитане не позволява на държавите да отказват или ограничават равния достъп на специални групи от населението (напр. жени, затворници и деца). Задължението за закрила изисква държавите да предприемат необходими мерки, недопускащи намеса на третите страни (напр. лечебни заведения и застрахователи) в правото на здравно осигуряване. Наред с това, съгласно Общия коментар задължението за закрила означава също така, че трябва да се предприемат регулаторни стъпки, за да се гарантира наличието, достъпността, приемливостта и качеството на здравните грижи, особено в случай, че правителствата се стремят да въведат пазарна конкуренция при финансирането и предоставянето на здравни грижи¹⁵. Задължението за изпълнение от своя страна изисква държавите да разработят национална здравна политика с подробен план за реализиране на правото на здравно осигуряване, включително регулаторни и финансови мерки за улесняване на необходимата инфраструктура (публични лечебни заведения, програми за професионално обучение и образование, и др.).

¹⁰ По-специално в *Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 09.03.2011г. за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.*

¹¹ *The right to highest attainable standard of health: General Comment (GC) no 14 (2000) on Health, E/C.12/2000/4.*

¹² Параграф 30 *ibid*;

¹³ Параграф 31 *ibid*;

¹⁴ Параграф 32 *ibid*

¹⁵ Параграф 35 *ibid*;

В повечето държави правото на здравно осигуряване е закрепено в нормите на Конституцията, гарантиращи индивидуални и социални права. Така и българската Конституция в чл.52, ал.1 прогласява правото на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ. Правото на здравно осигуряване е социално право (така *Решение № 8 от 2.04.1998 г. по к. д. № 3 от 1998 г. за тълкуване на чл. 52, ал. 1 от Конституцията*) и от квалификацията му като такова следва, че държавата има позитивно задължение да предприеме такива мерки, които да осигурят необходимите на лицата здравни услуги. Социалното измерение на правото на здравно осигуряване се изразява именно в правото на ползване на предоставяните здравни услуги.

Принципът за социалната държава е закрепен в преамбюла на Конституцията, който прогласява създаването на "демократична, правова и социална държава". „Последната е въведена като основна ръководна идея в политиката на съвременната българска държава. И тук може да се каже, че здравното осигуряване е неин ярък израз. Държавата е важен фактор за развитието на здравноосигурителното право. *Всичко, което се предприема при изменението на здравното законодателство, трябва да бъде оценявано с оглед изискванията на социалната държава. А, когато това право се нуждае от няколко възможни тълкувания, трябва да се възприема онова от тях, което в най-голяма степен отговаря на изискванията на социалната държава.* В рамките на този процес компетентните държавни органи трябва да предприемат и изпълняват конкретни подходящи мерки, насочени към развитието и утвърждаването на социалната държава.“ (*така Решение № 8 от 4.07.2012 г. на КС по к. д. № 16/2012г.*).

УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

По изложените съображение считам, че оспорената разпоредба на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО противоречи на чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България. Поради това Конституционният съд на Република България с решението си следва да приеме за основателно искането на тричленния състав на Върховния административен съд за установяване на противоконституционност на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване.

NADEZHDA Digitally signed by
PETROVA NADEZHDA PETROVA
SLAVCHEVA
Date: 2023.11.24
SLAVCHEVA 17:20:33 +02'00'

С уважение:

адв. Надежда Славчева, д.п.