

ПРАВТО НА ДОСТЪП ДО МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – КОНСТИТУЦИОННИ И АДМИНИСТРАТИВНИ АСПЕКТИ

Мария Радева,

*докторант, Юридически факултет,
Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“*

І. ВЪВЕДЕНИЕ

Права на човека, права в здравеопазването

Концепцията за правата на човека се заражда като коректив на съществуващите взаимоотношения между държавата и отделния човек. В наши дни, правата на човека са заложени в устоите на всяка демократична държава и са не само мерило за цивилизованост, но и базисен механизъм за регулиране на обществения живот.¹

„Ключовите човешки права, които са свързани с реализирането на правото на здраве включват: елиминиране на всички видове дискриминация; информация и участие, тайна, физически интегритет и поверителност; образование; здравословна околна среда и адекватен стандарт на живот; работа, справедливост и благоприятни условия на труд; социална сигурност. Прилагането на човешките права в здравеопазването означава, че всяко човешко същество има еднакви здравни права, без да бъде дискриминирано; всеки човек има право да взема решения, свързани с неговия живот и да участва в обществения дебат; държавните органи имат задължението да зачитат, защитават и реализират човешките права на своите граждани.“²

¹ Радапов, С.т. Медицинска деонтология. С., Сиела, 2004, с. 52 – 53.

² Цолова, С.в. Права на пациентите в България – нормативни и правни аспекти. – Здравна икономика и мениджмънт, 2006, N 2, с. 45 – 58.

II. ИЗЛОЖЕНИЕ

Правото на достъп до медицинска помощ

1. Международноправни аспекти на правата в здравеопазването

Член 25 от Всеобщата декларация за правата на човека прокламира правото на всеки човек „на жизнено равнище, включително прехрана, облекло, жилище, медицинско обслужване и необходимите социални грижи, което е необходимо за поддържане на неговото и на семейството му здраве и благосъстояние.“

В мотивите към решение на Конституционния съд 13/15.07.2003 по КД 11/2003, обсъждайки прилагането на член 25 от Декларацията се казва: „изразените в декларациите на Общото събрание на ООН положения ... предоставят на държавите избора и конструирането на конкретните конституционни и законови механизми за социална закрила на нуждаещите се лица.“

Декларацията няма обвързваща юридическа сила (кд 18/1997), но прокламираните основни права и свободи, представляват международен стандарт за националните правни системи.

Конвенцията за защита на правата на човека и на човешкото достойнство във връзка с прилагането на постиженията на биологията и медицината: Конвенция за правата на човека и биомедицината, съставена в Овиедо на 4 април 1997 г., влиза в сила за РБ от 1 август 2003 г.

Всяка страна следва да приеме във вътрешното си право необходимите мерки за осигуряване прилагането на разпоредбите на конвенцията. Като общо правило за поведение е регламентирано, че „В зависимост от здравните потребности и наличните ресурси страните вземат подходящи мерки за гарантиране в сферата на юрисдикция равен достъп до здравни грижи с необходимото качество.“

2. Конституционни основи на правата в здравеопазването

Конституцията на РБ регламентира основните права на лицата в системата на здравеопазването, произтичащи от основните човешки права. Основавайки се на конституционното право на здравна закрила, Законът за здравето издига опазването здравето на гражданите в национален приоритет. Едни от основните принципи (чл. 2 33), на които се основава опазване здравето на гражданите са равнопоставеност при ползване на здравни услуги и осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година.

Текстът на чл. 52 КРБ е конституционната рамка на здравната система в РБ. Разпоредбата въвежда правото на здравно осигуряване, основните принципи за финасиране на здравеопазването, държавният контрол върху медицинската помощ.

Съгласно чл. 52, ал. 1 КРБ гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантира-

що им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Цитираната разпоредба дефинира основните подходи при определяне **правото на достъп до медицинска помощ**:

- право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ;
- право на безплатно ползване на медицинско обслужване при определени законови условия.

III. РЕГУЛИРАНЕ НА ДОСТЪПА ДО МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Съгласно чл. 82, ал. 2 33 държавата гарантира, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, предоставянето на медицински услуги, свързани с медицинската помощ при спешни състояния, профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за здравно неосигурени жени, стационарна психиатрична помощ, осигуряване на кръв и кръвни продукти, трансплантация на органи, тъкани и клетки, заплащане на лечение за заболявания по определен с наредба ред и др.

Всеки български гражданин, без оглед на здравноосигурителен статут, ползва ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести и др. (чл. 82, ал. 2 33).

Достъпът на пациентите до здравната система, по дефиниция, би следвало да е свободен, неограничен и да гарантира на нуждаещите се качествена и навременна медицинска помощ. Но правилата за функциониране на здравната система показват един друг аспект на предоставянето на медицинската помощ по чл. 82 33, свързан с финансирането на визираните медицински дейности.

Медицинските услуги в РБ се предоставят от лечебни заведения, които (с малки изключения) са търговски дружества, които функционират на пазарен принцип, т.е. предоставят медицинската услуга срещу заплащане. (Изключение от това правило са случаите на оказване на спешна медицинска помощ). Следователно гражданите ще имат достъп до медицинските дейности, визирани в чл. 82 33, само в случай, че държавата (респ. общината) осигури необходимия финансов ресурс.

Основните правила за предоставяне на субсидии, вкл. и за дейностите по чл. 82 33, от МЗ на определени лечебни заведения се съдържат в § 51 ПЗР ЗДБ РБ 2011. Предоставянето на финансови средства се извършва въз основа на едногодишни договори. Общата стойност на сключените договори не може да надхвърля утвърдените средства по бюджета на МЗ за 2011.

Съгласно чл. 12, ал. 1 от Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011³, размерът на тримесечната и годишната субсидия на лечебните заведения се фор-

³ Утвърдена със Заповед РД – 28 – 15/19.01.2011 на Министъра на здравеопазването.

мира в рамките на средствата по бюджета на МЗ за 2011 в съответствие с разпоредбите на ЗДБ РБ 2011.

Примери за определяне обема на предоставената медицинска помощ, в зависимост от рамките на бюджет, се съдържат и в други подзаконовни нормативни актове. Дейността на Център "Фонд за лечение на деца" се извършва в рамките на средствата, утвърдени с бюджета на МЗ.

Издръжката на Фонда за асистирана репродукция се осигурява от държавна субсидия, като размерът на разходите за съответната година се определя в бюджетната сметка на фонда.

Финансирането на дейностите по трансплантации се извършва въз основа на сключен договор, който съдържа описание на финансираните дейности и техния максимален брой.

В законодателството липсва регламент за поведение на лечебните заведения, както и на пациентите, в случай че фиксираните финансови средства бъдат изчерпани предварително или се окажат недостатъчни. Темата е обсъждана единствено в сферата на медиите и обществения дебат.

IV. ФИНАНСОВИТЕ МЕХАНИЗМИ В ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ И ДОСТЪПА ДО МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

В решение по к. д. № 4/2010 се казва, че „Член 52, ал. 1 от Конституцията обявява, че гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ. Този текст установява едно от основните права на гражданите от категорията на социалните права. Правото на здравно осигуряване е публично субективно право и на него съответства задължение на публичната власт, то обвързва държавата да създаде здравноосигурителни правоотношения и да ги уреди по начин те да станат дял от осигурителното право като правен отрасъл.“⁴

Развитието на задължителното здравно осигуряване в РБ поставя въпроса за задоволяване потребностите от медицински услуги, в условия на предварително определени финансови средства. Този баланс изисква степенуване на потребностите и съответно темпорално (във времето), териториално и количествено разпределение на потребностите.⁵

⁴ Цитираното становище е на съдиите Евгени Танчев, Димитър Токушев, Пламен Киров, Красен Стойчев, Георги Петканов и Ванюшка Ангушева, които не събират необходимото мнозинство от 7 гласа за уважаване на искането в частта му за обявяване противоконституционността на чл. 59в, т. 1 330.

⁵ П о п о в, М. Организация и управление на здравноосигурителни фондове и каси. – В: Стено, 2005.

1. Регулиране на достъпа до извънболнична медицинска помощ

Израз на идеята за разпределение на потребностите в извънболничната медицинска помощ, заплащана от НЗОК, е въвеждането на института на регулативните стандарти. Институтът е въведен с НРД 2003 и се дефинира като метод за определяне на обективни критерии за възлагане на специализирани медицински дейности от отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ. Прилагането на регулативните стандарти и възраженията за ограничаване правото на достъп до медицинска помощ е предмет на редица съдебни решения, постановени във връзка с обжалване на санкционните актове на РЗОК.

В решение по адм. дело 2973/2006⁶ на ВАС се казва, че: „...Налице са стандарти и нормативни изисквания, които здравните заведения трябва да спазват.

Разпределението и стриктното изпълнение на регулативните стандарти е свързано с изпълнението на бюджета на НЗОК и нарушаването на определения регулативен стандарт представлява нарушение на бюджетната дисциплина и е предпоставка за нарушаване на финансовата стабилност на здравноосигурителната система.

Въпросите дали отпуснатите според регулативните стандарти средства и регламентиранияте отклонения са достатъчни за осъществяването на дейността на изпълнителите на медицинска помощ не подлежат на преценка в съдебната фаза на административния процес, тъй като съдебният контрол върху административните актове е контрол за законсообразност.”

Промяна в съдебната практика се наблюдава след постановяване на решението по адм. дело 3696/2006 на ВАС. Предмет на съдебен контрол, по цитираното дело, са текстовете на НРД 2006, уреждащи прилагането на РС.

Развивайки мотиви за отмяна на атакуваните норми, ВАС приема, че: „... ОПЛ следва да се съобрази с две противоречиви фактически обстоятелства – от една страна ”потребностите на здравноосигурените лица” и в същото време „определен брой медицински направления” съобразно „регулативните стандарти”. Как обаче на практика ОПЛ би могъл да се съобрази с потребностите на тези ЗЗОЛ, доброволно избрали го за „личен лекар”, когато те потърсят необходимата им медицинска помощ в хипотезата на изчерпан брой медицински направления от предварително определения им такъв. Следователно лекарите ... са ограничени във възможността си при нужда (която те като професионалисти считат за обоснована) навреме да насочат пациентите си към консултация със специалист или пък да проведат необходимото им за конкретния случай изследване.”

В същия смисъл е и решението по адм. дело 7274/2007 на ВАС. „Налагането на лимити от НЗОК на изпълнителите на медицинска помощ се извършва в нарушение на ЗЗО. Въпросните регулативни стандарти са опит да се администрира медицинската помощ и лекарската дейност, което е в противоречие с чл. 4 от ЗЗО. Лимитирането на медицинската помощ ограничава правата на гражданите при оказване на извънболнична медицинска помощ, тъй като не могат да я получат в момента на нужда, въпреки редовното внасяне на

⁶ Административната санкция е по прилагане на НРД 2003.

здравно-осигурителни вноски”

През 2007 г. регулацията на медицинската дейност се урежда със закон. Съгласно чл. 4, ал. 1 ЗБНЗОК 2007 всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ НЗОК определя броя на назначаваните специализирани медицински дейности и стойността на назначаваните медико-диагностични дейности.

КС отхвърля искането за установяване на противоконституционност на чл. 4 ЗБНЗОК 2007. В мотивите на решение по к. дело 12/2006 година (обн. ДВ 20/2007г.) се казва: „...По-ради това, за да бъде определен смисълът на оспорените текстове, трябва да се държи сметка за общата уредба на здравното осигуряване и свързаните с него обществени отношения. Или по друг начин казано, след като бюджета на касата на основание чл. 29 от ЗЗО е елемент от системата на осигуряването и здравната помощ, тълкуването, което му се дава трябва да държи сметка за другите елементи от нея.

Това налага да се обсъди съдържанието на общите принципи и цели, заложи в ЗЗО, чиято функция е бюджетът на касата за 2007 и по-точно чл. 4. Съдържанието на посочената разпоредба гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни помощи, както и избор на изпълнител, договорил се с касата. Граматичното тълкуване на текста води до извода, че обхватът и обемът трябва да бъдат определени, т.е. не са неограничени. Прилагателното “определен” показва дадено, определена мяра. *Ако целта на закона е достъпът до здравните нужди да бъде неограничен подчиненото изречение “чрез определени по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности” би било излишно.*

В заключение: по принцип социалните права се реализират трудно и в зависимост от това, как държавата изпълнява задълженията си да организира здравното осигуряване, което обезпечава здравното обслужване и лечебната помощ, поведението ѝ ще е похвално или укоримо, ако не прави това...”

ЗБНЗОК 2007 и цитираното решение на КС институционализират регулаторните финансови механизми в достъпа до медицински услуги при осъществяване на задължителното здравноосигуряване. След решението на КС, ВАС отново променя практиката си и приема, че: “Средствата, с които НЗОК ще разполага за заплащане на медицински дейности са определени ... С тези средства разполага НЗОК и тяхното превишаване е немислимо. ...

Освен това с договора между НЗОК и лечебното заведение са установени правила и рамки, в които това лечебно заведение може да назначава специализирани медицински дейности за сметка на бюджета на НЗОК. Това означава, че излизането извън тези рамки трябва да бъде за сметка на лечебното заведение, защото надвишава обема на медицинските дейности, предмет на договора, които другата страна по договора - НЗОК - е приела да финансира.” (адм. дело 1402/2009).

Цитираната практика на административните съдилища остава непроменена и към настоящия момент, като се приема, че „... правомощието на РЗОК да администрира бюджета за здравни цели, както и кореспондиращото му задължение на изпълнителите на меди-

цинска помощ да осъществяват дейността си спазвайки регулативните стандарти, са нормативно и договорно регламентирани." (адм. дело 429/2011 ВАС).

След решението на КС в съдебната практика спира да се обсъжда въпросът за евентуалната възможност за ограничаване на нуждаещи се лица до медицински услуги, заплащани от НЗОК и затруднен достъп по медицинска помощ. Съдебните решения следват формалната логика на закона и оставят защитата на правата на пациентите в полето на обществено-политическия дебат.

2. Регулиране на достъпа до болнична медицинска помощ

Административно регулиране на обема дейности в болничната помощ се въвежда със ЗБНЗОК 2007. Съгласно чл. 5 ЗБНЗОК 2007 НЗОК определя годишна обща стойност на извършената от изпълнителите на болнична медицинска помощ дейност, разпределена по месеци, като дейностите, извършени при превишаване на тази стойност в натрупване, се заплащат по цени в рамките на годишните стойности. Аналогични текстове се съдържат и в ежегодните бюджетни закони.

Съгласно чл. 4, ал. 1, т.2 ЗБНЗОК 2010 РЗОК определят задължителни стойности на делегирани бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите. С решение РД-НС-04-21/21.05.2010 НС на НЗОК приема Правила за определяне на стойностите на делегираните бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ за 2010, издадени на основание чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК 2010.

По реда на чл. 185 и сл. АПК е оспорена законосъобразността на цитираните правила, за което е образувано адм. дело 8816/2010 на ВАС. Жалбоподателите твърдят, че правилата «нарушават принципите за свободен достъп до изпълнители на медицинска помощ и на свободен избор на лечебно заведение, прогласени в ЗЗО».

ВАС отхвърля жалбата със следните мотиви: „Законът за бюджета на НЗОК по същество представлява финансов план за разходване на средства от задължителни здравноосигурителни вноски. И тъй като средствата от задължителните здравноосигурителни вноски не са неограничени, не може да бъде неограничен и ресурсът за здравноосигурителни плащания за извънболнична и болнична помощ. Делегираните бюджети за болнична помощ по същество представляват един от финансовите механизми, установени в закона, чрез които се цели да се постигне баланс между приходната и разходната част и да се избегне дефицит в бюджета на НЗОК. На практика ЗЗО очертава пакета от здравни дейности, до който задължително здравноосигурените лица имат достъп, а ежегодният бюджет на НЗОК определя финансовата рамка, в която се осигуряват здравните дейности. Законът за бюджета на НЗОК за 2010 е функция на общите принципи и цели, заложили в ЗЗО, и по-точно на чл. 4 от същия. Съдържанието на посочената разпоредба гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и избор на изпълнител, сключил договор с НЗОК. (Вж.

решение по к.д. 12/2006).

Независимо от мотивите и основанията за въвеждане на делегирани бюджети за дейностите за болнична медицинска помощ, същите са установени по законодателен път, т.е. те са част от действащ закон - Закона за бюджета на НЗОК за 2010 година. Законът следва да бъде спазван, като в противен случай би се нарушил конституционният принцип, прокламиран с чл.4, ал.1 за управлението на Република България като правова държава според Конституцията и законите на страната."

Съгласно чл 5, ал.1 ЗБНЗОК 2011 РЗОК определят задължителна годишна прогнозна стойност за дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите, разпределена по тримесечия. Съгласно Методиката за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ (приложение 13 към ПМС 304/17.12. 2010) едно от условията за плащане на изпълнителите на болнична медицинска помощ е сумата по фактура да не надвишава месечните стойности на утвърдените болнични бюджети, определени по реда на ЗБНЗОК за 2011.

При действащата административна регулация в системата на задължително здравно осигуряване се поставя въпросът за реализиране правото на достъп до медицинска помощ, практически ограничавано от задължителните болнични бюджети.

Съгласно Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, при липса на капацитет за планова хоспитализация лечебното заведение изготвя листа на чакащите за всяка клиника и/или отделение. В листата на чакащите се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от спешна диагностика и лечение.

III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

„Основен проблем на здравеопазването в световен мащаб **е конфликтът между ограничените ресурси и постоянно увеличаващите се разходи**”.

- Достъпът до медицинска помощ практически е ограничен от бюджетната рамка на държавния бюджет и от бюджета на НЗОК. Законодателството дефинира правата на пациентите и задълженията на лечебните заведения за оказване на медицинска помощ. Липсва изричен правен регламент, с изключение схематично регламентираната листа на чакащите за хоспитализация, за поведение при нужда от медицинска помощ в условия на липсващо или изчерпано бюджетно финансиране. Правоотношенията между пациент и лечебно заведение, следва да се уредят съобразно действащата правна рамка в здравеопазването.

⁷ Национална здравна стратегия 2008 – 2013 (ДВ 107/2008).