



Национално сдружение
на частните болници

София, бул. „Ал. Дондуков“ № 115А ет.3 ап.18
e-mail: office@privatehospitals.eu www.privatehospitals.eu
GSM: 0898722 133

ДО
КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

СТАНОВИЩЕ

ОТ
НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ЧАСТНИТЕ БОЛНИЦИ,
ЕИК 176542129, гр. София, бул. „Дондуков“ № 115А, ет. 3, ап. 18
представявано от Красимир Димитров Грудев
Председател на Управителния съвет

по Конституционно дело № 15/2023г.

на ваша покана с Определение от 17.10.2023г.

Уважаеми конституционни съдии,

във връзка с Ваше искане, изразяваме нашето становище по Конституционно дело 15/2023г., съд за установяване противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), както следва:

В разпоредбата на оспорения като противоконституционен чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО гласи, че „Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) не заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 обеми и стойности.“ Текстът въвежда изрична забрана, НЗОК да плаща за реално извършена и отчетена медицинска дейност над определените от самата нея месечни и годишни финансови стойности (лимита).

Считаме, че разпоредбата противоречи на конституционната норма на чл. 52, ал. 1, чл. 4, ал. 1 и чл. 6, ал. 2 и чл. 19 от КРБ. поради следните аргументи:

Конституцията предвижда специална защита на здравето на човека, третирайки го като изключително важна обществена ценност. На тази основа чл. 52, ал. 3 от КРБ задължава държавата да се ангажира със закрилата на здравето, а успоредно с това чл. 52, ал. 1 от КРБ закрепва като основно право на гражданина и правото на здравно осигуряване, насочено към гарантиране на достъпна медицинска помощ. В практиката на Конституционния съд многократно е изяснено, че чл. 52, ал. 1 от КРБ 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“. Т.е. системата за здравно осигуряване на гражданите има за задача да обезпечавя правото на достъпната медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване, като част от правото на здравно осигуряване. Това са основни права и като такива са неотменими, съгласно чл. 57, ал. 1 от КРБ.

Значимостта на здравното осигуряване следва и от неговото предназначение да гарантира биологическото оцеляване на гражданите. Точно по тази причина, независимо от размера на осигурителните вноски, системата на здравно осигуряване предоставя равен и еднакъв достъп до медицинска помощ според конкретните нужди на всеки отделен гражданин.

Разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от КРБ не е пряко приложима, но е непосредствената конституционна опора на Закона за здравното осигуряване. Конституционният законодател делегира на Народното събрание правото със свой нормативен акт - закон, да регулира основните обществени отношения, засягащи тези конституционни права. Трябва да се отбележи обаче, че делегацията за нормотворчество не е неограничена, а следва да е в конституционните рамки и ценности, сред които и принципите за защита от дискриминация, равни права пред закона и др. - в този смисъл решение № 5 от 14.06.2022 г. на КС по к. д. № 13/2021 г.

Със създаването на оспорения чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО законодателят категорично е излязъл от конституционната рамка, като на законово ниво създава:

-неравнопоставеност на пациентите (здравноосигурените лица) - едни от тях ще могат да получат безплатно медицинска помощ в избрано от тях лечебно заведение, а други не, защото когато са се разболели, определеният от НЗОК лимит на същото, е бил изчерпан. Това ограничава съществено тяхно основно конституционно право – да могат във всеки момент на нужда да получат здравна помощ от пакета като насрещна престация срещу заплащаните от тях към НЗОК здравноосигурителни вноски.

-условия за нелоялна конкуренция, поради различните правни условия за стопанска дейност на юридическите лица - лечебните заведения, които са в следствие на определените различни лимити, в ущърб на интересите на потребителя.

За лечебните заведения с изчерпан лимит, преди края на периода, за който се отнася, има следните алтернативи:

– да откажат лечение на здравноосигурени пациенти, които са потърсили помощ при тях. Ако, обаче състоянието на пациента е спешно, на персонала на лечебното заведение ще бъдат наложени санкции, съгласно чл. 222 от Закона за здравето, а освен

това може да им бъде потърсена гражданска и дори наказателна отговорност при увреда на пациента, настъпила във връзка с отказаното лечение.

- да поискат пациента (задължително здравноосигурено лице) да заплати за оказаната медицинска помощ, което ще бъде в нарушение на правото му по чл. 52, ал. 1 от КРБ, чл. 81 от Закона за здравето и чл. 4 от Закона за здравното осигуряване.

- да окажат медицинска помощ за собствена сметка, реализирайки финансова загуба. Натрупаните по този начин загуби, по-рано или по-късно ще доведат до фалит търговското дружество и прекратяване на дейността на лечебното заведение.

Упоритите опити за установяване на лимити на отделните болници се основават на популистката теза, че бюджетът на НЗОК не е безкраен и се налага прогнозиране на разходите и тяхното ограничаване, за да се осигури достатъчност на медицинската помощ. Макар на пръв поглед да звучи логично, това твърдение е подвеждащо и манипулативно.

Действително е налице ограниченост на бюджета на НЗОК за календарна година, но както се казва и в становището на Конституционният съд „финансовите аргументи не могат да са основание за нарушение на конституционни принципи.“

Точно защото предоставяната медицинска помощ не може да бъде неограничена и неопределена, обемът на същата се определя в пакет. В §1, т. 2 от ЗЗО е дадена легална дефиниция на „пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК“ и е посочено, че това са „определени по вид и обхват дейности, по отделни специалности, дейности за лечение на определени заболявания или на група заболявания, които са достъпни за всички здравноосигурени лица в обем, при условия и по ред, определени в Националния рамков договор.“

Законодателят може по целесъобразност при задължителното здравно осигуряване да определя обема на медицинската помощ, гарантирана от бюджета на НЗОК, и нейното разделяне в един или повече пакети, доколкото не се нарушават принципи и разпоредби на Основния закон. (Решение № 3 от 8.03.2016г. по к.д. № 6 от 2015г.)

Тук ограничаването и структурирането на обхвата на правото не противоречи на конституционния принцип, защото този пакет, тези конкретно определени по вид дейности, са еднакво достъпни за всички граждани.

Очевидна е разликата между изчерпателното посочване на медицинските дейности по вид и обхват и определянето на лимити на дейността на лечебните заведения, каквото на практика се въвежда с чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО.

Припомняме също, че през 2020г. Народното събрание прие обратното решение - че цялата дейност на болниците за периода 2016-2016 година, включително така наречената надлимитна, следва да се заплати от НЗОК. Текстът на закона гласи: „При наличие на неусвоени средства по ал. 2 за здравноосигурителни плащания по ред 1.1.3.7, до 75 млн. лв. от тях се използват за заплащане на изпълнителите на болнична медицинска помощ, които имат сключени договори с НЗОК за съответния период, на извършените и отчетените, но незаплатени дейности в болничната медицинска помощ и приложенияте при тях медицински изделия за 2015 г. и 2016 г., независимо от съдебните актове, постановени по съдебните спорове между страните.“ Тоест в единия случай със

закон се забранява изплащането на надлимитна дейност, а в другия отново със закон се разпорежда заплащането ѝ.

Противоречието на правни норми от един и същи закон, както и несъответствието им с конституционни принципи и норми води до извода за несъответствие на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО и с чл. 4 от КРБ. Принципът на правовата държава означава и съответствие и логическа свързаност на правните норми и изключва приемането на такива, които си противоречат и взаимно се изключват.

Основание за извода, че предоставената на здравноосигуреното лице медицинска помощ и вложените медицински изделия в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, подлежат на заплащане от НЗОК, съответно РЗОК, независимо, че са в превишение на предвидените в индивидуалния договор месечни лимити /стойности/, са и разпоредбите на чл. 25 и чл. 26, ал. 2 ЗЗО, уреждащи задължителен резерв в бюджета на НЗОК, включително и за непредвидени и неотложни разходи, възможността със средствата от резерва да се заплащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на средствата за здравноосигурителни плащания. Тези аргументи са изразени многократно в практиката на ВКС и съдилищата като се посочва, че „законът е предоставял възможност за изплащане на дейностите извън прогнозите от задължителния резерв, тъй като на никой гражданин не трябва да бъде отказана здравна помощ поради достигане на предварително определения за конкретно лечебно заведение бюджет.“ ВКС приема, че уговорените лимити са прогнозно разпределение на бюджетния ресурс, с оглед териториално обезпечаване на предоставянето на медицинската помощ, но не и лимитиране на отговорността на НЗОК.

Очевидна е липсата на финансова логика и ефективност на финансовото ограничаване на дейността на болниците, чрез определяне на т. нар. лимити. Обезпечаването на финансовата дисциплина при разходване на бюджета за заплащане на тази дейност следва да бъде постигнато, чрез други методи като извършване на експертна оценка при разпределянето на този ресурс и чрез последващ контрол на изпълнението, за това дали всяко болнично заведение, с което се сключва договор, може да осигури дейностите по включените клинична пътека (разполага ли със специалисти, болнични легла, технически персонал, нужната апаратура и т.н.), дали тези дейности, включени в съответните пътеки, са реално извършени и в пълен обем, но не и чрез лимитиране на броя дейности за единица време.

Ако бюджетът на НЗОК не е изчерпан, то от това следва услугите, предоставени на здравноосигурени пациенти да бъдат заплатени именно от него. Това няма да доведе до извънреден или по-голям разход за общия бюджет на НЗОК, защото тези лица биха получили тази помощ през същия месец при избор на друг изпълнител на медицинска помощ, който не е надхвърлил лимита на хоспитализация, или в по-късен момент през същата година при включването им в листата на чакащите. А в посочените хипотези безспорно НЗОК дължи заплащане на услугите.

НЗОК заплаща за диагностиката и лечението на всеки отделен пациент. Нейните годишни разходи зависят от броя на лекуваните пациенти (здравноосигурени лица), независимо в кое от лечебните заведения, сключили договор с НЗОК са го направили. Въвеждането на лимити на отделните лечебни заведения не може да намали броя на

пациентите (и разходите за лечението им), а само ги пренасочва от едно лечебно заведение, което е изчерпало определеният му административно лимит към друго, което не е. Това пряко нарушава разпоредбите на чл. 6 от КРБ и суспендира правото на избор на пациента, изведено като принцип на задължителното здравно осигуряване – чл. 4 от ЗЗО.

Затова НЗОК дължи плащане и за извършена надлимитна дейност, освен ако бюджета на касата не е изчерпан или медицинската помощ е извън обхвата на чл. 45 от ЗЗО и договореното в Националния рамков договор. Дори в хипотеза на изчерпан бюджет, Народното събрание може да приеме неговата актуализация, а освен това законът за здравното осигуряване дава право на НЗОК да ползва безлихвен заем от държания бюджет за покриване на извънредни разходите.

От изложеното е видно, че лимитите на извършваната от изпълнителите на болнична помощ дейност, не само, че не представляват мярка, която води до ограничаване разходите на НЗОК или тяхното по-добро планиране, а точно обратното – ошетяват пациентите, болниците и бюджета на самата НЗОК. Това е така, защото при отказ за изплащане на надлимитната дейност на основание оспорения чл.55а, ал. 2 от ЗЗО, лечебните заведения предявяват исканията си за заплащане на реално извършена и отчетена дейност пред съдилищата. Тяхната константна практика приема, че клаузите за определяне на конкретни лимити са нищожни и осъждат НЗОК да изплати дължимите по договора суми, в добавък и сумите за лихви за забава. Т.е. по този начин касата разходва огромен публичен ресурс не за здравеопазване, а за да заплаща разходите за неправомерните си откази да изпълнява договорните си задължения като възложител.

От друга страна, лимитите косвено поставят изискването всички болници да работят равномерно в количествено измерение, което освен, че ограничава конкуренцията, най-вече ограничава възможността за избор на пациента. Не е логично пациент да не може да се лекува в лечебно заведение с добри и утвърдени специалисти в определена специалност или дейност, само защото НЗОК поставя изискване ресурсът да се разпределя равномерно. От тази гледна точка отпадането на задължителния характер на лимитите по никакъв начин не може да натовари финансово НЗОК и защото касата заплаща за всяка необходима и извършена дейност на здравноосигурен пациент без значение къде на територията на страната е предоставена или в кое време на годината. Предварителното фиксиране на бюджет за всяко лечебно заведение постига единствено ограничаване на възможността за работа на по-търсените и предпочитани от пациентите болници. Дори разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО да постигне очевидната си противоконституционна задача да пренасочи изкуствено пациенти към по-малко търсените болници заради изчерпан лимит на предпочитаните, това няма да спести никакъв разход за НЗОК, която в крайна сметка ще заплати извършената дейност.

В Решение № 2/22.02.2007г. по конст. дело № 12/2006г. на Конституционния съд се посочва, че практическият резултат от определянето на годишната стойност на разходите по болничната медицинска помощ, разпределена по месеци, е, че „не всички нуждаещи се граждани, които са здравноосигурени, ще могат да се ползват от касата.“, а медицинска помощ ще получат „само тези, които първи са я потърсили.“ Посочва се още, че „законът в нарушение на Конституцията не може да лиши някои граждани от

правото на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване и че законът не може при установен от него обхват и размер на здравни услуги, които се заплащат от касата, да ги ограничи, като каже, че това не се отнася до всички здравноосигурени лица.“ Защото всяко от тях трябва да може винаги да получи определена помощ. Недопустимо е да се поставят условия, при които едни нуждаещи се лица да могат да получат съответната помощ, а други да не я получат. Недопустимо е това да се определи от условието, кой по-рано е имал нуждата. Такова условие нарушава най-напред чл. 52, ал. 1 от Конституцията, който дава право на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване на всички лица. Тези условия обаче трябва да са еднакви за всички. Сочи се, че такъв законодателен подход е в нарушение на чл. 6, ал. 1 от Конституцията, който прогласява равенството на гражданите пред закона, на преамбюла на Конституцията, който определя Република България като социална държава, в която гражданите имат равни права.

Относно конституционното право на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, КС е дал тълкуване на понятието „достъпност“ в Решение № 32/26.11.1998г. по к.д. № 29 от 1998г. като е посочил, че „достъпна медицинска помощ означава възможност за медицинско лечение на всички граждани в случай на заболяване и равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението.“

Гаранция за достъпност на медицинската помощ са принципите по чл. 5 ЗЗО, въз основа на които се осъществява задължителното здравно осигуряване. Тези принципи са задължително участие при набирането на вноските, солидарност на осигурените при ползването на набраните средства, равнопоставеност при ползването на медицинска помощ, основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ. В съответствие с тях в разпоредбата на чл. 35 ЗЗО са предвидени правата на здравноосигурените лица, а именно правото да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК, и на спешна помощ там, където попаднат. Здравноосигурените лица не са страна по НРД за медицинските дейности, нито по договорите между лечебните заведения и РЗОК/НЗОК. Те имат право на свободен достъп до медицинска помощ и свободен избор на изпълнител, сключил договор с РЗОК, а НЗОК е длъжна да заплаща всички здравни дейности в обхвата на пакета на съответния изпълнител, предоставил медицинската помощ на здравноосигуреното лице. В случай, че общата стойност на извършените от всички изпълнители дейности не надхвърля бюджета на НЗОК за съответната година, включително резерва, предвиден в него, липсва основание да се откаже плащане на надлимитната дейност за съответния месец на конкретния изпълнител. Включването на пациент – здравноосигурено лице в листа на чакащите за съответната клиника или отделение на лечебното заведение поради ограничение в броя на извършваните хоспитализации води до нарушаване на правата на пациента за своевременно и качествено лечение /чл. 81, ал. 2, т. 1 ЗЗ/ или до отказ от страна на пациента от направения избор на изпълнител на медицинска помощ, с което се нарушава гарантираната на здравноосигуреното лице свобода на избор на изпълнител на медицинска помощ /чл. 4, ал. 1 ЗЗО/. Поради това невключването на пациентите – здравноосигурени лица в листата на чакащите, не може да обоснове отказ от плащане

на предоставените медицински дейности и вложени медицински изделия в рамките на гарантирания от бюджета на НЗОК основен пакет здравни дейности. Не на последно място, в текста на чл. 55а, ал. 2 е посочено, че касата не заплаща оказаната помощ „в нарушение“ на определените стойности. ВКС е тълкувал и цитирания израз като стига до извода, че „предоставянето на своевременна и качествена медицинска помощ от страна на избрания от здравноосигуреното лице изпълнител на медицинска помощ в превишение на установената месечна или тримесечна бюджетна рамка за съответната година не представлява нарушение, нито неизпълнение на задълженията на изпълнителя на медицинска помощ по сключения между него и РЗОК индивидуален договор с последица отхвърляне от заплащане на извършената дейност.”

17.11.2023г.

Подпис:.....

.....

/Красимир Грудев - Председател на УС на НСЧБ/