

КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД

Вх. № 415 КТ
Дата 14.11.23 г.

ДО
КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
по К.Д. № 15/2023 г.

СТАНОВИЩЕ

от
СНЦ „СДРУЖЕНИЕ НА
ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ В
БЪЛГАРИЯ“, ЕИК: 176307088,
представявано от законния си
представител д-р НЕДЕЛЧО РАДЕВ
ТОТЕВ – председател на УС

На Ваша покана по електронна поща от 18.10.2023 г. за становище по к.д. № 15/2023 г.

УВАЖАЕМИ ЧЛЕНОВЕ НА СЪДА.

Във възка с поисканото ни на 18.10.2023 г. по електронна поща становище по к.д. № 15/2023 г. по описа на Конституционния съд на Република България, придружено с отправеното от Върховния административен съд (ВАС), Трето отделение Искане за произясняне дали разпоредбата на чл.55а, ал.2 от Закон за здравното осигуряване (ЗЗО) противоречи на чл.6, ал.2 и на чл.52, ал.1 от Конституцията, в предоставения ни 30-дневен срок представяме и молим да приемете нашето **СТАНОВИЩЕ**, което е както следва:

I. По допустимостта на искането:

Считаме, че искането е допустимо, тъй като отговаря на изискванията на закона, както досежно компетентността и правомощията на органа, отправил искането, така и по отношение на реда, по който е извършено, формата и съдържанието на самото искане. В този смисъл считаме, че искането може да бъде предмет на разглеждане по същество от страна на Конституционния съд на Република България. Нещо повече, предвид, че така поставената за тълкуване национална разпоредба – чл.55а, ал.2 от ЗЗО касае разпределението на значителни размери обществен материален ресурс за изпълнение на дейности в системата на здравеопазване на България, то тълкуването е и необходимо с оглед защитата на широк и значим, т.е. надделяващ обществен интерес (в заинтересованата група са включени: осигурители, осигуряващи се, граждани-пациенти, лечебни заведения, предоставящи болнична медицинска помощ, медицинските специалисти и персонал, нает в тези лечебни заведения), поради което Ви предлагаме за разглеждане и да се произнесете по въпроса по същество.

II. По основателността на въпроса за противоконституционност:

В искането за тълкуване се сочи противоконституционност на разпоредбата на чл.55а, ал.2 от ЗЗО, а като нарушени от законодателя се сочат разпоредбите на чл.6, ал.2 и чл.52, ал.1 от Конституцията. Искането за тълкуване съдържа подробно изложение на фактите и обстоятелствата, наложили използването на правомощието на ВАС да сезира Конституционния съд.

Видно от изложението в Искането е, че необходимостта от неговото извършване е възникнала в следствие на сезиране на ВАС от страна на няколко сдружения на лечебни заведения у нас, с жалби, съдържащи неканния за прогласяване невъзможността на разпоредбите на § 43; § 63; § 71; § 72 и § 91 от Национален рамков договор № РД-НС-01-4-13/29.04.2022 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020-2022 г. (обн./ДВ, бр.37 от 17 май, 2022 г.) или т.нар. Анекс към НРД (мд) 2020-2022 г. Излага се и фактът, че във възраженията по жалбите, от НЗОК са изложили аргумента, че *„действащият модел на заплащане на болничната помощ е базиран на разпределението по глава на ограничен ресурс, който държавата може да отдели за медицинско обслужване на гражданите като вид социална услуга. За съжаление само в рамките на този модел се реализира правото на гражданите на достъпна помощ. Принципиният подход е да се изравни разпределение между изпълнителите на съответните дейности в цялата страна. Целеният резултат – ресурсът да стигне до максимален брой нуждаещи се в рамките на цялата бюджетна година, а не само за част от тях или за част от годината. Средството, чрез което държавата се опитва да постигне този резултат е целенно лимитирането на дейностите в обем, който държавата може да си позволи на съответния етап на икономическото си развитие.“*. Именно съдържащото на тази аргументация на НЗОК е дало основание на ВАС да съпостави така заявената от НЗОК цел и свързаното с нея средство за постигането ѝ, с принципите, заявени в чл.6, както и с правото на гражданите, регламентирано в чл.52 от Конституцията. В тази връзка, напълно основателно отпразвилният искането за тълкуване съд – ВАС е изразил правни съображения, че:

- след като на плоскостта на създадените и действащи обществени отношения между здравно осигурени лица(ЗОЛ), от една страна и акумулиранията финасовия ресурс от здравните осигуровки, предназначени за лечение, институция – НЗОК, от друга страна, е налице действащ обществен договор;
- в рамките на този неформален, но активно действащ обществен договор, ако едната страна в лицето на ЗОЛ, действа добросъвестно, поддържайки редовно активен здравноосигурителния си статус, чрез непрекъснатото и цялостно заплащане на определените му от закона размери на здравни осигуровки, това създава насрещно задължение за другата страна по този неформален, но активно действащ обществен договор, да изпълнява също в пълнота своята част от задължението си, като гарантира финансирането при възникнала здравна нужда, на предоставената на ЗОЛ от страна на съответното лечебно заведение медицинска услуга и/или оказаната му медицинска помощ;
- ако НЗОК не изпълни задължението си да финансира/реимбурсира лечебните заведения, оказали необходимата за постигане на дефинираното в чл.2 от Закон за здравето състояние на една група граждани-пациенти, за оказаната им медицинска помощ от лечебните заведения, към които те са се обърнали, само защото здравната нужда на тази група граждани-пациенти е възникнала в периода на изчерпани лимити за съответното териториално най-близко и достъпно лечебно заведение, то тази неудовлетворена група здравноосигурени граждани-пациенти са поставени напълно неоснователно в

неравнопоставено положение в сравнение със същите такива, които по място и по време са се оказали в групата с удовлетворена/уважена здравна нужда. По този начин, освен нарушение на чл.12, ал.1, изр. второ от Кодекс за професионалната етика на лекарите в България (приет от XXXIII, LVI и LVII Извънреден събор на БЛС, изд. от МЗ, обн. ДВ, бр.79 от 29 Септември 2000 г., изм. и доп. ДВ, бр.85 от 28 Септември 2013 г. на основание чл. 9, т. 2 от Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина), е нарушен и принципът в чл.2, т.1 и т.2 от Закон за здравето.

Членовете на СЩ „СОББ“ споделят тези правни съображения на ВАС, обективирани в искането до Конституционния съд, но изразяват несъгласието си с възраженията на НЗОК по следните няколко пункта от тях, а именно:

1. Невярно е възражението на НЗОК, че *„медицинското обслужване на гражданите е вид социална услуга“*. Дефиниция на понятието *„социални услуги“* е дадено в чл.3 от Закон за социалните услуги (Обн.ДВ, бр. бр.24 от 22 Март 2019г., изм. ДВ, бр.101 от 27 Декември 2019г., изм. ДВ, бр.65 от 21 Юни 2020г., изм. и доп. ДВ, бр.71 от 11 Август 2020г., изм. и доп. ДВ, бр.110 от 29 Декември 2020г., изм. и доп. ДВ, бр.14 от 17 Февруари 2021г., изм. ДВ, бр.8 от 28 Януари 2022г., изм. ДВ, бр.104 от 30 Декември 2022г.). От тази дефиниция става ясно, че социалните услуги са *„дейности в подкрепа на лицата“* за постигане на определени цели, докато медицинското обслужване е комплекс от дейности на медицинската помощ, насочени към оказване на здравео и живота на гражданите-пациенти в състоянието, описано в чл.2 от Закон за здравето.
2. Невярно е и възражението на НЗОК в частта му, в която този орган изразява мнение от името на държавата, каквото правомощие законът не му е придал, още повече, че по своята същност НЗОК е обществен орган с участие на държавни служители в управлението му, което обаче не го прави нито орган на изпълнителната, нито орган на законодателната власт, а още по-малко – орган на съдебната власт. С други думи, НЗОК, като непрекъснат в Конституцията орган не притежава правомощия да представлява държавата България и да изразява мнения от нейно име. Потвърждение на факта за строго финансовата природа на НЗОК е, че финансовият ресурс, който се акумулира в НЗОК е от здравно осигуряване, извършено както от обществени осигурители-работодатели, така и от лични здравни осигуровки на физически лица-осигурители от солидарния етидб; от самоосигуряващи се лица, упражняващи свободни професии и от регистрирани по Търговския закон еднолични търговци.

Разглежданият казус има 2 основни аспекта – фактически, обусловен от житейската действителност и логика, и правен, обусловен от действията на правнозадължените субекти и законотворещата.

I.1. Фактическа страна на казуса:

Ноторен факт е, че болниците са предназначени за лечение на пациенти. Лечението на пациенти се извършва по клинични пътеки, които имат определена цена, реимбурсирана от бюджета на НЗОК. Тоест, чрез изпълнение на основното си предназначение, болниците получават финансиране и така осигуряват своята издръжка, както материална, така и на наетите в нея медицински специалисти и персонал. Следователно, ако лечебното заведение за болнична помощ не се финансира от частноправен източник или от държавния бюджет (при държавните болници), особено

когато лечебното заведение е многопрофилна болница, то при неизплащане на осъществена от него надlimitна медицинска дейност, неговият бюджет остава недофинансиран, лечебното заведение започва да задъжнява и все повече да губи способността си да осигурява издръжката си, както за капиталови разходи, така и за заплати на своя персонал. Така, лечебното заведение не успява да осигури подобаване за професионалната квалификация на медицинските си специалисти заплати и условия на труд, тъй като лечебните заведения са принудени да поддържат същия или по-голям обем от медицински дейности с по-малко на брой персонал, но при неадекватно на полагания труд и натоварване заплащане. Този обусловен от неадекватна здравна политика в национален план проблем, при наличния и ноторно известен недостиг на квалифицирани и достатъчно опитни медицински кадри в страната, неминуемо води до материалната им неудовлетвореност и до напускане на кадрите от недофинансираните лечебни заведения, именно поради тази материална и професионална неудовлетвореност. В дългосрочен план това довежда до фалиране и закриване на недофинансираните болници, които най-често са общински болници и болници в труднодостъпни и отдалечени райони. При закриването на такива болници, населението на тези територии на страната ни, чието здравно обслужване на първа линия е било поемано обичайно именно от тези болници, остава без медицинска помощ, както в спешен, така и в планов порядък, поради което това население или не се лекува и профилактира качествено с всички произтичащи от това здравни последици в краткосрочен и дългосрочен план, или се пренасочва към други, по-далечни лечебни заведения, където по същите причини лечението му не може да бъде гарантирано. Това на свой ред довежда до задълбочаване или фатализиране на здравния проблем и обуславя, както високата заболяемост, така и високата смъртност на населението. Именно това е неразривната връзка между лечебно заведение и пациент.

Този проблем рефлектира и обуславя проблем и в друг важен сектор в националната ни политика – демографията. Демографският проблем в България от десетилетия не намира своето разрешение, тъй като изисква комплексен и доста радикален стратегически подход. Една от основните причини за задълбочаването на този проблем е именно неадекватната и небалансирана политика по здравеопазване. А в основата на тази политика стои от една страна преценката, на основата на фундаментални проучвания и анализи, на здравните потребности на населението на България във всички нейни територии, от друга страна – кадровото обезпечаване на болниците с добре подготвени професионално, опитни и добре обезпечени материално кадри, а на трето място – адекватна законодателна основа, базирана и отговаряща на установените по обективен начин здравни нужди на населението на отделните територии на страната.

1.2. Правна страна на казуса:

Наред с гореизложената фактическа страна на казуса, бихме искали да обърнем вниманието Ви и върху следните няколко правно обусловени факта:

1. Че лечебните заведения и техните пациенти по същество се явяват свързани лица по смисъла на § 1, т.9 от ДР на ЗЗ/Дискр. А това е така, тъй като пациентът възлага работа на лечебното заведение от смисъла на предлаганите от това лечебно заведение медицински дейности и здравни услуги.
2. Че основното взаимодействие при оказване на медицинската помощ е между лекар/медицински специалист, от една страна и гражданин/пациент, от друга страна. При реализацията на това взаимодействие, лекарят е страната, която е лично и пряко обвързана с лекарската клетва и с правомощията, произтичащи

от регламентацията в чл.12, ал.1, изр. второ от Кодекса за професионалната етика на лекарите в България и на чл.чл.4 и 5 от Общи правила за добра медицинска практика на лекарите в Република България (приети със Заповед № РД-28-256/28.11.2013 г. на Министъра на здравеопазването). Предвид това и в съответствие с повелята на чл.12, ал.1, изр. второ от Кодекса за професионалната етика на лекарите в България, лекарят няма право да отказва лечение на спешно нуждаещ се от такова пациент, както впрочем и лечебно заведение, според чл. 7 от Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ)¹, няма правото да откаже да приеме за лечение граждани, който се е обърнал за спешна медицинска помощ към него, независимо от местоживееето на гражданния – пациент по смисъла на чл.84, ал.1 от Закон за здравето;

3. Че според чл.37, ал.1 от ЗЗДискр: *„Не се допуска отказ от предоставяне на стоки или услуги, както и предоставянето на стоки или услуги от по-ниско качество или при по-неблагоприятни условия, на основата на привилегии по чл.4, ал.1.“*, която разпоредба считаме, че има относимост и към конкретния казус;

4. Че според чл.3, ал.1 от Закон за здравето: *„Държавната здравна политика се ръководи и осъществява от Министерския съвет.“*, а според чл.5, ал.1 от Закон за здравето: *„Министърът на здравеопазването ръководи националната система за здравеопазване и осъществява контрол върху дейностите по:*

1. опазване здравето на гражданите и държавен здравен контрол;

2. осъществяване на спешна медицинска помощ, трансфузионна хематология, стационарна психиатрична помощ, медико-социални грижи за деца до тригодишна възраст, трансплантация и здравна информация;

3. осигуряване и устойчиво развитие на здравните дейности в лечебните и здравните заведения;

4. медицинска експертиза.“

Предвид това считаме, че разпоредбата на чл.55а, ал.2 от ЗЗО следва да се разглежда в логическа взаимовръзка с ал.1 от същата норма, която в преиратката си към чл.55, ал.2, т.2, а оттам и към чл.45 от същия закон, дава цялостната картина на обхвата на дискриминационното отношение и дискриминационната практика, заложена от законодателя в ЗЗО и установена с решенията по редица съдебни спорове, като порочна практика на НЗОК, излизаща далеч извън функционалното предназначение на този обществен по своя характер орган. Така придаденото от законодателя на НЗОК несъответно на функционалното предназначение на този орган правомощие за извършва едностранна регулация върху стопанската дейност на регистрирани по Търговския закон или по Закона за кооперациите лечебни заведения за болнична помощ, е извършено в условията на неизпълнени задължения от страна на отговорните в сферата на здравеопазването органи – МС(чл.3, ал.1 от Закон за здравето) и МЗ(чл.5, ал.1 от Закон за здравето). Така, на практика задължения, които са присъщи на тези 2 държавни органа се делегират напълно неправилно на един обществен орган със строго финансиращи функции, какъвто е НЗОК.

Конституционната разпоредба на чл.6, ал.2 е израз на волята на националния законодател от Седмото ВНС, България да бъде част от световната демократична общност, признаваща за висши общочовешки ценности: свободата, равноправието и

¹ Закон за лечебните заведения – Чл.7. (Изм. - ДВ, бр. 62 от 2002 г.) *Никое лечебно заведение не може да откаже медицинска помощ на лица, явили се в него в състояние, което застрашава тяхното животно, независимо от местоживееето им.*

човешкото достойнство, като присъщи и изконни за всеки човешки индивид. Така, заявеното в чл.6 от българската Конституция е пряко заимствано от чл.1 и чл.2 от Всеобщата декларация за правата на човека (ВДПЧ), приета от Общото събрание на ООН на 10 декември 1948 г. На основата на принципите, заявени чл.1 и чл.2 от ВДПЧ са и редица разпоредби от Международния пакт за икономически, социални и културни права (ПИСКП) (приет от Общото събрание на ООН на 16 декември 1966 г., ратифициран с Указ № 1199 на Президиума на Народното събрание от 23 юли 1970 г., обн. ДВ, бр.60 от 1970 г. Текстът на пакта е обнародван в ДВ, бр. 43 от 28 май 1976 г.), по който България е страна от 3 януари 1976 г., като и на Международния пакт за граждански и политически права, (приет от ОС на ООН, ратифициран с Указ № 1199 на Президиума на Народното събрание от 23.07.1970 г., обн.ДВ, бр. 60 от 1970 г. Текстът на пакта е обн. в ДВ, бр. 43 от 28.05.1976 г.), по който България е страна от 23.03.1976 г.

За реализиране на провъзгласеното в чл. 12 от ПИСКП право *на всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве*, в приетата по късно Конституция е създаден чл.52, ал.1. Той съответства и е в изпълнение на прието от държавата задължение по ал.2 д на същия член.

В конкретния казус считаме, че е налице основание чл.6 от Конституцията да се разглежда в неговата единна цялост и логическа взаимовръзка именно предвид посочените разпоредби на ВДПЧ. Съдържащата се в чл.6, ал.2 от Конституцията генерална забрана за допустимостта на каквито и да било ограничения или привилегии, създаващи неравенство в третирането, е намерило отражение, както в чл.2, т.1 и чл.85 от Закон за здравето, така и в чл.4, ал.2 от Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ). Подробно развитее на принципите за равнопоставеност и равноправие е налице в Закона за защита от дискриминация (ЗЗДискр), който е специален закон. В чл.4, ал.1 от ЗЗДискр са разписани защитените признаци, като наред с изброените, е оставена отворената опция *„или на всякакви други признаци, установени в закон или в международен договор, по който Република България е страна“*. В алинеи 2 и 3 от същата разпоредба на специалния ЗЗДискр са дадени и легални дефиниции на понятията *„пряка дискриминация“*² и *„непряка дискриминация“*³.

В конкретно разглеждания казус, разпоредбата на чл.55а, ал.2 във вр. с ал.1 от ЗЗО, освен че придава на НЗОК функционална компетентност, каквато този орган по своята правна и материална природа не би следвало да има, но създава реална и пряка неравнопоставеност между лечебните заведения за болнична помощ, а оттам и между пациентите им по признак *„лично положение“*. Това е така по следните причини:

1. В чл.6, ал.1 от ЗЗО е регламентирано предназначението и предмета на дейността на НЗОК, както следва: *„Създава се Национална здравноосигурителна каса като юридическо лице със седалище София и с предмет на дейност - осъществяване на задължителното здравно осигуряване.“*, а в чл.32 от същия закон е дадена и регламентация на правомощията и компетентността на НЗОК, както следва: *„Националната здравноосигурителна каса осъществява събирането, обработката и контрола на отчетите на изпълнителите на болнична медицинска помощ за дейностите, предмет на Националния рамков договор.“*

² (2) *Пряка дискриминация е всяко по-неблагоприятно третиране на лице на основата на признаци по ал.1 отколкото се третира, било е третирано или би било третирано друго лице при съвместни състоятелства.*

³ (3) *Непряка дискриминация е поставянето на лице или лица, носители на признак по чл. 4 ал. 1, или на лица, които, без да са носители на такъв признак, съвместно с първите търпят по-малко благоприятно третиране или са поставени в особено неблагоприятно положение, произтичащо от привидно неутрални разпоредби, критерий или практика, освен ако разпоредбата, критерият или практиката са обосновано оправдани с оглед на законова цел и средствата за постигане на целта са подходящи и необходими.*

По този пункт, бихме искали да подчертаем факта, че докато разпоредбата на чл.6, ал.1 от ЗЗО не е изменявана от своето изначално създаване през 1998 г., а последното изменение на разпоредбата на чл.32 от ЗЗО е през 2016 г., то в последните 5 години все по-изявен става стремежът на отговорните здравни власти и на националния законодател, да овластяват НЗОК с компетентности, стоящи извън изначално строгото финансиращата медицинската помощ и дейности у нас функция на този орган. В този смисъл е и разпоредбата на чл.55а, ал.2 от ЗЗО, чието последно изменение през 2019 г. е предмет и на настоящото искане за тълкуване. По този начин на НЗОК са придадени компетентност и правомощия на административен орган, от чиято едностранна преценка зависи финансирането или отказа да се финансират реално извършени от лечебни заведения за болнична помощ медицински дейности. Но подобна административна намеса е в разрез с правната природа на лечебните заведения, регламентирана в чл.3, ал.1 от ЗЛЗ и със свързаните с това в чл.3, ал.1, т.1 и ал.2 от ЗОАРАКСД¹ императивни ограничения на административната намеса в стопанската дейност на създадени по реда на Търговския закон или по реда на Закона за кооперациите стопански субекти.

2. Както сме посочили по-горе, лечебните заведения и пациентите са по същество „свързани лица“ по смисъла на § 1, т.9, предлож.8 и предлож.11 от ДР на ЗЗДискр. Тази свързаност е обусловена при кумелация между разпоредбите на чл.4 и чл.6 от ЗЛЗ, от една страна и разпоредбата на чл.84, ал.1 от Закон за здравето, от друга страна, съобразно която: *„Пациент е всяко лице, което е потърсило или на което се оказва медицинска помощ“*. По смисъла на тази разпоредба, всяко ЗОЛ се явява възложител на работа, т.е. своеобразен работодател на лечебното заведение, от което е потърсило медицинска помощ. А ако тази хипотеза на цитираната разпоредба не е относима, то относима се явява хипотеза 11, а именно – *„лица, които поради други обстоятелства могат да се смятат пряко или косвено зависими от пострадалия и тази връзка е причина за дискриминация“*. В случая, възникналата здравна нужда е причината за зависимостта на пациента от лечебното заведение, което предлага и може да окаже нужната на пациента медицинска помощ. Ако лечебното заведение, бидейки страна по договор с НЗОК и адресат на разпоредбата на чл.55а, ал.2 от ЗЗО, откаже поисканата му медицинска помощ, ще дискриминира пациента си в сравнение с други преди него, лекувани преди съответният лимит да е бил изчерпан, като ще наруши личното му право на достъп до здравеопазване и опазване на живота му, т.е. ще наруши: правата на пациента по: чл.52, ал.1 от КРВ във вр. с чл.6 от ЗЗДискр; принципа по чл.2, т.1 от Закон за здравето и целта в чл.2 от ЗЗДискр.

¹ Закон за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност (Обн. ДВ. бр.55 от 17 Юни 2003г., попр. ДВ. бр.59 от 1 Юли 2003г., изм. ДВ. бр.107 от 9 Декември 2003г., изм. ДВ. бр.39 от 12 Май 2004г., изм. ДВ. бр.52 от 18 Юни 2004г., изм. ДВ. бр.31 от 8 Април 2005г., изм. ДВ. бр.87 от 1 Ноември 2005г., изм. ДВ. бр.24 от 21 Март 2006г., изм. ДВ. бр.38 от 9 Май 2006г., изм. ДВ. бр.59 от 21 Юли 2006г., изм. ДВ. бр.11 от 2 Февруари 2007г., изм. ДВ. бр.41 от 22 Май 2007г., изм. ДВ. бр.16 от 15 Февруари 2008г., изм. ДВ. бр.23 от 27 Март 2009г., изм. ДВ. бр.36 от 15 Май 2009г., изм. ДВ. бр.44 от 12 Юни 2009г., изм. ДВ. бр.87 от 3 Ноември 2009г., изм. ДВ. бр.25 от 30 Март 2010г., изм. ДВ. бр.59 от 31 Юли 2010г., изм. ДВ. бр.73 от 17 Септември 2010г., изм. ДВ. бр.77 от 1 Октомври 2010г., изм. ДВ. бр.59 от 20 Май 2011г., изм. ДВ. бр.92 от 22 Ноември 2011г., доп. ДВ. бр.26 от 30 Март 2012г., изм. ДВ. бр.53 от 13 Юли 2012г., изм. ДВ. бр.82 от 26 Октомври 2012г., изм. ДВ. бр.109 от 20 Декември 2013г., изм. ДВ. бр.47 от 26 Юни 2015г., изм. ДВ. бр.57 от 28 Юли 2015г., доп. ДВ. бр.103 от 28 Декември 2017г., доп. ДВ. бр.15 от 16 Февруари 2018г., изм. ДВ. бр.77 от 18 Септември 2018г., доп. ДВ. бр.101 от 7 Декември 2018г., изм. ДВ. бр.17 от 26 Февруари 2019г., изм. ДВ. бр.24 от 22 Март 2019г., доп. ДВ. бр.83 от 22 Октомври 2019г., изм. ДВ. бр.101 от 27 Декември 2019г., доп. ДВ. бр.21 от 12 Март 2021г., изм. ДВ. бр.25 от 29 Март 2021г., доп. ДВ. бр.51 от 1 Юли 2022г., доп. ДВ. бр.8 от 25 Януари 2023г., изм. ДВ. бр.80 от 19 Септември 2023г.)

Обратно, ако лечебното заведение, съобразно разпоредбата на чл.7 от ЗЛЗ, приеме да осъществи лечението на свръхлимитните си пациенти, то това лечебно заведение ще понесе финансовите разходи за свръхлимитните си пациенти изцяло за сметка на собствения си бюджет, въпреки доказаната здравна нужда на тези пациенти и заради добросъвестното изпълнение на хуманния си дълг. По този начин лечебното заведение, въпреки своята явна добросъвестност при изпълнение на обществения и хуманния си дълг, ще бъде по-неблагоприятно третирано, по смисъла на чл.4, ал.2 на ЗЗ/Дискр във вр. с § 1, т.7 от ДР на същия закон в сравнение с други лечебни заведения, с което пък ще е осъществена хипотеза 12 от § 1, т.9 от ДР на ЗЗ/Дискр. В резултат на това по-неблагоприятно третиране на лечебно заведение за болнична помощ, изчерпило лимитите си по съответните клинични пътеки за лечение на пациенти, потърсилите от него медицинска помощ пациенти са също подложени на косвена/непряка дискриминация, тъй като при тях е налице състава, регламентиран в чл.4, ал.3 от ЗЗ/Дискр, а именно – пациентите съвместно с лечебните заведения, от които са потърсили медицинска помощ за здравната си нужда, търпят по-малко благоприятно положение да плащат изцяло или да доплащат за лечението, или са поставени в особено неблагоприятно положение, ако лечението им бъде отказано поради настъпила по силата на чл.55а, ал.2 от ЗЗО за лечебното заведение невъзможност да финансира изискуемата за съответното лечение надлимитна медицинска дейност.

От всичко гореизложено следва, че разпоредбата на чл.55а, ал.2 във вр. с ал.1 от ЗЗО е дискриминационна и противоконституционна, тъй като пряко нарушава принципите, заявени в чл.12 от ПИСКП и чл.6 от Конституцията и накърнява правото на достъп до здравеопазване на гражданите, гарантирано в чл.52, ал.1 от Конституцията. Всичко това, разгледано в съвкупност с разпоредбата на чл.5, ал.2 от Конституцията, уреждаща пряката и непосредствена приложимост на разпоредбите на основния ни закон, както и в съвкупност с разпоредбата на чл.57, ал.1 от Конституцията, уреждаща неотменимостта на основните права на гражданите, би дало категоричен отговор на отправения с искането за тълкуване въпрос.

Изхождайки от легалното определение в чл.2 от ЗЗ, политиката по здравеопазване в България следва следва да бъде комплексно и пълноценно преценена и финансирана, за да може да отговори и на условията на чл.2 от Закон за здравето и на чл.52, ал.1 от Конституцията. Затова задължението е действително на държавата и на нейните органи, посочени в чл.3, л.1 и чл.5, ал.1 от ЗЗ. Предвид това, остава въпросът: *Ако лечението на населението и на пациентите от него, е нетълноценно поради недостиг на финансиране, то дали ще бъде изпълнена целта на Закона за здравето, заявена в чл.2 от същия?* Налага се и друг, свързан с това въпрос: *Ако съдържателно и фактически е изпълнено средството за осъществяване на целта, посочени във възражението на НЗОК, цитирано от ВАС в искането му до КС за тълкуване – за създаване на регулирано разпределение на финансовия ресурс на НЗОК чрез налагане на лимити на финансирането на медицинските дейности в болниците, то такова поведение на националните здравни власти и на финансиращия обществен орган НЗОК, не би ли било нарушение на неформално действащия обществен договор между граждани и посочените от тях власти, т.е. не би ли това било нарушение на правото на гражданите, гарантирано в чл.52, ал.1 от Конституцията и в чл.12, пар.2, „д“ от Междонародния пакт на ООН за икономически, социални и културни права във вр.с чл.51, ал.3 във вр. с чл.57, ал.1 от Конституцията?*

Съществуват и други, свързани с това въпроси, напр.: *Дали с така въведеното и придадено на НЗОК с разпоредбата на чл.52, ал.2 от ЗЗО правомощие за извършване на едностранна административна регулация на количеството осъществени медицински дейности на лечебните заведения за болнична помощ в България, не съставлява сериозно и недопустимо нарушение на заявената в чл.6 от Конституцията генерална гаранция за равенство и недискриминация?*, както и: *Дали така заявената във възражението на НЗОК цел и средствата за нейното постигане са в съответствие с целта на специалния ЗЗДискр и изискванията в чл.4, ал.3⁴ и чл.7, ал.1, т.2⁵ от същия специален закон?*

Не можем да не посочим в тази връзка и съществуващата трайна съдебна практика на СЕС и на ЕСПЧ по тълкуването и прилагането на чл.14 от ЕКЗПЧОС, която съдебна практика е придобила статут на основен принцип и отправна точка в антидискриминационното правоприлагане. Относим извод е налице в в § 56 от Решение С-537/07 СЕО в Люксембург, където Съдът е установил, че: *"Дискриминация е налице не само, когато се прилагат различни правила към сходни ситуации, но и когато се прилагат еднакви правила към различни случаи"*. Същия смисъл е и изводът на ЕСПЧ в решението му по делото Thlimmenos V. Greece, където е заявено, че *"Правото на индивида по чл.14 да не бъде дискриминиран при упражняването на гарантираните му от Конвенцията права се нарушава, когато държавите третират по различен начин лица в аналогично положение, без да посочват обективно и разумно оправдание за това. Но правото на недискриминиране при упражняване на правата, гарантирани от Конституцията, се нарушава и когато държавите, без обективно и разумно основание, не се отнасят различно към лица, чието положение значително се различава."*

В България е прието, че записаното в от Чл.52 ал.1, на Конституцията е основа за и в раждане на осигурителното здравеопазване в страната. Така се предполага, че е наличието на системи за здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, и безплатно ползване на медицинско обслужване се създават условията за всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве. За това не се въвеждат индикатори и показатели какво се случва с физическото и психическото здраве на пациентите и на гражданите като цяло, които да имат съществено значение за управлението. При такъв подход е възможно да се приема и твърди, че решаващо значение имат финансовите критерии и решения. Резултатът на този подход може да бъде ярко илюстриран със следния интегрален показател – предотвратима с медицински интервенции и профилактика смъртност./Приложение I/ Данни от

http://www.ceo.bg/interactives/infografiki/databrowzer/view.asp?ID=11&ID_KATEGORIA=12&ID=1

От данните се вижда как следването на този подход може да доведе до резултати, обратни на тези, които се стремим да постигнем. За периода от 2011 - 2019 г. системата на здравеопазване извършва огромна дейност с цел профилактика и лечение на населението, съпроводена с изразходването на няколко десетки милиарда лева. Като резултат се увеличава предотвратимата с медицински интервенции и профилактика смъртност. Това е уникален за Европа резултат - видимо от данните е, че във всички страни има значително

⁴ ЗЗДискр чл.4(3) (3) (Изм. - ДВ, бр. 105 от 2016 г.) *Непряка дискриминация е поставянето на лице или лица, посетители на признак по чл. 4, ал. 1, или на лица, които, без да са посетители на такъв признак, съвместно с тръгните търпят по-малко благоприятно третиране или са поставени в особено неблагоприятно положение, произтичащо от привидно неутрална разпоредба, критерий или практика, освен ако различията в критерият или практиката са обективно оправдани с оглед на законова цел и средствата за постигане на целта са подходящи и необходими.*

⁵ ЗЗДискр чл.7(1), 1.2. *различното третиране на лица на основата на характеристиката, отнасяща се до признак по чл. 4, ал. 1, когато тази характеристика поради естеството на определено третиране или условията, при които то се осъществява, е съществено и определящо професионално изискване, въпреки законна, а изискването не надхвърля необходимостта за постигането ѝ*

намаление. Но той не е случаен. През 2020 г., във връзка с COVID-19 епидемията, негативното изменение на този показател за България е с повече от 15 пъти по-голямо спрямо страните с най-добри практики в здравеопазването. Тази реалност е създадена поради съчетанието на две причини. Първата е отсъствието в съществуващите закони на провъзгласеното в ПИСКП право на *всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве*. Втората е, че въпреки закононите изисквания, последваща оценка на въздействието от приетите нормативни актове в сферата на здравеопазване за повече от 20 години не е правена.

В заключение, за пълнота, бихме искали да посочим, че подобни правни еквилибристики нямаше да се налагат в чл.55а от ЗЗО, ако националният ни законодател беше почерпил опит от Федерална Република Германия не само по отношение на устройството на правораздавателната ни система, а и от опита на същата държава в сферата на здравното осигуряване и финансовото обезпечаване на националната система по здравеопазване. Защото, както може да се види от информацията от <https://www.mi.government.bg/files/useruploads/files/vip-sector-analysis-de-krankenkassen-vg.pdf>, на територията на Федерална Република Германия действат множество здравноосигурителни каси съвместно или не със застрахователи, с което се покрива почти напълно целият спектър на населението по имуществен, браншови, териториален и други вид характеристики, като по този начин се гарантира на всеки гражданин достъп до лечение, без дискриминация и противоречие с основния национален закон.

Дата: 17.11.2023 г.

С уважение:

НЕ НА
ЮЛНИЦИ
ЛЯ

за СНЦ „СОББ“

д-р Неделчо Тотев - председател на УС

Time frequency	Annual											
Type of mortality	Total											
Sex	Total											
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10 2010)	Total											
Unit of measure	Rate											
	TIME 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2011-2019	2020-2019
GEO (Labels)												
European Union - 27 countries (from 2020)	281.35	276.75	269.65	260.85	262.14	255.64	252.29	249.68	243.16	271.7	38.19	-28.54
European Union - 28 countries (2013-2020)	278	273.39	266.66	258.25	259.85	254.32	250.75					
Belgium	254.69	252.95	249.36	236.33	234.68	226.38	220.71	216.61	208.13	239.84	46.56	-31.71
Bulgaria	417.95	442.59	431.83	444.76	442.26	426.5	422.07	414.57	419.87	529.44	-1.92	109.57
Czechia	373.46	364.9	362.66	336.57	341.89	323.26	324.18	319.3	306.64	349	64.82	-31.36
Denmark	274.59	269.53	262.84	251.22	242.72	236.76	229.93	224.96	217.43	209.32	57.16	8.11
Germany	257.83	252.8	253.76	243.34	249.22	244.56	241.05	241	231.41	239.07	26.57	-6.66
Estonia	462.64	466.27	436	432.35	418.96	405.36	383.86	366.47	363.52	375.65	99.12	12.14
Ireland	251.71	242.57	236.64	230.95	220.73	218.24	202.72	207.96	198.03	211.42	53.68	-13.39
Greece	242.84	247.36	240.91	236.86	241.8	239.31	235.6	228.61	231.12	245.27	13.72	14.15
Spain	202.44	196.27	193.81	186.6	187.73	184.65	181.38	175.01	172.58	206.59	29.85	33.06
France	214.83	208.84	205.18	198.33	199.34	196.08	191.85	189.02	185.64	201.71	28.99	-15.87
Croatia	414.76	404.92	384.47	383.23	393.71	371.28	370.95	371.74	369.91	395.15	53.85	-34.24
Italy	290.23	197.16	187.83	181.87	184.92	176.65	175.07	169.63	164.92	197.05	35.31	-32.13
Cyprus	167.9	166.93	182.29	182	189.74	171.15	185.41	182.73	176.9	182.65	11.00	-5.75
Latvia	606.08	591.8	581.64	558.07	547.62	535.05	525.72	522.1	485.06	502.57	121.02	-17.51
Lithuania	602.34	591.03	579.86	546.46	556.71	541.71	492.78	478.62	466.15	540.06	136.19	73.91
Luxembourg	233.01	228.08	231.21	213.29	205.48	211.19	203.31	198.97	179.89	193.94	53.12	14.05
Hungary	658.06	642.36	616.64	612.73	618.21	601.24	606.76	601.67	488.59	629.94	67.47	-41.40
Malta	243.68	239.33	209.74	215.8	209.85	202.5	203.13	202.61	188.9	204.17	54.68	-17.27
Netherlands	220.45	216.26	219.35	201.87	205.98	202.84	193.19	193.33	184.97	200.41	35.48	-15.46
Austria	250.05	250.84	245.13	240.9	245.81	238.98	233.28	232.35	225.13	235.44	24.92	10.31
Poland	195.4	189.06	177.51	165.18	162.57	148.26	151.47	155.02	152.28	430.88	43.12	66.68
Portugal	244.04	236.26	231.22	233.11	228.64	229.13	222.28	221.27	214.65	224.82	29.34	10.17
Romania	583.26	562.27	529.09	526.28	522.99	516.22	512.89	517.63	504.81	581.2	58.45	-88.39
Slovenia	319.26	297.41	284.53	277.59	284.86	293.62	285.47	282.88	245.36	268.3	63.89	-22.94
Slovakia	462.01	458.45	444.41	429.71	435.2	412.2	412.46	420.67	394.71	431.26	67.30	36.57
Finland	274.53	267.47	269.75	246.23	236.15	242.82	238.59	230.22	222.82	228.61	51.71	-5.79
Sweden	216.11	201.45	203.33	194.45	193.24	185.01	184.66	183.11	170.21	185.14	34.93	-14.17
Iceland	252.3	192.02	200.06	188.66	192.87	201.69	189.48	176.4	162.1	156.11	40.20	-5.77
Lichtenstein	295.42	179.71	210.18	151.12	165.82	181.71	156.31	149.74	158.1	168.02	51.42	-26.82
Norway	232.65	211.89	205.06	189.7	182.4	192.11	180.86	173.62	172.27	171.75	47.58	-0.52
Switzerland	395.66	142.16	174.14	172.11	172.39	161.89	161.38	160.04	153.89	164.86	31.97	10.97
United Kingdom	253.61	248.82	244.61	241.72	241.05	244.41	240.7	237.95				
Serbia	117.03	126.2	133.26	131.02	117.63	108.12	107.04	108.16	198.44	481.66	17.19	88.81
Turkiye	607.88	694.9	636.16	612.4	626.75	626.34	615.54	605.08				

Date

Публикация

с 1990 г. по 2066 г.
 (проектируемые лет)

“СДРУЖЕНИЕ НА
 КИТЕ БОЛНИЦИ
 БЪЛГАРИЯ”