

## Становище на съдия Янаки Стоилов

по мотивите на Решение № 6/2024 г. по к. д. № 15/2023 г.

Приемам решението на Съда и в основни линии споделям неговите мотиви, но смятам, че се налага задълбочаване и конкретизация на аргументацията на извода за противоконституционност на оспорената разпоредба от Закона за здравното осигуряване.

Правата на личността по отношение на здравето са част както от съвременното право на Република България, така и на международното право. Гарантирането и реализирането на тези права предполага създаване и функциониране на национални здравни системи, които притежават и поддържат определени характеристики. Лимитите за заплащане на медицинските дейности, въведени с чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване, се разглеждат като средство за регулиране на разходите на лечебните заведения. Преценката за (не)съответствие на лимитите с Конституцията трябва да се прави с оглед на въздействието им върху няколко основни права и върху здравната система като цяло.

Според чл. 12, т. 1 от Международния пакт за икономическите, социалните и културните права (Пакта) държавите признават правото на всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве, казано накратко и популярно – право на здраве. Това е първичното и определящо право по отношение на останалите права в сферата на здравеопазването и на съответните задължения на държавата за тяхното осигуряване. Мерките, които държавите вземат, за да се осъществи напълно това право, трябва да включват и мерките, необходими за създаване на условия, които да осигурят на всички медицинска помощ и медицинско обслужване в случай на болест (чл. 12, т. 2, б. „d“). Обръщам внимание на тези разпоредби, защото Конституционният съд в решаването на спорове относно здравеопазването (Решение № 8/1998 г. по к. д. № 3/1998 г., Решение № 32/1998 г. по к. д. № 29/1998 г., Решение № 2/2007 г. по к. д. № 12/2006 г., Решение № 8/2012 г. по к. д. № 16/2011 г., Решение № 3/2016 г. по к. д. № 6/2015 г.), включително в настоящото, не се позовава на това фундаментално право. Само в Решение № 8/2016 г. по к. д. № 9/2015 г. в отговор на искане на вносителя, който твърди нарушение на чл. 12 от Пакта, Съдът излага съображения за липса на такова нарушение. Другото

отбелязване е в становище на съдиите Янаки Стоилов, Атанас Семов и Красимир Влахов към мотивите на Определение № 3/2022 г. за прекратяване на производството по к. д. № 2/2022 г.

Правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал. 1 от Конституцията е производно от правото по чл. 12 от Пакта, който логически и времево предшества съответната уредба в действащата конституция. Правото на здравно осигуряване гарантира достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Здравните системи могат да имат различна организация и различни източници на финансиране, но най-важното от гледна точка на индивида е, че те служат за постигане на положителни резултати по отношение на неговото здраве. В Република България здравното осигуряване е предпочетен и с оглед на гарантиране и реализиране на механизъм  
самото право на здраве.  
установен от Конституцията

Здравеопазването е комплексна дейност, която има икономически, социални, медицински, организационни и финансови аспекти. В днешно време правото на здраве се отличава с универсалност и висока степен на определеност благодарение на класификацията на болестите. Всяка реализация на това право при получаване на медицинска помощ се структурира и документира чрез стандартизирано описание на състоянието на лицето според единна Международна класификация на болестите. На следващо място често използван начин за постигане на стандартизирано лечение и извършване на оценка на резултатите от лечебната дейност, както и за нейното остойностяване, е приемането в съответна нормативна форма на клинични ръководства. В българското законодателство не се установява наличието на такъв нормативен акт, съответстващ на изискването за добра медицинска практика по отношение на различните категории клинични случаи. Като последица от това не може обективно да се направи оценка на медицинските дейности – на тяхното икономическо рационализиране, остойностяване и управление.

Правата, чиято реализация зависи от осигуряване на значителни ресурси, каквото безспорно е правото на здраве, изискват съобразяване с принципите на стопанска дейност. Медицината „произвежда“ диагнози, които се поставят, и терапии, които се прилагат в лечебни заведения (икономически и правни субекти с обособено имущество) от лица, които полагат квалифициран труд на основата на определено образование, специализация и опит. Лимитите могат да служат като средство за

управление на процеса по превръщане на финансовия ресурс в медицинска помощ и медицинско обслужване в съответствие с изискванията на чл. 19, ал. 2 от Конституцията и като средство на държавната регионална политика, която осигурява съответствие между националните и местните интереси (чл. 142 от Конституцията). Преценката на лимитите трябва да се прави и с оглед на изискването на чл. 6, ал. 2 от Конституцията гражданите да са поставени в относително равни условия по отношение на възможността да се ползват от правото на здраве и при зачитане на правото на труд (чл. 48, ал. 1 и 5 от Конституцията) на лицата, които оказват медицинска помощ и предоставят медицинско обслужване.

Конституционно изискване към медицинската помощ е нейната достъпност, която предполага локализиране – географско, т. е. като местоположение на лечебните заведения, технологично – като начин на диагностициране и лечение, както и относително равномерна наситеност с медицински специалисти. Всичко това следва от чл. 52, ал. 1 и чл. 26, ал. 1 от Конституцията, според който гражданите на Република България, където и да се намират, имат всички права и задължения по тази Конституция. От тази гледна точка въвеждането на лимити в здравеопазването би било оправдано, ако те способстват за намаляване на предотвратимата с медицински интервенции и профилактика смъртност, от една страна, и за намаляване на неравенствата по отношение на медицинската помощ за лечение на описаните заболявания в различни региони, от друга. Оценката за пригодността на тази мярка може да се направи, ако се покажат резултатите, до които води нейното прилагане.

Показателно е, че разпределението на използваните средства на жител за болнична помощ по области за 2022 г. – на четвъртата година от въвеждане на лимитите – достига разлика около 6 пъти (между Пловдив, където на жител средно се падат по 718.63 лв., т. е. 172.9% спрямо средното за страната и Перник – 121.25 лв., т. е. 29.2% от средното). Към 2022 г. в сравнение с началната година на действие на лимитите най-голямо е нарастването на относителния дял на средствата в областите Бургас и Плевен. Оказва се, че използването на лимитите в този им вид не намалява нито диспропорциите в разпределението на средствата за болнична помощ между административно-териториалните единици – областите, нито разликите във финансирането на отделните болници в тях, като няколко „усвояват“ най-големия дял от това увеличение.

България е една от малкото държави в Европейския съюз, в която показателите

за предотвратимата смъртност през последното десетилетие не се подобряват. Към 2020 г. тя е почти два пъти по-висока от средната за Европейския съюз – 529 на сто хиляди спрямо 271 (тук трябва да са отчитат въздействията на епидемията от COVID-19, но тя засяга всички европейски държави). Това са резултатите, въпреки че средствата по бюджета на Националната здравно-осигурителна каса за периода 2011-2020 г. се увеличават от 2 633 730 хил. лв. на 4 744 704 хил. лв., а средствата за здравеопазване, предвидени за 2024 г., без тези по ведомства, включително на министерството на здравеопазването, са 8 163 353,1 хил. лв. Изводът е, че публичното финансиране на здравеопазването и най-вече на болниците нарастват няколко пъти, но въпреки това резултатите по отношение на гарантиране на правото на здраве и достъпа до медицинска помощ не се подобряват. Структурата и функционирането на здравната система, включително управлението на част от финансовия ресурс чрез прилагане на тези лимити, дори намаляват нейната ефективност.

Причините за посочените диспропорции могат да са различни, но каквито и да са, така определени и използвани лимитите не отговарят на целите, за които са създадени, т. е. мярката дори да е необходима, не е подходяща за постигане на целения социален и финансов резултат. В разглеждания случай въвеждането на ограничения за обемите и стойностите на заплащаната медицинска помощ не е обвързано с обективен механизъм за управление на разходите на лечебните заведения, свързани с правото на пациентите да постигат възможно най-добро състояние на физическо и психическо здраве. Напротив, към договорните партньори се предявяват субективно създадени изисквания в зависимост от административно наложени ограничения, които поставят в различни условия лечебните заведения и лицата, които осигуряват медицинска помощ и медицинско обслужване. Следователно лимитите, така както са нормативно установени сега, не съответстват на вече посочените конституционни изисквания.

Янаки Стоилов