

ДО

КОНСТИТУЦИОННИЯ СЪД
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

СТАНОВИЩЕ

От проф. Петко Салчев, дм

УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

С определение на Конституционния съд на Република България от 17 октомври 2023 година ми е предоставена възможност да предоставя писмено становище по конституционно дело № 15/2023 година, образувано по искане на тричленен състав на Върховния административен съд за установяване на противоконституционност на разпоредбата 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.;330)

Със свое определение от 18.09.2023 г., постановено по административно дело №5915/2022 г. по описа на Върховния административен съд, Трето отделение, съдебният състав е установил несъответствие на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 ЗЗО с чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Поради това е спрял производството по делото и е внесъл искане за установяване на противоконституционност на чл.55а, ал.2 ЗЗО в Конституционния съд в съответствие с чл. 150, ал. 2 от Конституцията.

1. Общи положения

С цел постигане на универсално здравно покритие¹ със Закона за здравното осигуряване законодателят е избрал модел на социално здравно осигуряване, който се характеризира с това, че осигуряването е на солидарен, а не е на капиталов принцип. Това произхожда и от принципът в преамбюла на Конституцията на Република България, според която България се изгражда като социална държава. Поради това и плащането на здравноосигурителните вноски се основават на доходите на гражданите, като в него участие вземат и работодателите. За осигуряване на възможност за ползване на здравни услуги от уязвими групи с оглед солидарния принцип на здравното осигуряване е предвидено задължението на държавата да субсидира определени групи от населението (деца, пенсионери, безработни и др.), които нямат възможност да полагат труд, съответно да получават доходи от него, поради което не могат да допринасят с осигурителни вноски в системата на здравното осигуряване.

¹ Универсалното здравно покритие има за цел да гарантира, че всички хора имат достъп до качествени здравни услуги, да ги предпази от рискове за общественото здраве и обедняване от плащания от джоба за здравеопазване, когато членовете на домакинството са болни

В изпълнение на делегираното в чл. 52 ал. 1 от Конституцията на Република България² правомощие Народното събрание е приело Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). С него се урежда здравното осигуряване ... и свързаните с него обществени отношения (чл. 1, ал. 1 от ЗЗО), както и определя обхвата му, т.е. дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, 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 (чл. 1, ал. 2 от ЗЗО). За целите на управлението и разходването на средствата от задължителните здравни осигуровки за закупуване на здравни услуги в ЗЗО се определя и органът, който ги осъществява – Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и нейните териториални подразделения – районните здравноосигурителни каси (РЗОК). Изрично е определен обхватът на здравните дейности, които са гарантирани от бюджета на НЗОК (чл.2, ал.1 от ЗЗО и чл. 6, ал. 1 от ЗЗО) и съответно вида, обема, цената и съответстващите критерии за качество и достъпност, в съответствие с този закон (чл.2, ал. 3 от ЗЗО).

С чл. 4, ал.1 от ЗЗО са гарантирани основните права на осигурените лица, а именно свободен достъп да медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител на тези дейности. В съответствие с принципите за свобода и равенство е регламентирано правото на избор къде да се ползват здравни услуги, като това е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания. Условиата и редът на тези права на осигурените лица се уреждат в Наредбата по чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето³ и в националните рамкови договори (чл. 4, ал. 3 от ЗЗО).

В изпълнение на изискванията относно разходването на средствата за закупуване на здравни дейности, Надзорният съвет на НЗОК утвърждава годишната обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за всяка РЗОК в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година (чл. 15, т. 5а от ЗЗО). Той определя и стойностите на разходите по т. 5а, разпределени по месеци и по изпълнители на болнична медицинска помощ, по предложение на директорите на РЗОК в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година (чл. 15, т. 5б от ЗЗО). Средствата на НЗОК се разходват основно за закупуване на медицинска помощ, посочена в чл. 45 от ЗЗО, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите (чл. 24, т. 1 от ЗЗО), като в бюджета на НЗОК задължително се предвижда резерв, включително и за непредвидени и неотложни разходи (чл. 25 от ЗЗО), от който резерв се плащат разходи в случай на значителни отклонение в равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания (чл. 26, ал. 2 от ЗЗО).

НЗОК заплаща оказването на видовете медицинска помощ, определени като пакет, гарантиран от Бюджета на НЗОК, с наредба⁴ на министъра на здравеопазването (чл. 45, ал.

² Чл. 52. (1) 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.

³ Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ (обн. ДВ бр. 45 от 2006 г.)

⁴ Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на националната здравноосигурителна каса (ДВ, бр. 98/2019, последно изм. и доп. ДВ, бр.60/2023)

2 от ЗЗО).⁵ Медицинска помощ извън обхвата на чл. 45 от ЗЗО и договореното в НРД, както и разходите за клинични изпитания на лекарствени продукти и медицински изделия не се закупуват от НЗОК (чл. 51 от ЗЗО).

За осъществяването на дейностите, предвидени в ЗЗО, НЗОК и БЛС подписване Национален рамков договор (НРД). Подписаният НРД съдържа условията, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ, както и реда за сключване на договори с тях (чл. 55, ал. 2, т. 1), обемите, цените и методиките за остойностяване на видовете медицинска помощ (чл. 55, ал. 2 т. 3а от ЗЗО).

В изпълнение на закона Националната здравноосигурителна каса планира, договаря и **закупува** за здравноосигурените лица медицинска помощ в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година (чл. 55а, ал. 1 от ЗЗО), но **не заплаща** оказана от лечебните заведения помощ в нарушение на техните договори по чл. 59, ал. 1 (от ЗЗО) обеми и стойности.

За сключването на договори с изпълнителите на медицинска помощ в чл. 59 ал. 5 от ЗЗО е определено финансирането им от бюджета на НЗОК само дейността на клиници и отделения в лечебни заведения за болнична помощ, за които е установено съответствие с критериите по чл. 59в от ЗЗО, а именно:

1. Обезпеченост на лечебното заведение по чл. 9 от Закона за лечебните заведения с медицински специалисти а основен трудов договор;
 - 1.а Спазването на изискванията по чл. 59, ал. 10⁶;
2. Наличие на нормативно определена и технически изправна медицинска апаратура и техника на територията на съответното лечебно заведение;
3. Осигуряване от лечебното заведение по чл. 9 от ЗЛЗ на непрекъснато 24-часово изпълнение на медицинска помощ при спешни състояния;
4. Предоставяне на медицинска помощ в съответствие с утвърдените медицински стандарти и Правила за добра медицинска практика⁷.

На базата на подадено заявление от лечебните заведения за сключване на договор с НЗОК по чл. 59а от ЗЗО, Директорът на РЗОК в срок от 30 дни от подаването му сключва договор с изпълнителите, които отговарят на условията по чл. 55, ал.2 , т. 1 от ЗЗО и на критериите по чл. 59в от ЗЗО. Проверката на съответствието се осъществява от контролните органи на НЗОК/РЗОК по силата на чл. 73 ал. 1 т. 7 и т. 12 от ЗЗО⁸.

⁵ При промяна (допълване) на Наредба №9 в периода на действие на бюджета на НЗОК и през календарната година може да възникне проблем, поради това, че няма планирани средства за заплащане на тези дейности, която затруднява планирането и разходването на средствата

⁶ Чл. 59 (10) (Нова - ДВ, бр. 99 от 2009 г., в сила от 01.01.2010 г.) Всяко лечебно заведение за болнична помощ може да сключи договор по ал. 1 само за тази дейност за оказване на болнична медицинска помощ по чл. 45, за която има специалист/и, работещ/и на основен трудов договор.

⁷ Все още няма приети и публикувани всички стандарти, както и липсват Правилата за добра медицинска практика

⁸ 12. (нова - ДВ, бр. 102 от 2018 г., в сила от 01.01.2019 г.) да извършват проверки за съответствието на структурата и дейността на лечебните заведения - изпълнители на медицинска помощ, и на организацията на

В подаденото заявление от страна на лечебното заведение за болнична помощ са декларирани материално-техническите ресурси, както и човешките ресурси, които ще изпълняват съответните дейности (клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури), т.е. възможностите за изпълнение на съответния индивидуален договор и осигуряване на достатъчни, достъпни и качествени здравни услуги.

Финансовата рамка за закупуване на здравните дейности от страна на НЗОК от изпълнителите на медицинска помощ се определя всяка година от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК). В ЗБНЗОК в чл. 1 ал. 2 се определят параметрите на здравноосигурителните плащания по направления (общата годишна стойност на разходите) за първична, специализирана и болнична медицинска помощ и лекарствени продукти и медицински изделия. В чл. 4 ал. 1 от ЗБНЗОК се определя начинът на разпределение на средствата за болнична медицинска помощ и отговорността на Надзорния съвет (чл. 4 ал. 1 т. 1 от ЗБНЗОК) който: а) утвърждава за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределени по месеци; б) утвърждава стойностите на разходите по буква „а“ и по изпълнители на болнична медицинска помощ, разпределена по месеци; в) наблюдава, анализира и коригира стойността на разходите по буква „а“ на тримесечие. В чл. 4 а. 1 т. 2 от ЗБНЗОК се определят отговорностите на директорите на РЗОК, които: а) предлагат чрез управителя на НЗОК стойностите на разходите по т.1., букви „а“ и „б“, разпределени по месеци и изпълнители на болнична медицинска помощ за съответните РЗОК, и наблюдават разходването на утвърдените стойности на разходите по т.1 букви „а“ и „б“ по месеци и тримесечие; в) анализират и отчитат на тримесечие пред Надзорния съвет на НЗОК дейността си по букви „а“ и „б“. На базата на отчетите на директорите на РЗОК Надзорният съвет на НЗОК, анализира и контролира стойностите и дейността по чл. 4, ал. 2, т. 2 от ЗБНЗОК. Разпоредбата на чл.4 ал. 4 от ЗБНЗОК изрично изисква Надзорният съвет да приеме правила за условията и реда за прилагането на ал. 1, 2 и 3, а условията и редът за наблюдение, анализ и контрол по изпълнението на обемите по чл. 55а от ЗЗО и на стойностите по ал. 1 от изпълнителите на болнична медицинска помощ се определят в Националния рамков договор (чл. 4 ал. 6 от ЗБНЗОК).

През настоящата година изискването по чл. 4 ал. 6 от ЗБНЗОК е изпълнено в чл. 369 на Националния рамков договор. В него е предвидено следното:

Чл. 369. (1) С настоящия договор НЗОК и БЛС определят Механизъм за гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ по ЗБНЗОК за 2020 г. (Механизма).

(2) Директорът на РЗОК сключва договори с изпълнителите на БМП за закупуване на медицински дейности в рамките на утвърдените по чл. 368, ал. 4, т. 2 стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК съгласно чл. 25, ал. 4, т. 2 се

медицинската помощ в тях с изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и на подзаконовите нормативни актове по прилагането им по повод извършена от съответните лечебни заведения конкретна дейност по договор с РЗОК;

определя месечна стойност при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2020 г.

(3) Районната здравноосигурителна каса текущо анализира постъпващата информация по чл. 366 за достигнатото изпълнение на стойностите по чл. 368. В случай на констатирана от РЗОК при анализа по ал. 2 тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определените стойности по чл. 368 РЗОК извършва внезапен контрол.

.....

(6) Изпълнител на БМП може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност за случаите на спешна диагностика и лечение по КП, КПр или АПр по ал. 2 за сметка на до 5 % от утвърдената стойност за следващия месец в приложение № 2 от индивидуалния договор за периода февруари – декември 2020 г. (период на извършване на дейността: януари – ноември 2020 г.).

(7) Промените в приложение № 2 към индивидуалния договор при прилагане на ал. 2 се договарят между изпълнителя на БМП и директора на РЗОК в срока за представяне в РЗОК на отчетите за заплащане на дейността за съответния месец.

(8) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на БМП на определените месечни стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност. Изпълнителят на БМП може да прехвърля икономията на средства в рамките на общия размер на определените стойности по приложение № 2 към договорите си за периодите по чл. 368, ал. 1. Икономията на средства в края на период на извършване на дейност по предходното изречение не се прехвърля за следващ период.

(9) Когато за предходен месец изпълнител на БМП е формирал надвишение на месечната стойност, възстановена по реда на ал. 4, редът на ал. 8 се прилага след приспадане на възстановената сума от формираната икономия. В тези случаи в месечните известия по чл. 368, ал. 10 сумата на надвишението по ал. 4 в рамките на формираната за месеца икономия се посочва с положителен знак, което се отразява и в приложение № 2 от индивидуалния договор.

(10) Стойностите на отхвърлените от заплащане случаи от предходен период на дейност компенсирани се отразяват в увеличение на месечната стойност в месеца, в който ще се извърши приспадането на стойностите на тези случаи.

(11) Стойностите на потвърдени за заплащане случаи от предходен период на дейност компенсирани се отразяват в намаление на месечната стойност в месеца, в който ще се извърши заплащането на тези случаи.

.....

(13) Директорът на РЗОК представя ежемесечни доклади на НС на НЗОК за резултатите от извършения контрол по ал. 3 на изпълнителите на БМП, надвишили определените им стойности по чл. 368. Чл. 370.

1) Директорът на РЗОК **може да внесе** предложение до НС на НЗОК за **коригиране на определените стойности** в приложение № 2 по договорите с изпълнителите на БМП на основание получено от конкретен изпълнител на БМП **мотивирано предложение**, водещо до промяна на определените стойности по чл. 368, ал. 4, т. 2 в края на период по чл. 368, ал. 1, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК. Предложенията се внасят с доклад за всеки отделен изпълнител на БМП, включващ: 1. конкретните обстоятелства, довели до необходимост от промяна; 2. резултата от текущите проверки на РЗОК при констатирана тенденция на нарастване на разходите на ниво лечебно заведение, отделение/клиника.

2) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво.

II. Обсъждане

По искането за обявяването на противоконституционния характер на чл. 55а от ЗЗО във връзка с чл. 6 от Конституцията на Република България трябва да се отбележи, че посоченото конституционно право се отнася към универсалните права на човека. Поспециално изрично е предвидена закрилата на социалните права, като правото на здраве е едно от основните социални права. Правото на здраве е постановено изрично в чл. 52 от Конституцията на Република България и съответно е доразвито в законодателството в областта на здравната система – Закона за здравното осигуряване, Закона за здравето и т.н.

В чл. 29 ал. 2 от Всеобщата декларация за правата на човека е определено, че „Всеки човек, при упражняването на своите права и свободи, е подчинен само на такива ограничения, установени със закон, изключително с цел да се осигури необходимото признаване и зачитане правата и свободите на другите и за удовлетворяване на справедливите изисквания на морала, обществения ред и общото благоденствие в едно демократично общество.“ От посоченото е видно, че основните права на гражданите следва да се уреждат в съответствие с общите принципи в съответните закони и подзаконовни нормативни актове, които уреждат определения кръг обществени отношения. Поради това правата не са абсолютни, а се определят в законодателството. Поради това и правото на здраве в изградения модел в България е уредено в съответствие с принципа за изграждане на общото благоденствие в едно демократично общество, така че да се насърчава изграждането на солидарната държава.

Чл. 55а ал. 2 от ЗЗО няма пряка относимост към правата на човека, а се отнася към „управлението на набраните средства и тяхното разходване за закупуване на здравни дейности“ от лечебни заведения, сключили договор с НЗОК според изискванията на ЗЗО, ЗБНЗОК и НРД. Поради това тази разпоредба не е пряко свързана с правото да се получава здравна услуга, а с отношенията между два равнопоставени субекта по договор за закупуване на здравни услуги – НЗОК и лечебните заведения.

Конституционния съд (КС) е изяснявал в практиката си, че чл. 52, ал. 1 от Конституцията въвежда задължение за държавата да осигурява и организира „закрилата на здравето на гражданите като публично благо чрез осигуряване на равнопоставен достъп до медицински

дейности“ и посочва, че именно това е „без съмнение легитимната, конституционно дефинирана цел“. В развитие на тази конституционна цел в чл. 1, ал. 2 на ЗЗО е дадено легално определение на здравното осигуряване, а именно, че то „е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, 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.“

Конституционният съд се е произнасял в своята практика, че „именно медицинските грижи са обект на задължително заплащане от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и в рамките на този обхват дейности се определя техния обем в пакета.“ (Решение № 3 от 08.03.2016г. по конституционно дело № 6 от 2015 г.). От конституционната уредба на отношенията, свързани със здравното осигуряване, от практиката на КС и законодателната уредба безспорно следва, че НЗОК плаща за медицински дейности, за предоставена здравна помощ, а не предоставя финансиране на лечебни заведения и покриване на разходите им по други критерии.

Според мотивите в искането на тричленния състав на ВАС с разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО се забранява на НЗОК да заплаща за оказаната от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО обеми и дейности, т.е. не се заплащат надхвърлените, определени по договор обеми и стойности.

В тази връзка следва да се има предвид, че договорът между НЗОК/РЗОК и лечебните заведения за закупуване на медицински дейности се основава на подадено заявления от съответното лечебно заведения, придружено от съответните доказателства за наличие на съответните ресурси (материални и човешки) за изпълнението му, т.е. лечебното заведение е заявило, че има необходимите ресурси да изпълни този договор в посочените в приложение № 2 на индивидуалния договор обеми при съответните стойности за съответния период, определен от ЗБНЗОК. В чл. 4 от ЗБНЗОК се определя механизмът на разпределяне на средствата за закупуване на съответните дейности. От чл. 369 на Националния рамков договор е видно, че стойностите разпределени от Надзорния съвет на НЗОК по предложение на директорите на РЗОК, във връзка с заявените дейности от ръководителите на лечебните заведения, които да бъдат закупени по индивидуалните договори са **индикативни** и могат да бъдат променяни по искане на лечебните заведения (чл. 369 ал. 5 от НРД) или след анализ и по предложение на съответния директор на РЗОК (чл. 369 ал. 13 от НРД).

Твърдението на тричленния състав на ВАС, че лечебните заведения са изправени пред необходимостта да следят ежечасно дали са достигнали определените в договорите им лимити (няма такъв термин в нито един нормативен акт) и обеми и в случай на достигането им преди изтичане на срока, да отказват извършване на последващи медицински дейности от вида, чийто обем са изчерпали се опровергава от посочения механизъм на анализ, наблюдение и съответно изменения на стойностите в чл. 4 от ЗБНЗОК, както и от чл. 369 от НРД, което не поставя в риск здравноосигурените лица, ако се обърнат към точно определено лечебно заведение (свободен избор) и в определен момент (достъп), както и

твърдението, че при оказване на съответната медицинска помощ, то лечебното заведение ще я изпълни „за своя сметка“.

Относно допълнителния аргумент за противоконституционността на посочената разпоредба на чл. 55а ал.2 от ЗЗО, че разпределението на ограничения публичен ресурс не става със закон или подзаконов нормативен акт, а с НРД трябва да се отбележи, че разпределянето на ресурса е според приетия Закон за бюджета на НЗОК, където в чл. 1 ал. 2 са определени съответните ресурси за здравноосигурителни плащания, а в чл. 3 и 4 механизма на разпределението на тези здравно осигурителни плащания към изпълнителите на медицинска/дентална помощ. НРД сключен между НЗОК и БЛС/БЗС определя начина на извършване на тази дейност и начините за заплащане при осигуряване на адекватни и качествени здравни услуги.

Никъде в законодателството няма въведени **лимити**, а има договорени обеми и съответно цени на услугите, които ще закупува НЗОК, според определения с Наредба № 9 на МЗ пакет от дейности, като всяко лечебно заведение в заявлението си за сключване на договор отбелязва какъв вид и обем от тези услуги ще изпълнява и на тази база се определят съответните стойности, съответно на годишна и месечна база и на основа на анализа на потребностите на населението за съответния регион от страна на РЗОК.

При непредвидени обстоятелства и при предложение за повишаване на стойностите, определени за лечебните заведения, законодателят е предвидил и наличието на резерв (чл. 25 от ЗЗО), от който резерв се плащат разходи в случай на значителни отклонение в равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания (чл. 26, ал. 2 от ЗЗО).

Действащият здравноосигурителен модел, чрез който се реализира и конституционното право по чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България, е базиран на разпределението по нива (видове медицинска помощ) на „ограничения ресурс“, който обществото може да отдели за този вид социални услуги: на национално ниво е чрез определяне на стойността на този ресурс с ежегодния Закон за бюджета на НЗОК и разпределянето му за различните видове и обеми медицински дейности чрез НРД или решението по чл. 54, ал. 9 от ЗЗО. На ниво РЗОК - чрез последващото разпределение с решение на Надзорния съвет на НЗОК между всички районни каси на конкретни стойности и обеми медицински дейности в рамките на националното ниво, и на ниво конкретен изпълнител - чрез възлагането с всеки индивидуален договор на част от отредените за съответната РЗОК стойности и обеми медицинска дейност.

В рамките на този модел се реализира и правото на гражданите на достъпна медицинска помощ - съгласно ЗЗО, Закона за здравето и издадената въз основа на него Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Определянето на обема и стойността на медицинската дейност не противоречи на това право на достъп, а напротив - осигурява го за всички здравноосигурени лица съобразно ограничения държавен ресурс, което изисква неговото целесъобразно разпределение между изпълнителите в цялата

страна, така че да стигне за максимален брой нуждаещи се в рамките на цялата бюджетна година, а не само за част от тях или за част от годината. Следователно, определянето на индикативни стойности за дейностите е средство, чрез което правото на достъп до медицинска помощ се гарантира за всяко здравноосигурено лице в обема, който обществото може да си го позволи на съответния етап от икономическото си развитие.

Необоснована и неоснователна е тезата, че с така приетите разпоредби се ограничава правото на достъп на ЗОЛ до медицинска помощ, тъй като на първо място правото на достъп не е равнозначно с правото на свободен избор на изпълнител по чл. 4 от ЗЗО, второто от които не е от конституционен ранг, а същевременно условията и редът за упражняването и на двете права се уреждат от наредбата по чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето и от НРД съгласно чл. 4, ал. 3 от ЗЗО. На следващо място правото на достъп на здравноосигурените лица се разглежда в национален план, а не само спрямо конкретен изпълнител на медицинска помощ - ако е изчерпана индикативната стойност спрямо даден изпълнител, достъпът може да се реализира чрез насочване към друг изпълнител, предлагащ същите здравни услуги или включването му в листата на чакащите.⁹

Разпределението на база годишна и месечна стойност на „ограничените ресурси“ позволява правилно планиране и съответно осигуряване на адекватно финансиране на дейностите на територията на цялата страна, както и отчитането на сезонността на заболяванията при месечните стойности. Заплащането на всяка отчетена дейност от лечебните заведения извън сключените обеми и стойности посочени в НРД и съответно в индивидуалните договори ще доведе липсата на реално предоставяне на качествени здравни услуги и безконтролно разходване на ресурсите на обществото без съответния контрол.

Във връзка с изложеното следва изрично да се подчертае, че НЗОК/РЗОК сключва договор с лечебните заведения, в който ясно са определени обемите и цените на медицинските услуги, които се предоставят само на здравноосигурените лица. Договорът в този случай е свободно съглашение между тези страни, като лечебните заведения имат право да заявяват

⁹Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ (Приета с ПМС № 119 от 22.05.2006 г.) Чл. 22. (Изм. - ДВ, бр. 87 от 2021 г.) (1) При липса на капацитет за планова хоспитализация лечебните заведения изготвят и поддържат актуална листа за планов прием за всяка клиника и/или отделение.
(2) В листата по ал. 1 се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение.
(3) Пациентът има право да бъде информиран за причините за включването му в листата за планов прием и възможните последствия от забавянето.
(4) Лицата, включени в листата по ал. 1, получават пореден номер и дата за хоспитализация.
(5) Хоспитализацията на лицата се извършва при спазване последователността на поредните им номера.
(6) При осъществяване на хоспитализация на лицата по реда на ал. 4 или при отказ от хоспитализация поредността на номерата на останалите, включени в листата, се запазва.
(7) Актуална информация за листата за планов прием, в т.ч. за поредността на вписаните в нея пациенти и определените дати за приема, се публикува на интернет страницата на съответното лечебно заведение. Оповестената информация не съдържа лични данни на пациентите.

предварително обемите на медицинските дейности, които имат възможност (съответно и право) да осъществяват през годината.

Предвид договорния характер на отношенията между НЗОК/РЗОК и лечебните заведения следва да се спазват общите принципи на законодателството, свързани с договорните отношения. Безспорно когато веднъж е сключен договорът, свободата на договарянето се трансформира в изискването за задължителна сила на съглашението (принципът *Pacta sunt servanda*). Този принцип е формулиран още в римското право и в неговата основа е правилото, че добросъвестният човек спазва дадената дума.¹⁰ Нещо повече, лечебните заведения за болнична помощ, които сключват договор с НЗОК/РЗОК по правило са търговски дружества. Поради това те следва да осъществяват своята дейност като „добри търговци“, т.е. не само да полагат засилена грижа в търговските си отношения, но и да могат да предвиждат съответните рискове пред дейността им. Ето защо като търговци лечебните заведения следват да организират дейността си по начин, който им позволява да изпълняват задълженията си в съответствие със сключените договори с НЗОК/РЗОК, в т.ч. да следят за обема на извършваните от тях услуги в съответствие с определените условия в договора.

В тази връзка считам, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО въвежда в системата на здравното осигуряване в страната общите принципи за изпълнението на договорите, познати от римското право, върху които следва да се изгражда гражданският оборот. Нещо повече, липсата на възможност да се откаже заплащането от НЗОК/РЗОК на извършена дейност, която не е договорена, може да се приеме и за задължение за извършване на плащане при липса на основание за това. В тази връзка следва да се прецени и дали това не води до неоснователно обогатяване на лечебните заведения по смисъла на чл. 55, ал. 1 от Закона за задълженията и договорите, доколкото заплащането на извършените медицински услуги без това да е предвидено в сключените договори с НЗОК/РЗОК се извършва извън договорните им отношения. Безспорно в тези случаи някои от лечебните заведения, които извършват дейността си с грижата на добри търговци, ще се съобразяват с договореностите с НЗОК/РЗОК, а други от тях, въпреки ясно уговорените условия в сключените договори, ще имат основание да искат и получават по-голямо заплащане от бюджета на НЗОК/РЗОК (формиран от осигурителните вноски на всички граждани), от колкото предварително е предвидено и уговорено от тях.

В чл. 4 на ЗЗО се определя, че достъп до медицинска помощ имат **само** здравноосигурените лица чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, т.е. всяка дейност, която е отчетена от лечебните заведения и не е относима към това изискване не трябва да бъде заплащана от НЗОК/РЗОК.

Това показва, че чл. 55а ал. 2 от ЗЗО не противоречи на чл. 52 ал. 1 и чл. 6 от Конституцията, защото в него е посочено, че НЗОК **не заплаща** заявени (престация) дейности, които не отговарят на ЗЗО и НРД.

¹⁰ Повече в Калайджиев, А. „Облигационно право. Обща част“, четвърто преработено и допълнено издание, Сиби, София, 2007 г., стр. 65.

III. Заключение

Във връзка с изложените общи положения и съответното им обсъждане намирам искането да бъде обявена за противоконституционна разпоредбата на чл. 55а, ал. 2, от Закона за здравното осигуряване, като противоречащи на чл.6, ал. 2 и чл. 52, ал. 2 от Конституцията на Република България за неоснователно.

С УВАЖЕНИЕ:

Проф. д-р Петко Салчев, дм