

ПРАВНИ СТАНДАРТИ И СПОСОБИ ЗА АДМИНИСТРАТИВНА И СЪДЕБНА ЗАЩИТА НА ПРАВАТА НА ПОЛЗВАТЕЛИТЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Доклад



София • 2011

Изказаните становища и мнения в настоящия доклад са отговорност на авторите и не отразяват непременно мненията и политиката на Институт „Отворено общество“ – София.

**Изследването е осъществено
по проект „Правни проблеми и съдебна защита на лицата,
ползващи здравни услуги“ на Правна програма
на Институт „Отворено общество“ – София
през 2008 г. от екип в състав:**

адв. Илиана Савова, *директор на Програмата за правна защита
на бежанци и мигранти на Български хелзинкски комитет*

н.с. I ст. д-р Алексей Пампоров, *ръководител Социологически
проучвания на Институт „Отворено общество“ – София*

За запитвания:

Институт „Отворено общество“ – София

1000 София, ул. „Солунска“ № 56

Тел.: (+359 2) 930 66 19; Факс: (+359 2) 951 63 48

E-mail: info@osi.bg

www.osi.bg

Никоя част от това издание не може да бъде възпроизвеждана или излъчвана под никаква форма и чрез никакви средства без предварителното писмено съгласие на Институт „Отворено общество“ – София.

© 2011 Институт „Отворено общество“ – София

ISBN 978-954-2933-05-2

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	5
ПРЕДВАРИТЕЛНА БЕЛЕЖКА	7
ПЪРВА ЧАСТ	
ПРАВНИ СТАНДАРТИ И СПОСОБИ ЗА АДМИНИСТРАТИВНА И СЪДЕБНА ЗАЩИТА НА ПРАВТА НА ПОЛЗВАТЕЛИТЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ – адв. Илиана Савова	8
УВОД	8
I. НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СИСТЕМА	12
1. Принципи	12
1.1. Конституция	12
1.2. Законодателство	13
2. Задължително и доброволно здравно осигуряване	17
3. Органи и организации. Здравни дейности, услуги и стоки	18
4. Права на здравноосигурените и здравнонеосигурените лица	20
II. ВИДОВЕ КОНТРОЛ И ЗАЩИТА	22
1. Административен контрол	22
1.1. РЗОК	22
2. Съдебен контрол	25
2.1. Административни съдопроизводства	25
2.1.1. Съдебен контрол върху актовете на директора на РЗОК	25
2.1.2. Контрол върху експертизи на специализирани органи и комисии	30

2.1.3. Съдебен контрол върху подзаконовни нормативни и общи административни актове	31
2.1.4. Съдебен контрол по жалби против индивидуални административни актове	38
2.1.5. Искове по ЗОДОВ	42
2.2. Наказателни дела	43
2.2.1. Обхват на наказателноправната защита на пациентите	44
2.2.2. Наказателнопроцесуални гаранции за защита на ползвателите на здравни услуги	47
2.3. Гражданскоправни спорове по общ исков ред	51
2.3.1. Видове искове	52
2.3.2. Особенности на гражданските съдопроизводства	57
III. ИЗВОДИ	64
1. Основни положения и принципи в здравеопазването	64
2. Законодателство	65
3. Препоръки	66
 ВТОРА ЧАСТ	
ОСНОВНИ НАРУШЕНИЯ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ – СОЦИОЛОГИЧЕСКА ПЕРСПЕКТИВА – <i>Алексей Пампоров, д-р по социология</i>	75

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АПК	Административнопроцесуален кодекс
БЗС	Български зъболекарски съюз
БЛС	Български лекарски съюз
БНБ	Българска народна банка
ВАС	Върховен административен съд
ВКС	Върховен касационен съд
ВС	Върховен съд
ГПК	Граждански процесуален кодекс
ДВ	Държавен вестник
ДОПК	Данъчно-осигурителен процесуален кодекс
ДР	Допълнителни разпоредби (към закон)
ЕКПЧОС	Европейска конвенция за правата на човека и основните свободи
ЕСПЧ	Европейски съд по правата на човека
ЗАНН	Закон за административните нарушения и наказания
ЗБДС	Закон за българските документи за самоличност
ЗДДС	Закон за данък добавена стойност
ЗЗ	Закон за здравето
ЗЗД	Закон за задълженията и договорите
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ЗНА	Закон за нормативните актове
ЗНАП	Закон за националната агенция по приходите
ЗОДВПГ	Закон за отговорността на държавата за вреди, причинени на граждани
ЗОДОВ	Закон за отговорността на държавата и общините за вреди
ЗОДФЛ	Закон за облагане на доходите на физическите лица
ЗПП	Закон за правната помощ
ЗРР	Закон за регионалното развитие
ЗСВ	Закон за съдебната власт

КЗ	Кодекс за застраховането
КРБ	Конституция на Република България
КС	Конституционен съд
КСО	Кодекс за социално осигуряване
ЛКК	лекарски консултативни комисии
МБАЛ	многопрофилна болница за активно лечение
МВР	Министерство на вътрешните работи
МЗ	Министерство на здравеопазването
МФ	Министерство на финансите
НАП	Национална агенция по приходите
НАХД	наказателно дело от административен характер
НЕЛК	Национална експертна лекарска комисия
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НК	Наказателен кодекс
НОПДМП	Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ
НОХД	наказателно дело от общ характер
НПК	Наказателно-процесуален кодекс
НРД	Национален рамков договор
ОВ	Официален вестник на Европейския съюз
ОСГК	Общо събрание на гражданска колегия (на Върховния касационен съд)
ПЗР	Преходни и заключителни разпоредби
ППВС	Постановление на Пленума на Върховния съд
ППЗНЗ	Правилник за прилагането на Закона за народното здраве
ПУДНЗОК	Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РЦЗ	Районен център по здравеопазване
СЕО	Съд на Европейските общности
ТЕЛК	териториални експертни лекарски комисии
ТЗ	Търговски закон
ТРОСВАС	Тълкувателно решение на Общото събрание на Върховния административен съд
ТРОСНК	Тълкувателно решение на Общото събрание на наказателна колегия (на Върховния касационен съд)
УПЗНА	Указ за прилагане на Закона за нормативните актове

ПРЕДВАРИТЕЛНА БЕЛЕЖКА

Настоящото изследване е изготвено по проект „Правни проблеми и съдебна защита на лицата, ползващи здравни услуги“, изпълняван от Правна програма на Институт „Отворено общество“ – София през 2009–2011 г.

Проектът се основава на разбирането, че съдебната практика може да бъде важен фактор за осигуряване на достъпни и качествени здравни услуги за гражданите и да стимулира реформи в здравеопазването. В момента обаче различни категории дела, свързани със здравеопазването, трудно стигат до съд или когато стигнат, се разглеждат бавно. Такива са делата за лекарски грешки и небрежност, административни дела срещу решения на Здравната каса и актове на Министерството на здравеопазването, дела за корупция в здравеопазването. Основен изследователски въпрос за екипа на проекта е установяване на причините, които пречат ефективния административен и съдебен контрол върху системата на здравеопазването.

Изследването се състои от две части, които взаимно се допълват. В „Правни стандарти и способности за административна и съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги“ се съдържа анализ на нормативната уредба на обществените отношения, които възникват във връзка със здравеопазването. В „Основни нарушения на правата на пациентите – социологическа перспектива“ са обобщени данни от национално представително социологическо проучване, проведено от Института през октомври 2009 г.

Макар и да не дават безспорен отговор на поставения от проекта въпрос, двете части формулират определени хипотези, които ще бъдат полезни и ще обогатят продължаващата обществена и професионална дискусия за насоките на реформата в здравеопазването.

Иванка Иванова

*Директор на Правна програма
Институт „Отворено общество“ – София*

ПРАВНИ СТАНДАРТИ И СПОСОБИ ЗА АДМИНИСТРАТИВНА И СЪДЕБНА ЗАЩИТА НА ПРАВАТА НА ПОЛЗВАТЕЛИТЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

адв. Илиана Савова

УВОД

В настоящото изследване се използва **определението за здраве** съгласно легалната дефиниция на чл. 2 от Закона за здравето (ЗЗ), а именно – като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие. Този избор е обоснован от обстоятелството, че Конституцията не определя съдържанието на субективното право на здраве. Вместо това основният закон се занимава със закрепването на правото на здравно осигуряване (чл. 52, ал. 1 от Конституцията). При анализа на правната уредба и на възможностите за практическа реализация на закрепените в нея способности за защита на лицата, ползващи здравни услуги, обаче е необходимо да се изхожда от определен, при възможност правно установен стандарт за здраве, спрямо който да се преценява изпълнението на задълженията във възникналите правоотношения. Така независимо от пропуската на Конституцията правото на здраве е основното субективно право, чиято охрана и способности за защита са предмет на настоящото изследване, доколкото правото да се сключи осигурително правоотношение не може и не следва да го заменя. По дефиниция основните права са присъщи и неотменими и тяхното нарушаване или отказ води до заплахата от накърняване на самото съществуване на човека – в случая неговото здраве. И тъй като единственият нормативен стандарт за здраве, закрепен в националното законодателство, е този по чл. 2 от Закона за здравето, то той е стандартът, използван за извършените анализ и оценки.

От гледна точка на методологията е необходимо също така да се уточнят понятията **здравно застраховане** и **здравно осигуряване**. Предпоставка на настоящото изследване е, че тези понятия са тъждествени по своята същност или поне би следвало да се възприемат като такива с оглед на принципната липса

на каквато и да било разлика между тях от правна гледна точка. Съгласно дефиницията на чл. 3 от Кодекса за застраховането (КЗ) застраховането е дейност по осигуряване на застрахователно покритие на рискове по силата на договор, изразяващо се в набиране и разходване на средства, предназначени за изплащане на обезщетения и други парични суми при настъпване на събития или сбъждане на условия, предвидени в договор или в закон, както и в пряко свързаните с това дейности. В чл. 6, ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване (КСО) се определя, че задължително застраховане се установява със закон или с международен договор. Съгласно чл. 1, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в здравноосигурителните договори. Алинея 3 на същия текст определя, че здравното осигуряване може да е задължително и доброволно. При така определените в закона хипотези е очевидна пълната идентичност на регулираните от двата нормативни акта правоотношения, а именно – предварително набиране на средства, срещу които се поема насрещно задължение за обезщетяване в уговорен вид и размер при възникването на определено събитие или събития. При това положение КСО и ЗЗО се явяват в отношение на общ към специален закон, където ЗЗО има за предмет само една част от застрахователните правоотношения и по-конкретно покриване на здравния риск и осигуряването на здравето.

Във връзка с изложеното смислова идентичност е налице и между понятията **застрахователна премия** и **здравноосигурителна вноска**, тъй като и двете представляват сумата, която застрахованото лице внася при застрахователя, за да придобие право на обезщетяване при възникване на застрахователния риск и настъпване на застрахователното събитие, в конкретния случай заболяване или друга увреда или нарушаване на здравето. Без значение са разликите в способност и методиките за определяне на вида и размера на застрахователната премия (вноска) – като процент от месечния доход или като месечна парична вноска за фиксиран период, нито разликите при определянето на вида и размера на застрахователното обезщетяване (осигуряване) – предварително определен пакет от стоки и услуги или парично овъзмездяване до определена горна граница. В практиката обаче се е наложило разбирането, че под „застраховане“ се има предвид доброволно възникващите правоотношения по застраховане, а под „осигуряване“ – застрахователните правоотношения, които възникват по силата на закон (*ex lege*) – социалното осигуряване и задължителното здравно осигуряване. Макар това разграничаване да е практически удобно, то е фактически, а не юридически определено, тъй като не намира никакво основание в съществуващата нормативна уредба. Аргумент в тази връзка са разпоредбите на § 1, т. 5 и 6 от ДР на ЗЗО, които определят термините „здравноосигурителна вноска“ и „здравноосигурителна премия“, като между тях няма никаква друга разлика освен в начина на възникване на застрахователното правоотношение – задължи-

телно по силата на закона или доброволно по силата на договор. Очевидно е, че целта на законодателя не е била друга освен внасяне на терминологична яснота в отграничаването на двата вида здравнозастрахователни правоотношения. Това представлява и допълнителен аргумент за същността на здравноосигурителното правоотношение като застрахователно правоотношение, доколкото в един и същи закон се нормират задължително и доброволно здравно осигуряване, и то не само заради общия предмет – опазване на здравето, но и поради общите правни принципи, на които се изграждат.

Във връзка с гореизложеното следва да се отбележи, че в настоящата си уредба националната здравноосигурителна система се отклонява значително от принципа на равнопоставеност, валиден за всяко гражданско правоотношение, каквото е застраховането, независимо от способа или предпоставките за възникването му. В основата на всяко гражданско правоотношение е равностойната размяна на престации, при която никоя от страните не следва да бъде ощетена за сметка на другата освен при нейното изрично и предварително съгласие за това. Не така стоят нещата обаче при изследваната национална система на здравно осигуряване. От изложението по-долу се налага категоричният извод, че освен че не разполагат с никакъв избор по отношение на възникването на правоотношението по задължително здравно осигуряване, здравноосигурените лица нямат никакво влияние или избор по отношение на размера на здравната вноска или вида и размера на дължимата им насрещна престация при настъпване на осигурителното събитие – нарушаване на здравето. НЗОК и НРД разполагат с неограниченото право всяка година да изменят тези параметри на правоотношението без правна възможност за здравноосигурените лица да се противопоставят на това изменение или да влияят върху изменяните параметри. В този смисъл България регламентира **здравното осигуряване като данък върху доходите**. Здравноосигурителното правоотношение в настоящия си вид и уредба е прикрито данъчно облагане, доколкото правната му природа е на административно правоотношение от конститутивен характер, при което за гражданите възниква императивното задължение да заплащат процент от своя доход под формата на здравно осигуряване при настъпването на законоустановени предпоставки (чл. 34, ал. 1 ЗЗО във вр. чл. 4, ал. 1 и 2 КСО), срещу което получават неясни по своя обхват дейности по лечение (аргумент от § 1, т. 2 ДР на ЗЗО във вр. с чл. 5, т. 9 ЗЗО), определяни от административния орган – министъра на здравеопазването (чл. 45, ал. 2 ЗЗО), министъра на финансите (чл. 54, ал. 1 ЗЗО) и НЗОК (чл. 53 ЗЗО), които освен това са неконстантни, подлежащи на изменение и следователно на възможността за едностранното им намаляване и ограничаване през всяка следваща календарна година. Противоконституционността на тази уредба се определя преди всичко от обстоятелството, че здравното осигуряване е възведено в чл. 52, ал. 1 от Конституцията като основно право на гражданите, а не като основно задължение, както е изрично прогласено по отношение на данъците в чл. 60 от Конституцията. Именно поради това чл. 22, ал. 1 ЗЗО разпорежда императивно, че бюджетът на НЗОК е отделен от държавния бюджет. Подмяната на конституци-

онната същност на здравното осигуряване от субективно право в данъчно задължение впрочем намери своя връх в изричното нарушаване на разпоредбата на чл. 22, ал. 1 ЗЗО с приемането на § 27 от Закона за държавния бюджет за 2011 г. (ДВ, бр. 99 от 2010 г.), съгласно който наличните в края на 2010 г. средства по банкови бюджетни и депозитни сметки на НЗОК в БНБ се превеждат служебно от банката до 31 декември 2010 г. по сметка на централния бюджет, а преведените суми се отчитат като трансфер – вноска за централния бюджет. В кръга на тези средства влиза и натрупаният задължителен здравноосигурителен резерв по чл. 25 ЗЗО, който към края на 2010 г. възлизаше на 1,2 млрд. лв. По своето същество това съставлява **противозаконна национализация** на парите за здравно осигуряване, чийто вносител и собственик не е държавата, а здравноосигурените лица.

Последно уточнение относно методологията – употребата при изследването на термина **здравна услуга вместо медицинска услуга** е във връзка с използвания стандарт за анализ и оценка, а именно позитивното здраве. В Конституцията и закона се регулира стандартът, който трябва да се съблюдава и при нарушаване да се възстановява. Така при преценка за изпълнение на задължението за възстановяване на нарушеното здраве и полагането на дължимата грижа следва да се използва определението за здраве като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие по чл. 2 от Закона за здравето. Използването на всеки друг стандарт за преценка на медицинска, а не здравна услуга би означавало да се допусне изпълнение единствено при престиране на предвидената от съответния законов или подзаконов нормативен акт медицинска услуга, но без да е постигнат най-добрият за здравето резултат, въпреки че е бил медицински възможен. Това би предпоставило изначално ниски стандарти на услугите, които по дефиниция ще са определени не в зависимост от това, какъв е здравният проблем, а какъв е бюджетът, с който здравната каса разполага съответната година за манипулации и медикаменти, или, иначе казано – медицински услуги.

I. НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СИСТЕМА

1. ПРИНЦИПИ

1.1. Конституция

Обществените отношения, свързани със здравето и здравеопазването, са уредени от Конституцията като част от основните права на гражданите. Доколкото съгласно основния закон чужденците, които пребивават в страната, също имат всички права и задължения като гражданите с изключение на правата и задълженията, за които се изисква българско гражданство, следва, че конституционните принципи за защита на здравето обхващат и разпростират действието си не само за българските, но и за чуждите граждани и лицата без гражданство (чл. 26, ал. 2 от Конституцията).

Анализът на конституционната уредба на чл. 52 извежда едва няколко основни принципа, свързани със защитата на здравето като основно право: държавна закрила на здравето (ал. 3) чрез контрол върху средствата за здравеопазване – здравни заведения, лекарства и техника (ал. 5); право на здравно осигуряване (ал. 1); достъп до медицинска помощ (ал. 1) и забрана за принудително лечение (ал. 4).

Субективно право на здраве не е уредено в българската Конституция. Уредено е право на здравно осигуряване, което е съвсем различен вид право.

При това, въпреки че се урежда като право, то *de jure* представлява задължение на гражданите, доколкото е условие за достъпа им до медицинска помощ. В този смисъл е и цялата тълкувателна практика на Конституционния съд, който в различни свои актове последователно прокарва тезата за:

- задължителността, а не доброволността на осигуряването по принцип (Решение № 5 от 29.06.2000 г. по конституционно дело № 4 от 2000 г.);
- условността на защитата на правото на здравно осигуряване като гаранция за достъп до медицинска помощ и безплатно здравеопазване, тъй като то не се счита от категорията универсални права, върху които е недопустима или е силно ограничена държавната намеса, а е от „категорията социални права, които не са право от класически тип и не се ползват с пряка съдебна защита“ (Решение № 2 от 22.02.2007 г. по конституционно дело № 12 от 2006 г.);
- безплатното ползване на медицинско обслужване не е безплатно, доколкото самата Конституция определя различни източници на неговото финансира-

не, само един от които е държавният бюджет, а останалите са от личен и частен ресурс и произход. Така по дефиниция се изключва безплатното ползване на здравни услуги, защото достъпът до тях е гарантиран с минимални изключения само на здравноосигурените лица, които заплащат цената му под формата на здравноосигурителни вноски. Въпреки това в законодателството е въведена възможността за предоставяне на платени здравни услуги в публични здравни заведения дори за здравноосигурени лица. През 2003 г. Конституционният съд е сезиран с искане за противоречие с конституционните принципи на безплатно ползване на медицинско обслужване (чл. 52, ал. 1 КРБ). Съдът приема, че „платената медицинска помощ в публичните здравни заведения не отменя и не накърнява основните права на гражданите, прокламирани в чл. 52, ал. 1 от Конституцията“ (Решение № 11 от 01.07.2003 г. по конституционно дело № 9 от 2003 г.).

Чрез тази своя практика Конституционният съд „оправомощава“ изпълнителната власт с възможността да увеличава, но и съответно, да намалява чрез промяна на законодателството пакета от медицински услуги, които се предоставят безплатно на гражданите, и по този начин да ограничава безконтролно обхвата на безплатната медицинска помощ; като в същото време може да намалява, но и съответно да увеличава размера на задължително дължимите здравноосигурителни вноски независимо от вида и размера на получаваните срещу тях „безплатни“ медицински услуги. По този начин защитата на здравето чрез достъп до здравни услуги се оказва обусловена от конкретната управленска и икономическа конюнктура и финансовите средства, с които лицето, ползващо здравните услуги, разполага.

1.2. Законодателство

На основата на така очертаните от Конституцията, но и от практиката на КС, основни положения в сферата на обществени отношения по здравеопазване е от съществено значение начинът, по който са дефинирани в законодателството (чл. 2 33) принципите за опазване на здравето на гражданите като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие“, които следва да се прилагат от държавата.

Преди всичко в хипотезата на този законов текст е формулирана дефиниция за здраве. Тя дава критерий за тълкуването на уредените в същата норма принципи при евентуалната преценка на законосъобразността на конкретни действия или бездействия на здравните органи, организации и лица по предоставянето на здравни услуги. Част от тази преценка е и съответствието им със законоустановените принципи за опазване на здравето на гражданите. Това съответствие е от особена значимост при упражняване на контрол върху дейността на административните органи в хипотезите на възможност за решаване на въпроса по целесъобразност (оперативна самостоятелност) с оглед на общите принципи на административния процес за съразмерност и по-благоприятни мерки по чл. 6,

ал. 3 от Административнопроцесуалния кодекс (АПК) и за последователност и предвидимост чрез публично огласени критерии, вътрешни правила и установена практика по прилагане на закона и постигане на целите му по чл. 13 от АПК.

Така с оглед на законоустановената дефиниция за здраве като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие може да се направи закономерен извод, че при защита на своите здравни права ползвателите на здравни услуги могат да изискват преценка на последиците спрямо тях не само досежно физическия и психическия им статус, но и по отношение на ефекта върху икономическото им състояние.

С други думи, здравните услуги, които се предоставят, следва да подлежат на оценка както от администрацията, така и при спор пред съд не само относно тяхната резултатност, но и относно тяхната цена.

Измежду принципите за опазване на здравето, определени в закона, онези от пряко значение за упражняване на индивидуална защита на правата на лицата, ползващи здравни услуги, са принципите на: равнопоставеност, достъпна и качествена помощ и особена закрила за определени категории лица (деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства) – принципи, поставящи сравнително високи критерии при преценка на качеството на предоставяните здравни услуги.

По-нататък в същия закон обаче са въведени и принципи за прилагане на принципите като гаранция за упражняване на правата. Например чл. 81, ал. 2 33 урежда, че правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на принципите на: 1) своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ; 2) равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година; 3) сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения; 4) зачитане правата на пациента.

Така конкретните права на пациентите – ползватели на здравни права, са изброени в закона (чл. 86 33) по начин, който не предпоставя наличието на ясна концепция, кое е насрещното задължение, което кореспондира на всяко право, и в чия тежест е осигуряването на неговото изпълнение. Например прогласено е правото на зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните права на пациента, но от нормата не може да се изведат конкретните проявления на това право – как точно се осъществява „зачитането“ на политическите или пък културните права на пациента при предоставянето на медицинска помощ. Или по какъв начин се полагат медицински грижи за определен пациент в общността, в която живее, ако той е пожелал това.

Във връзка с това значение има вторичното законодателство, приемано въз основа на закона, с което всъщност се създават правилата за приложение на посочените принципи и права на пациентите ползватели в чл. 82 33. Това му значение придобива особена тежест с оглед възможността не само за развитие на

тези права, но и за тяхното фактическо и юридическо ограничаване и извращаване в разрез със съдържанието на самото прогласено право. Така с изменение в началото на 2011 г. (ДВ, бр. 5 от 14.01.2011 г.) в Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ (НОПДМП) бе допусната юридически възможността за т.нар. избор на екип срещу заплащане с фиксирана горна граница на цената за този избор. По този начин изрично бе продължена и разширена налагащата се тенденция от неприкрито ограничаване към цялостна отмяна на основното право на безплатно ползване на медицинско обслужване, прогласено като принцип в чл. 52, ал. 1 от Конституцията. От една страна, законът задължава всички граждани и физически лица, пребиваващи в България, задължително да се осигуряват, като императивно определя размера на тяхната здравноосигурителна вноска, а от друга страна, непрекъснато ограничава и стеснява кръга на медицинското обслужване, което се предоставя срещу тази вноска, като легализира заплащането на здравни услуги, които съгласно приетите и възведени в Конституцията и закона принципи на здравеопазването би следвало да са напълно безплатни. По този начин с вторичното законодателство чрез приемане на подзаконов нормативен акт се нарушава експлицитно принципът на равнопоставеност при оказване на медицинската помощ по чл. 81, ал. 2, т. 2 33, тъй като достъпът до избор на лекар и екип се поставят – за пореден път – в зависимост от финансовите възможности на здравноосигуреното лице да заплати за този избор.

Някои от изброените в чл. 82 33 права имат пряко значение относно вида, обема и качеството на медицинските услуги, които пациентът ползвател би могъл да изисква при получаването им.

Измежду тях ключово е правото на запознаване на достъпен език с правата и задълженията, които има като пациент. Това право е от особена важност, тъй като то създава насрещно задължение такава информация да бъде изготвена, разпространена и достъпна за всеки, който пожелае да се информира. Понастоящем такава информация се намира на интернет страницата на НЗОК. В началото на 2010 г. бе направена информационна кампания чрез изпращане на sms съобщения до потребителите на мобилни телефонни услуги за възможността всеки да се запознае с правата си като пациент на тази страница. Следва да се отбележи обаче, че при данните за достъп на населението в страната до интернет и по-специално на онази част от него в по-горните възрастови категории, които са преобладаващата група пациенти, този подход търпи известна критика относно неговата практичност. Интересни биха били и резултатите относно ефективността на информационната кампания (ако такива са отчетени), като се съпоставят цената, заплатена на националните мобилни оператори, и броят на направените след нея влизания в интернет страницата на НЗОК в частта с правата на пациента, както и средното времетраене на престоя в нея.

Независимо от това препоръчително е да се разнообразят информационните способности и освен в интернет информацията да бъде разпространена под фор-

мата на брошури, листовки и други подобни при личните лекари и лечебните заведения, а така също и чрез устни разяснения на кампаниен принцип към групи пациенти, които поради възраст, етнос, грамотност и други особености биха били затруднени да получат и възприемат информацията за правата си по традиционните способности. Накрая, необходимо е да се приемат методи за оценка на резултатността на кампаниите, които освен от икономическа гледна точка имат значение и при юридическата преценка на изпълнението на насрещното задължение на държавата чрез нейните органи да осигури реализацията на правото на информираност на ползвателите на здравни права.

От останалите права, изброени в закона (чл. 86 33), конкретно приложение при ползването на здравни услуги имат:

- правото на повече от едно медицинско становище относно поставената диагноза, прогнозата за развитието на болестта и предписаното лечение (второ мнение);
- правото на информация за цената на всяка една медицинска услуга, манипулация, лечение и лекарствените продукти в извънболничната и болничната помощ (защита от измама, изнудване и подкуп);
- достъп до модерни методи на лечение, а не само до наличните в конкретното лечебно заведение;
- предотвратяване на болката и страданието по време на лечението, доколкото е възможно – при това не само физическото страдание, но и емоционални вреди (хуманно третиране);
- достъп до медицинската документация, свързана със здравословното състояние (контрол върху здравния статус);
- защита на данните за здравословното състояние (конфиденциалност).

Поради значимостта на благата, гарантирани чрез изричното регламентиране на тези права, е наложително пациентите да бъдат не само задължително информирани, но и да им бъде разяснено съдържанието на всяко право, както и способите, чрез които може да го осъществяват на практика. Дори интернет страницата на НЗОК¹ обаче не съдържа обяснения и практически съвети относно възможните процедури, а единствено изброява горепосочените права като номенклатура, без да навлиза в повече подробности. Прави също така впечатление обстоятелството, че са пропуснати някои от правата, изброени в чл. 86 33, разгледани по-горе, поради очевидната им несъстоятелност, но и че са добавени права, които не са изрично посочени в закона – например правото на отказ от лечение, което е възведено като субективно право в чл. 52, ал. 4 от Конституцията.

¹ Вж. <http://www.nhif.bg/bg/default.phtml?w=1280&h=994>

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО И ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Здравната система в България се финансира от внесените от физическите лица (ползватели на здравни услуги) застрахователни премии, или, както законът ги нарича, здравноосигурителни вноски. Източниците на финансиране са два вида – задължително и доброволно здравно осигуряване.

Задължителното здравно осигуряване е константно по всеобхватността по задължените лица (аргумент по чл. 35 ЗЗО) и размера на дължимата застрахователна премия, която се внася (аргумент по чл. 40 ЗЗО), но е променливо по отношение на правата, които държавата дължи на тези лица, когато възникне застрахователното събитие заболяване и необходимост от ползване на здравни услуги. Законът (чл. 4 ЗЗО) определя, че единственото, което се гарантира чрез задължителното здравно осигуряване, е свободен достъп до медицинска помощ, която обаче е ограничена по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности. Тоест, независимо че всички пълнолетни лица над 18 години с минимални изключения (чл. 40, ал. 1, т. 4 и 8, ал. 2 и 3 ЗЗО) са длъжни да се осигуряват – сами или чрез работодател – в определен от държавата размер на осигурителните вноски, те нямат никакъв контрол или избор върху пакета от здравни услуги, които ще получават. Този обем се определя като основен пакет с наредба на министъра на здравеопазването (чл. 45, ал. 2 ЗЗО), иначе казано, изпълнителната власт определя обема на здравни услуги, които могат се ползват срещу задължителните парични осигурителни вноски. Така ползвателите на здравни услуги имат яснота единствено какво е тяхното задължение, което им е вменено, а не е техен избор, но нямат представа какво ще могат да получат като насрещно право в замяна на изпълнението – аргумент и от чл. 35, т. 1 ЗЗО. Единствено гарантирани са им определени права, като правото на спешна помощ или на помощ при бременност и раждане², но те са гарантирани (с оглед защитата на правото на живот) и по отношение на здравнонеосигурените лица, неизправни длъжници.

Впрочем този извод се потвърждава с особена яснота от разпоредбата на чл. 36 ЗЗО, който урежда случаите на възникнала необходимост за ползване на здравни услуги извън България. Независимо от изправността им по здравноосигурителното правоотношение законът разпорежда изрично, че задължително осигурените лица имат право да получат частично или напълно стойността на направените разходи за медицинска помощ в чужбина само когато са получили предварително разрешение за това от НЗОК, както и че такова разрешение се дава само за видовете медицинска помощ, която не се извършва в страната. Това на практика означава, че здравноосигурените лица, ако се намират в чужбина, имат право да се разболяват само от предварително разрешени заболявания. Това право също така включва правото да заплатят за получената в чужбина

² Така също и правото на психиатрична помощ, задължително лечение и изолация, трансплантация, преливане на кръв и експертизи за неработоспособност (чл. 82 ЗЗО).

медицинска помощ, ако разполагат със средства за това, и едва впоследствие правото да потърсят възстановяване – пълно, но е възможно и само частично – на направените разходи; но най-вече да получат медицинска помощ в чужбина само ако естеството на помощта е от вид, който не се предлага в България. Казано другояче, счупената в Германия ръка може да бъде гипсирана само в България, иначе разноските остават за сметка на ползвателя на здравната услуга.

Доброволното здравно осигуряване, от друга страна, макар и уредено в ЗЗО, представлява обичаен застрахователен договор, чийто предмет е обезпечаване на здравни услуги и стоки извън обхвата на задължителното здравно осигуряване по принцип, макар че законът допуска и стоки и услуги, които са в този обхват. Законът изрично определя отликата му от задължителното здравно осигуряване чрез извеждане на принципа на доброволност при сключването му с писмен договор между равнопоставени съконтрагенти. Единственото ограничение, което се налага, е по отношение на страната – здравноосигурително дружество, която следва да бъде акционерно дружество, регистрирано с предмет на дейност само доброволно здравно осигуряване, и да е лицензирано (чл. 83 ЗЗО). Самоосигуряващи се лица могат да бъдат както физически, така и юридически лица, работодатели, членове на семейства и други осигуряващи, които осигуряват за своя сметка физически лица. Приложимите разпоредби по отношение на здравноосигурителните договори са тези на Търговския закон и Кодекса за застраховането. Следва да се отбележи, че уредбата на доброволното здравно осигуряване следва класическото застрахователно правоотношение с ясни определени права и задължения за всяка от страните, сключено при свободна воля и право на избор на насрещна страна.

3. ОРГАНИ И ОРГАНИЗАЦИИ. ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, УСЛУГИ И СТОКИ

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е административният орган, който управлява системата по здравеопазване в България, доколкото управлява като част от нейния бюджет финансите, заделени годишно за покриване на разходите по медицинската помощ (чл. 22, ал. 2 ЗЗО). Тези разходи по вид и размер, или, иначе казано, какви медицински услуги ще могат да се ползват и в какъв обем, се определят отново от НЗОК при проектирането на бюджета и на годишна база. НЗОК осъществява и събирането, обработката и контрола на отчетите на лечебните заведения за болнична помощ. Така НЗОК определя всяка година кои здравни услуги ще са достъпни за ползвателите и до каква обща годишна стойност/цена, а също контролира по административен път тяхното предоставяне. НЗОК има и водеща роля (чл. 54 ЗЗО) при формулирането на подробната номенклатура от медицински дейности и техните цени, които се включват в Националния рамков договор (НРД).

Националният рамков договор е договарян между администрацията, от една страна – НЗОК, министъра на здравеопазването (чл. 54, ал. 7 ЗЗО), Агенцията за

икономически анализи към МФ (чл. 55а 330) и Консултативния съвет към МФ (чл. 55б 330, Заповед № 3МФ-845 от 18.06.2008 г.), и от друга страна, представителите на съсловните организации – Български лекарски съюз (чл. 54, ал. 1 330) и Български зъболекарски съюз (чл. 54, ал. 2 330), които представляват интересите на т.нар. изпълнители на медицинска помощ.

Изпълнители на медицинска помощ са лечебните заведения (по Закона за лечебните заведения) и националните центрове по проблемите на общественото здраве (по Закона за здравето). Това са доставчиците на здравни услуги за ползвателите на здравни услуги. Те предоставят тези здравни услуги, които са предварително договорени от тях в Националния рамков договор (аргумент по чл. 59а 330) и за предварително определена, отново от тях, цена (аргумент по чл. 55 в във връзка с чл. 55а, ал. 2 330). При това, освен че определят вида и цените на услугите, които ще предоставят по това договаряне, по аргумент на гореизложеното изпълнителите на медицинска помощ имат за насрещна страна не ползвателите на здравни услуги, а държавната здравна администрация.

Участието на един представител на представителните организации за защита правата на пациентите в Надзорния съвет на НЗОК (чл. 13 330) не е достатъчна гаранция за равнопоставеността на ползвателите на здравни услуги в този процес. От една страна, той се явява в малцинство измежду останалите членове, които представляват противоположни интереси – на работодателите, съсловните организации и на държавата, а от друга страна, такъв представител може да бъде излъчен само от онези пациентски организации, които са признати за представителни от министъра на здравеопазването по ред и критерии, определени от него (чл. 86в 33). Сходни са правата, разписани за Обществения съвет по правата на пациента към министъра на здравеопазването (чл. 86б 33), които са свързани с наблюдение, анализ и становища по практиката и законодателството, но които не включват възможност за становище или предложения към Националния рамков договор или Агенцията за икономически анализи към МФ относно услугите и техните цени.

Уредбата на здравната администрация и нейните правомощия предполага неизбежност на споровете между нея и ползвателите на здравни услуги заради изключването им от договарянето на параметрите на предоставяната здравна помощ, чиито получатели в крайна сметка са именно те. Това проличава особено от стандартната клауза в самия НРД³, че предмет на договора са правата и задълженията на НЗОК, изпълнителите на медицинска и дентална помощ и задължително здравноосигурените лица. Последните обаче не са представлявани и не волеизявяват съгласие под никаква форма при подписването на НРД. Съпоставката между договорите, сключвани на основание НРД между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ, с договорите в полза на трети лица е неизбежна и при това положение е налице неделимост на поетото в договорите спрямо тях като бенефициери задължение, както и че установеното спрямо тях неизпълнение на договора предполага цялостното му разваляне. В този сми-

³ Чл. 1, ал. 1, т. 5 НРД за 2010 г.

съл е и съдебната практика⁴ по алеаторни договори в полза на трети лица, която приема, че при формиране на изводите на налично значимо неизпълнение следва да се отчитат социално-битовите и нравствено-етичните елементи, проявяващи се в отношенията между обещаателя и ползващите се от договора, както и че временният отказ на кредитора (в случая НЗОК) да даде необходимото съдействие за изпълнението (да финансира здравните услуги) не освобождава длъжника (изпълнителите на медицинска помощ) от задължението по алеаторния договор. В противен случай е налице неизпълнение на договора, което обуславя развалянето му с придадено от закона обратно действие – чл. 87, ал. 3 и чл. 88, ал. 1 ЗЗД.

В този смисъл с оглед възможността да бъдат принудени под заплахата на отговорност за неизпълнение да предоставят медицинска помощ, без да е налице изпълнение от страна на кредитора НЗОК, за изпълнителите на медицинска и дентална помощ е налице отговорността да изпълнят задълженията си по договора към здравноосигурените лица независимо от финансирането. Те обаче също така разполагат с правото на регресен иск към НЗОК за неоснователно обогатяване по чл. 59 ЗЗД, включително и правото да развалят договора (НРД) по принудителен ред.

4. ПРАВА НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ И ЗДРАВНОНЕОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА

Както бе отбелязано по-горе в т. 2, задължението за здравно осигуряване е всеобхватно по субекти и начален момент (чл. 33 и сл. ЗЗО). Правата, които здравноосигурените лица получават като насрещно задължение по застрахователното правоотношение, включват най-общо медицинска помощ в обем на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК; правото да избират общопрактикуващ лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, но само ако е сключило договор с РЗОК; правото на спешна помощ там, където попаднат; да получават информация за достъпните изпълнители на медицинска помощ, както и да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите.

Здравнонеосигурените лица са лишени дори от тази указана възможност. Бидейки здравнонеосигурени и извън обхвата на правата по чл. 33 и сл. ЗЗО, те са изключени от правото да обжалват неизпълнение на доставчика на здравна услуга, когато въпреки техния статус на здравнонеосигурени такава все пак им се дължи (чл. 82, ал. 1 ЗЗ), ако предоставената услуга е била непълна, неточна или забавена.

Здравнонеосигурените лица по аргумент на противното от чл. 35, т. 5 ЗЗО имат право да обжалват само нарушение на закона във връзка с цялостен отказ

⁴ Определение № 62 от 05.11.2008 г. по гр.д. № 3344 от 2008 г., III Г.О. на ВКС.

да им бъде предоставена изобщо здравна помощ дори в дължимия за тях минимален обем. Само във втория случай е налице нарушение на закона. Непълното, неточното или забавеното изпълнение обаче представлява не закононарушение, а неизпълнение, което по дефиниция е налице на договорна основа. Ако се приеме, че договорът на изпълнителя на медицинска помощ с НЗОК е договор в полза на трето лице – здравноосигурените лица, то единствено те и само те биха имали възможност да обжалват пред РЗОК непълно, неточно или забавено изпълнение на дължимата им медицинска услуга наред с пълното неизпълнение. Здравнонеосигурените лица нямат право на такава жалба, независимо че е възможна непълнота, неточност или забава в предоставянето на минималните медицински услуги, на които имат право. От вида на тези услуги обаче, а именно: помощ при спешни състояния, акушерска помощ, психиатрична помощ, осигуряване на кръв и кръвни продукти, трансплантация на органи, тъкани и клетки, задължително лечение и задължителна изолация, както и експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност, е очевидно, че се касае за медицинска помощ и услуги, които са от животоспасяващ характер или които са свързани с правото на пенсия по инвалидност поради общо заболяване независимо от осигурителния стаж. Непълното, неточното или забавеното изпълнение при животоспасяващи медицински процедури е с възможни крайно неблагоприятни последици, включително летален изход.

II. ВИДОВЕ КОНТРОЛ И ЗАЩИТА

1. АДМИНИСТРАТИВЕН КОНТРОЛ

1.1. РЗОК

Доколкото не са изрично разписани в нормативен акт и следователно ограничени по предмет, контролните правомощия на директора на РЗОК са изключително широки и ограничени единствено по въпросите, които изрично са придадени в правомощията на друг административен орган, например Изпълнителна агенция „Медицински одит“ или Държавната финансова инспекция, както и въпросите от изключителна компетентност на директора, надзорния съвет и други органи на НЗОК (чл. 15 и чл. 19, ал. 7 ЗО вр. чл. 6 ПУДНЗОК). Като се има предвид, че контролните правомощия на последните органи по принцип се отнасят до организационните и финансовите аспекти на дейността по здравно осигуряване, следва, че контролът по същество върху достъпа и реализацията на правата на ползвателите на здравни услуги е от компетентността на РЗОК.

Така обхватът на административен контрол, упражняван от директора на РЗОК по реда на чл. 35 ЗЗО, включва както жалби против изпълнители на медицинска помощ – първична (центрове за спешна помощ – по аргумент от чл. 35, т. 3 ЗЗО, МБАЛ, общопрактикуващи лекари, аптеки и др.) и специализирана (клиники, специализирани кабинети и центрове, лаборатории, стоматолози и др.), така и по отношение на техни действия и бездействия, и по медицинските и финансовите им аспекти. Това е и единственият законоустановен способ за пациентите да сезират органа за административен контрол при нарушения на гореизброените им субективни права: право на второ мнение, защита от измама, изнудване и подкуп, избор на лекар и лечение, хуманно третиране, контрол върху здравния статус и конфиденциалност, включително и когато преценяват, че правата им са били нарушени поради неизпълнение на общото им право на информация.

Макар начинът на сезиране на директора на РЗОК по чл. 35 ЗЗО да е дефиниран като „жалба“, всъщност се касае за започване на административно производство за установяване на административни нарушения и налагане на административни наказания по Закона за административните нарушения и наказания (ЗАНН). Съгласно чл. 6 ЗАНН административно нарушение е това деяние (действие или бездействие), което нарушава установения ред на държавното управление, извършено е виновно и е обявено за наказуемо с административно нака-

зание, налагано по административен ред. Тоест нарушител може да бъде всяко физическо лице. Отговорността на юридическите лица и административните органи е изключена, но тя съществува под косвена форма, като се има предвид, че визираща действията или бездействията на физическите лица, които са управлявали, представлявали или извършвали дейност в полза на юридическото лице или административния орган (аргумент по чл. 24, ал. 2 ЗАНН), и особено когато се изразява в лишаване на право на упражняване на професия. С оглед задължителния, а не договорен характер на здравноосигурителното правоотношение, както и смесения състав на Националния рамков договор, който съдържа както административни, така и облигационни елементи, ЗАНН се явява приложимият закон.

Видовете решения, които са възможни при упражняването на контрола от директора на РЗОК, са налагане на административна санкция – глоба, лишаване от право на упражняване на професия и обществено порицание (чл. 13 ЗАНН), и налагане на принудителни административни мерки (чл. 22 ЗАНН). Принудителните административни мерки на основание чл. 23 ЗАНН, ако не са определени в специалния закон, чието нарушение се санкционира, следва да бъдат определяни по систематично тълкуване и във връзка с чл. 97 АПК. Така те могат да включват както отмяна на незаконосъобразни или нецелесъобразни действия или бездействия (напр. отмяна на неправомерно записване в пациентска листа на общопрактикуващ лекар без знанието на здравноосигуреното лице), така и разпореждания, с които се определят правата или задълженията и начинът и срокът за изпълнението им (напр. разпореждане за извършване на преглед за документирана преценка относно индикации за хоспитализация). Наред с принудителните административни мерки директорът на РЗОК при упражняване на своя административен контрол разполага с компетентността да налага и административни наказания, определени в специалните закони – ЗЗ, ЗЗО, ЗЛЗ и др., а така също и предвидените в Националния рамков договор. Когато нарушението, което се претендира, не касае нормативна или договорна разпоредба, а неетично отношение от страна на изпълнител на медицинска помощ, директорът на РЗОК не разполага с компетентност, а следва да препрати жалбата до етичната комисия на съответната съсловна организация – БЛС или БЗС.

В чл. 6, ал. 2 ЗЗО районните здравноосигурителни каси са уредени като териториални поделения на НЗОК със седалища, които кореспондират на административно-териториалното деление на страната. Не съществуват обаче изрично разписани в правилник или друг подзаконов нормативен акт правила, по които РЗОК да осъществява своята административнонаказваща дейност. Правилникът за устройството и дейността на НЗОК (чл. 6, т. 6 ПУДНЗОК) предвижда създаването на правила за устройството и дейността на РЗОК, но до този момент такъв подзаконов акт не е приет. Така при установяване на административните нарушения директорът на РЗОК ще следва да прилага правилата на чл. 36 и сл. ЗАНН. Административнонаказателните производства по дефиниция са двустепенни и

изискват сложен фактически състав от два индивидуални административни акта – установяване на нарушението – констативен акт, евентуално съпътствано от разпоредителна част за налагане на принудителни административни мерки, и определянето на административната санкция – наказателно постановление.

ЗАНН обаче е общ закон и не отразява спецификата на административните нарушения на здравните права, за които тази двустепенност може да се окаже допълнително забавяне в случаите, когато на риск са изложени животът или здравето на ползвателя на здравната услуга. Самата процедура по установяване на нарушенията по ЗАНН възпроизвежда, макар и в по-лека степен, процесуалните гаранции на наказателното производство в полза на нарушителя – в случая изпълнителя на медицинска помощ. Правната логика обаче сочи, че в случая допълнителната защита трябва да е в полза на ползвателя на здравни услуги с оглед вида на засегнатото благо – живот и здраве и презумирания отказ на необходима и дори неотложна помощ. Законът определя специални органи, в чиито правомощия влиза установяването съответно на финансови нарушения – финансови инспектори (чл. 73 ЗЗО), и на нарушения, свързани с оказването на медицинска помощ – лекари контролори (чл. 74 ЗЗО), които извършват проверките и констатациите по жалби на ползвателите на медицински услуги. Като орган по установяване на нарушения ползвателите на здравни услуги могат да сезират и Изпълнителната агенция „Медицински одит“ (чл. 116, ал. 1, т. 6 и 7 ЗЗ).

Облекчената процедура по съставяне на актовете за констатиране на нарушения, с които завършва първата фаза на административнонаказателното производство (чл. 74, ал. 3 вр. чл. 73, ал. 4 ЗЗО), е правилен законодателен подход. Законът обаче ограничава обхвата на проверките по подадени жалби до 2% (две на сто) от изпълнителите на медицинска помощ на всяка РЗОК (чл. 74, ал. 2 ЗЗО). При тълкуване на закона от изказа на нормата „по подадени жалби чрез внезапни проверки на случаен принцип на 2 на сто от изпълнителите на медицинска помощ от обхвата на всяка РЗОК“ не става ясно дали се касае за задължителни проверки на случаен принцип, или по-скоро за максимален, горен праг за тези проверки по подадени жалби до директора на РЗОК. Освен това не е ясен и методът за определяне на процента проверки и кои са обективните причини, определили този процент на 2 на сто вместо например 5 на сто или 50 на сто от подадените жалби. Подобно ограничаване на възможността на ползвателите на здравни услуги да стартират административно производство няма аналог при други административни производства в националното законодателство.

По отношение на санкциите, които се налагат в административнонаказателните производства, следва да се отбележи, че са определени най-леките възможни наказания, когато се касае за нарушение, засягащо правата на ползвател на здравна услуга (чл. 103 и сл. ЗЗО). Предвидените наказания са изключително от вида „глоба“ и са в минимални размери, дори при повторност на нарушението. Например на длъжностно лице на работодател или работодател, който не предостави информация, дължима по закон, или дава невярна информация за

осигурителните си отношения с НЗОК, определената глоба е от 500 до 1000 лв. за физическите лица с имуществена санкция от 500 до 1000 лв. за едноличните търговци и с имуществена санкция от 2000 до 4000 лв. за юридическите лица. Съвсем различен е подходът, когато става въпрос за санкциониране на извършването на неразрешена медицинска дейност или дейност в нарушение на установените условия и ред, които се санкционират без оглед на настъпването или ненастъпването на вреден резултат за ползвател на здравна услуга (чл. 222–228а 33). Разликата в налаганите имуществени санкции „глоби“ е значителна както по отношение на минималния размер – от 10 000 лв., така и по отношение на максималния размер – до 20 000 лв. Освен тази разлика при нарушенията на установения ред е предвидено като санкция лишаване от право да се упражнява професия за определен период от време.

2. СЪДЕБЕН КОНТРОЛ

2.1. Административни съдопроизводства

2.1.1. Съдебен контрол върху актовете на директора на РЗОК

От гледна точка на защитата на ползвателите на здравни права от значение е само съдебното производство по проверка на онези актове на директора на РЗОК, които са постановени по жалби, заведени по реда на чл. 35 330 (подробно разгледани по-горе, вж. част II, 1. Административен контрол, т. 1.1.), т.е. единствено актовете, с които са наложени санкции по оплакване от ползвател на здравна услуга за нарушение, извършено спрямо него от изпълнител на медицинска помощ – лекар, болница и др. Доколкото няма нарочни разпоредби в специалните закони, редът за обжалване на актовете на директора на РЗОК е по чл. 59 и сл. ЗАНН. Аргумент в подкрепа на този извод са разпоредбите на чл. 108, ал. 1 330 и чл. 236 33.

Така установената липса на специални разпоредби, които да отговарят на специфичните цели и нужди за защита на здравни права, налага извода, че сегашната обща уредба на този съдебен преглед се явява непригодна да предостави ефективна защита на пациентите при оплакване от нарушения, тъй като страда от няколко съществени порока, а именно:

а) Изрично до съдебен контрол са допуснати единствено наказателните постановления, с които се налага санкция, следователно – правен интерес от обжалването по дефиницията на закона е признат единствено за нарушителя, но не и за пациента. Ако от гледна точка на общите принципи на ЗАНН това положение е оправдано и наличие на правен интерес от обжалването се приема само за онзи, комуто е наложено наказание, то в областта на защита на здравните права това положение търпи силна критика, когато се отнася до нарушение, причиняващо опасност от вреда или претърпяна вреда на здравето поради отказ от лечение,

непълно или неправилно лечение. Очевидна е приликата с определени състави от Наказателния кодекс, като злепоставяне (чл. 138 и чл. 141, ал. 3 НК) и телесна повреда (чл. 128, ал. 2, чл. 129, ал. 2 и чл. 130 НК), особено като се има предвид изборът на законодателя да прилага разпоредбите на наказателните производства за съдебния контрол, осъществяван от наказателните състави на районните съдилища (аргумент от чл. 59, ал. 1 ЗАНН).

6) Констативните актове, с които се установяват нарушения по дефиниция, не подлежат на самостоятелен съдебен преглед, а контрол от съда върху тях се упражнява единствено косвено при съдебната проверка на наказателното постановление, издадено на негова основа (аргумент от чл. 59, ал. 1 ЗАНН). Значимостта на констативния акт обаче е основополагаща в административно-наказателните производства, доколкото само при съставен акт за установяване на нарушение производството може да продължи и да се развие към издаването на наказателно постановление за налагане на санкция. Освен това съдържащите се в констативния акт констатации предопределят вида и размера на налаганата санкция. Поради това начинът, по който се установяват фактите и обстоятелствата, за да се обоснове или откаже издаването на констативен акт, е от съществено значение за защитата на пострадалите от нарушението ползватели на здравни услуги. За онези нарушения, които засягат правата на физическите лица, в закона се определят два вида актосъставители, съответно лекари контрольори, когато се касае за контрол върху вида и обема на оказваната медицинска помощ (чл. 74 ЗЗО), и финансови инспектори, когато проверката е относно финансови нарушения при оказването ѝ (чл. 73, ал. 1, т. 4 ЗЗО). Процедурата, по която се съставя актът за установяване на нарушение, макар и изрично уредена в специалния закон (чл. 74, ал. 3 вр. чл. 73, ал. 4 ЗЗО), по същество възпроизвежда правилата на чл. 43–44 ЗАНН, като изключим по-краткия срок за произнасяне от директора на РЗОК по налагането на санкция – 14-дневен (чл. 74, ал. 3 ЗЗО), в сравнение с общия едномесечен срок по чл. 52, ал. 1 ЗАНН. Вън от това по-благоприятно разрешение на специалния закон обаче следва да се отбележи липсата на възпроизвеждане и на далеч по-важната разпоредба на чл. 40, ал. 1 ЗАНН, съгласно която актът за установяване на нарушението се съставя в присъствието на свидетели, които са присъствали при извършването на нарушението – в случая ползвателите на здравни услуги, по чието оплакване е стартирано производството. Не е обосновано защо законодателят е избрал изрично да преповтори общите разпоредби относно връчването на акта, които гарантират правата на нарушителя, а да пропусне тези, които, освен че са в полза на установяването на обективната истина, представляват гаранция за възможността на пострадалия от нарушението ползвател на здравна услуга да заяви по надлежния ред фактите и обстоятелствата, които според него са нарушили правата му, и то по процесуален способ, който да ги направи годно доказателство, с което наказващият орган да бъде длъжен да се съобрази. Въпреки общата препращаща норма на чл. 108, ал. 1 ЗЗО към правилата на ЗАНН, остава неизказана приложимостта и по-съществено задължителността на чл. 40, ал. 1

ЗАНН, особено в контекста на предимството на специалния пред общия закон – *lex specialis derogat legi generali*.

в) Изричните или мълчаливи откази да се издаде констативен акт или наказателно постановление подлежат на обжалване по общия ред на АПК (чл. 145, ал. 2 вр. чл. 149, ал. 2 АПК и чл. 120, ал. 2 от Конституцията). Общият ЗАНН не урежда възможност за обжалване на издаваните констативни актове (вж. горе буква б). Проблемът обаче не е толкова в липсата на самостоятелен съдебен контрол върху констативните актове, която в известна степен се преодолява с упражнявания косвен съдебен контрол, колкото в обстоятелството, че както общият ЗАНН, така и специалните закони никъде не уреждат изрично възможността за пострадалите от административно нарушение ползватели на здравни услуги да обжалват отказа – изричен или мълчалив – да се издаде такъв констативен акт като предпоставка за ангажирането на административната отговорност на нарушителя – изпълнителя на медицинска помощ. Така ползвателите на здравни услуги са оставени в неведение относно съществуващата възможност такъв съдебен контрол да бъде упражнен по принцип на основание Административнопроцесуалния кодекс, който урежда най-общите процесуални правила на административните производства и съдебния контрол върху тях, които са приложими във всички случаи, когато не са били уредени в други специални закони. Редът за обжалване на изрични и мълчаливи откази в АПК е уреден в чл. 145, ал. 1, т. 1 вр. чл. 58, ал. 1 АПК, като при първите в контекста на правата на ползвателите на здравни услуги ще се обжалва изричният отказ на директора на РЗОК да издаде констативен акт с мотиви липса на установено нарушение или на наказателно постановление. В практиката обаче такава хипотеза е по-скоро изключение, отколкото правило и в мнозинството от случаите ползвателите на здравна услуга ще са изправени пред мълчалив отказ – непроизнасяне в предвидения от закона срок. При това липсата на произнасяне трябва да касае неиздаването на наказателното постановление, а не на констативния акт, тъй като само при тях може да се обоснове правен интерес от обжалването за пострадалия ползвател с оглед на неговото имуществено (обезщетение) и морално (санкцията) удовлетворение. Проблемът произтича от това, че при тази уредба в закона липсата на съставен констативен акт, т.е. актосъставителите са приели независимо от фактите, че няма нарушение – за пострадалия ползвател на здравна услуга не съществува способ да се отнесе до съд и да оспори тези изводи. А ако той с оглед на това положение реши да обжалва отказа за издаване на наказателно постановление – доколкото то може да бъде издадено само ако е налице констативен акт за установено нарушение, изричният или мълчаливият отказ за издаване на наказателно постановление ще бъде всякога приет от съда като законосъобразен, при положение че липсва констативен акт поради липсата на законоустановената предпоставка за издаването му. При така установената обща нормативна уредба на АПК за ползвателя на здравна услуга се създава ситуация на отказ от правосъдие, в която защитата на правата му е поставена в зависимост от поведението на административен орган, чието бездействие винаги се приема за законосъобразно по силата на самия закон.

г) Ползвателят на здравна услуга, по чийто сигнал по реда на чл. 35 ЗЗО е наложена санкцията, не може да се конституира като жалбоподател пред съда поради липса на правен интерес, независимо че е недоволен от вида или размера на наложеното наказание, освен ако не е поискал обезщетение като пострадал по реда на чл. 45 ЗАНН за причинените му вреди. Единствено тогава неговото участие на съдебна фаза е гарантирано, но с право да ангажира доказателства и да релевира доводи само по отношение на определеното обезщетение, но не и по отношение на наложеното наказание. Във връзка с това отново следва да се преповторят изводите, направени по-горе в буква а), за законодателно изравняване на статуса на пострадалия от административно нарушение с този на пострадалия от престъпление и създаването на правна фигура, която да позволява на ползвателя на здравни услуги да участва активно в съдебна фаза по проверката на наложената санкция (чл. 59 и сл. ЗАНН) досежно нейния вид и размер, ако намира същата за неудовлетворителна или фактически оневиняваща нарушителя независимо от това, дали е потърсил обезщетение за нанесените вреди, или не. В НПК тази възможност е гарантирана като пострадалият от престъпление има възможност да участва активно в съдебната фаза на наказателния процес в качеството си на частен обвинител спрямо определянето на присъдата независимо от това, дали е завел иск за обезщетение на претърпените имуществени и неимуществени вреди в качеството си на граждански ищец (чл. 76 вр. чл. 84, ал. 1 НПК).

д) Срокът за конституиране като пострадал до издаване на наказателното постановление е преклузивен (чл. 45, ал. 1 ЗАНН) и за него ползвателят е длъжен да се уведомява и да следи сам, тъй като директорът на РЗОК не е задължен да го уведомява за развитието на административнонаказателното производство. Както бе изложено по-горе, единственият способ на пострадалия от административно нарушение ползвател на здравна услуга да участва в съдебния контрол върху наложеното на нарушителя наказание е като се конституира като поискал обезщетение (аргумент по чл. 59, ал. 2 ЗАНН). Начинът да го направи е чрез искане до наказващия орган – директора на РЗОК, за обезщетяване на причинените му вреди. Срокът за това искане е преклузивен и се определя в отрязъка от време между съставянето на констативния акт до издаване на наказателното постановление, т.е. при тълкуване на нормите на ЗАНН този срок е максимум 28 дни (чл. 44, ал. 3 ЗАНН вр. чл. 74, ал. 3 ЗЗО). Следва да се има предвид обаче принципната възможност пострадалият ползвател на здравни услуги да не узнае своевременно, че е бил съставен констативен акт заради незадължителното му участие при проверката, извършвана от актосъставителите по фактите и обстоятелствата на нарушението (вж. по-горе буква б). Липсата на задължение на актосъставителя да уведоми пострадалия от административно нарушение ползвател на здравни услуги за издаването на констативния акт предполага почти неизбежното пропускане на срока за подаване на искане за обезщетение, доколкото пострадалият няма да знае, че този срок вече тече, нито от кой начален момент.

е) Максималният размер на обезщетението за причинени от нарушението вреди е 2 (два) лева (чл. 45, ал. 1 ЗАНН). Дори ако се приеме, че гореописаните законоустановени пречки не съществуват и за пострадалия ползвател на здравна услуга бе гарантирано своевременно уведомяване за съставянето на констативния акт и достъп до съд чрез поискване на обезщетение в срок, определеният от закона максимален размер на това обезщетение обезсмисля изцяло и напълно всякакви действия по неговото присъждане. Размерът от 2 (два) лева, който законът определя като максимален, е резултат на извършената автоматична деноминация на определения предишен максимален размер от 100 лв. Обективен факт е обаче, че други текстове на ЗАНН са изменени след деноминацията на лева (напр. чл. 59, ал. 3 ЗАНН или чл. 83а ЗАНН за имуществена санкция в размер на 1 000 000 лв. – един милион лева), но точно текстът, пряко засягащ правото на имуществено обезщетение на физическите лица, не е променен. Освен това налице е и разпоредбата на чл. 59, ал. 3 ЗАНН. Тя изрично изключва съдебното обжалване на наказателни постановления, с които е присъдено обезщетение в размер до 10 лв., какъвто размер е невъзможен с оглед чл. 5, ал. 1 ЗАНН. Обективно това изключване предполага отказ от достъп до правосъдие на пострадалите от административни нарушения и в частност на ползвателите на здравни услуги.

ж) Директорът на РЗОК разполага с правната възможност да прекрати производството в частта по искането за обезщетение и да препрати пострадалия ползвател на здравна услуга да потърси обезщетение чрез съда на общо основание, ако срещне трудности от фактически или правен характер (чл. 56 ЗАНН). Вън от всички останали препятствия, поставени от закона пред пострадалите от административно нарушение ползватели на здравни услуги, като връх на административния произвол е правото да се прекрати изобщо по този ред производството относно обезщетението. При това основанията, които предвижда законът за прекратяването, са изцяло в полза на директора на РЗОК – ако той срещне трудности от фактически или правен характер. Целта на административните производства е признаване и изпълнение на тези права чрез администриране, а не улесняване работата на административния орган. Статусът на правата на пострадалия от административно нарушение ползвател на здравни права в случая е допълнително влошено от обстоятелството, че при прекратяването той е препращан да търси правата си по общия исков ред пред гражданските съдилища, иначе казано, по реда на чл. 45 ЗЗД за непозволено увреждане (деликт). Общата норма на чл. 45 ЗЗД съществува в правния мир като последен правен способ, който увреденият от деликт може да ангажира, когато не съществуват никакви други способи в правния мир за защита на засегнатите права. Това е така, защото по принцип общият ред изключва отчитане на особеностите и спецификата при отделните групи права и води съдопроизводството по унифицирани правила при равнопоставеност на страните и разпределение на разносните по равно между тях независимо от конкретните обстоятелства. Препращането към общия исков ред в случая на пострадали от административно нарушение пациенти представлява нарушение на принципите за защита на здравето като „сър-

тояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие“ и принципа за съразмерност по чл. 6 АПК за упражняване на правомощията от административните органи по разумен начин, добросъвестно и справедливо при превес на по-благоприятните мерки.

з) Разноските в административнонаказателните и административните производства са в значителна степен по-ниски от разноските в гражданските съдопроизводства. Това решение на законодателя намира своя разум в осигуряването на достъпността до съдебен контрол на физическите и юридическите лица над актовете на администрацията, от които зависи достъпът и упражняването на субективни права. Законодателят обаче, както бе отбелязано в горния параграф, е избрал да разтовари от отговорност директора на РЗОК, като препраща по свое безконтролно усмотрение разглеждането на въпроса за обезщетяване на вреди, причинени на пациенти – ползватели на здравна услуга, към общия исков ред пред гражданските съдилища. Този ред освен всички останали проблеми на съдопроизводства (вж. по-долу т. 2.3.) страда от основния недостатък да е почти недостъпен в икономическо отношение за повечето хора поради това, че те понасят изцяло върху себе си значителните деловодни и доказателствени разноски по делото.

2.1.2. Контрол върху експертизи на специализирани органи и комисии

Законите уреждат редица експертизи, извършвани от специализирани органи, които имат пряк ефект върху реализацията на правата на ползвателите на здравни услуги. Такива са например експертизи за цена на медицинска помощ със стойност 200 пъти минималната работна заплата за страната, лекарствени продукти или лечение в чужбина (чл. 78 ЗЗО), извършвани от комисии към централното управление на НЗОК. Други особено значими експертизи са тези, извършвани от ЛКК, ТЕЛК и НЕЛК относно временна и трайна неработоспособност.

Законът обаче не предвижда изрично никъде възможността за осъществяване на съдебен контрол върху експертните решения на тези комисии. Пропускът на законодателя е очевиден, доколкото в предходните, вече отменени, разпоредби (чл. 14–16 от Кодекса за социално осигуряване, ДВ, бр. 70 от 2004 г., в сила от 01.01.2005 г.) изрично бяха указани сроковете и съдилищата, компетентни да осъществяват съдебния контрол. Този подход на изключване от нормативните актове на изрични текстове, указващи правото на достъп до съд, напоследък е симптоматичен за цялото законодателство по здравеопазването (напр. чл. 80 ЗЗО, отм. ДВ, бр. 101 от 2009 г., в сила от 01.01.2010 г.). Това законодателно разрешение търпи силна критика, тъй като умишлено лишава от информация ползвателите на здравни права за иначе допустимия (на основание чл. 120, ал. 2 от Конституцията във връзка с чл. 21, ал. 1 АПК) съдебен контрол върху тези актове и предпоставя пълен административен произвол и

отстъпление от всички гаранции за защита на индивидуалните права при внушена невъзможност експертизата да се подложи на независим преглед от съд. Впрочем това се потвърждава от обстоятелството, че в съдебната практика⁵ са налице произнасяния досежно всеобхватността на съдебния контрол по силата на чл. 120, ал. 2 от Конституцията, но само по отношение на жалби от страна на изпълнители на медицинска помощ, но не и по такива от физически лица – ползватели на здравни услуги.

Правният интерес за ползвателя на здравна услуга е безспорен, тъй като от посочените експертизи зависи не само реализирането на здравните права по принцип, но и обемът на отпусканата медицинска помощ, процедурите за лечение, лекарствените продукти, достъпът до необходимо лечение в чужбина и др. При това положение не е необходимо да се припомня, че ефектът от необосновано или неправилно решение може да се изрази в пряко засягане на правото на живот на личността и на правото му на защита от нечовешко или унижително отнасяне, ако при неправилната, но безконтролна и окончателна експертиза е допусната грешка, която не е могла да бъде коригирана своевременно.

2.1.3. Съдебен контрол върху подзаконовни нормативни и общи административни актове

Законът (съответно чл. 185 и чл. 179 АПК) допуска обжалването на актове, които нямат за адресат конкретно физическо или юридическо лице, а имат действие по отношение на неограничен кръг лица, създавайки общи права, задължения и правила в определена сфера на обществените отношения.

Такива са подзаконовите нормативни актове, които съгласно закона (чл. 1а вр. чл. 3, ал. 2 и 1 ЗНА) съдържат общи правила за поведение, които се прилагат към индивидуално неопределен кръг субекти, имат нееднократно действие и се издават или приемат от компетентен държавен орган – предвиден от Конституцията или закон, и които по аргумент на противното от чл. 3, ал. 1 ЗНА уреждат обществени отношения вторично въз основа на приет първичен нормативен акт – закон.

Общите административни актове са другата категория актове с общо действие, чийто контрол от съда е допуснат по силата на закона. Тези актове имат еднократно правно действие и с тях се създават права или задължения или непосредствено се засягат права, свободи или законни интереси на неопределен брой лица, както и отказите да се издадат такива актове (чл. 65 АПК).

От гледна точка на настоящото изследване в сферата на здравеопазването от значение са подзаконовите нормативни актове на Министерство на здравеопазването – правилници, наредби и инструкции, както и общите административни актове на НЗОК – НРД и приеманите въз основа на него списъци с клинични пътеки, заболявания, лекарства и медицински изделия, заплащани от касата,

⁵ Определение № 4339 от 11.04.2008 г. по адм. д. № 4720 от 2008 г. на ВАС, Шесто отделение.

пакети дейности и изследвания, изисквания за сключване на договори и достъп до заплащано от касата на лечение и др.

Следва да се има предвид, че съгласно тълкувателно постановление⁶ на съда НРД се определя по своя характер като подзаконов нормативен акт, издаден по законовата делегация на чл. 54 и сл. 330 и с оглед на задължителния му характер за НЗОК, изпълнителите на медицинската помощ и здравноосигурените лица. Мотивите са излагани и в предходни съдебни актове, като се определя, че НРД е недържавен източник на осигурителното право с нормативен характер, който се определя от предоставената законодателна делегация за нормотворческа дейност в областта на задължителното здравно осигуряване по отношение на правните субекти и предмета на регулиране⁷. Това становище обаче, макар и задължително за съдилищата, търпи силна критика, тъй като аргументът за издаването на НРД на законово основание е крайно недостатъчен да формира такъв правен извод. По същия начин биха могли да бъдат характеризирани и обикновените облигационни договори, доколкото те намират основание за своето съставяне в съответните разпоредби на Закона за задълженията и договорите. По своя характер НРД представлява общ административен акт, а именно с еднократно действие, за период от една календарна година и засяга неограничен кръг адресати – изпълнители на медицинска и дентална помощ, но най-вече здравноосигурени лица. С НРД се създават права и задължения за адресатите му, а производството по издаването му (по реда на чл. 53 и сл. 330) кореспондира изцяло досежно публичното уведомяване, участието на представители на засегнатите лица, обсъждането му и съобщаването му с правилата за приемане на общи административни актове (чл. 66 и сл. АПК). Такива са и приетите към него приложения⁸, доколкото те създават общи правила, права и задължения за ползването на различните видове здравни услуги от здравноосигурените лица, за доставката на тези услуги от изпълнителите на медицинска помощ и за финансирането им от страна на НЗОК.

а) Оспорване на подзаконови нормативни актове

Законът (чл. 185 АПК) допуска оспорването на подзаконови нормативни актове пред съд в тяхната цялост или само за част от техните разпоредби. Доколкото се касае за производство против нормативен акт, законът изрично посочва субектите, за които се приема налице правен интерес от оспорването, тъй като в този случай не важат общите правила за определянето му. Така право да оспорват подзаконовите нормативни актове имат гражданите, организацията и органите, чиито права, свободи или законни интереси са засегнати или могат да бъдат засегнати от тях или за които те пораждат задължения (чл. 186, ал. 1

⁶ Тълкувателно постановление № 5 от 21.06.2007 г. по т. д. № 3 от 2007 г. на Общото събрание на колегиите на ВАС.

⁷ Решение № 7125 от 09.07.2003 г. по адм. д. № 2673 от 2003 г. на V отд. на ВАС.

⁸ <http://www.nhif.bg/bg/default.phtml?w=1280&h=994> относно НРД за 2010 г.

АПК). Изключително широкият кръг от лица с право на оспорване се определя реципрочно на кръга от засяганите чрез нормативните актове обществени отношения по принцип. Подобно разрешение е изцяло в полза на ползвателите на здравни услуги, които могат както самостоятелно, така и чрез пациентски организации, основани на определен принцип или по-скоро на засегнати здравни права, да завеждат производства по оспорване срещу подзаконови нормативни актове.

Въпреки така формулираната разпоредба на закона съдът в редица свои решения тълкува и прилага допълнителни условия, за да приеме, че е налице правен интерес от оспорването на подзаконов нормативен акт. Тази практика намира своето основание в Решение № 5 от 2007 г. на Конституционния съд по конституционно дело № 11 от 2006 г., с което се приема, че легитимацията при съдебната защита на правата от страна на гражданите и юридическите лица срещу актове на изпълнителната власт, която допуска Конституцията, е максимално отворена, но не и безгранична; не се касае за *actio popularis* (възможността на всеки всякога и за всичко да атакува актове на изпълнителната власт, дори когато ничии права не са нарушени или потенциално застрашени). КС приема, че за разлика от държавните органи, за които защитата на законността произтича от мандата, възложен им чрез избор или назначаване, правото на съдебната защита и обжалването на подзаконови административни нормативни актове за гражданите и юридическите лица възниква единствено при засягане или застрашаване на права, свободи или законни интереси или обременяване със задължения, тъй като липсва пълномощие или мандат да бъдат защитавани правата, законните интереси или обременяването със задължения на други граждани. В този смисъл КС постановява като условие за упражняването на правото да се оспори подзаконов нормативен акт наличието на правен интерес, като при това заинтересоваността следва да е правомерна, лична и обоснована. Така поради практиката на КС наличието на правен интерес като предпоставка за допустимост на жалбата означава, че легитимирани да оспорят подзаконовия нормативен акт са лицата, чието частноправно положение е регламентирано от същия акт и съответно разпоредбите му могат да засегнат по неблагоприятен начин правната им сфера⁹.

С оглед на ползвателите на здравни услуги това означава, че при оспорването на конкретен подзаконов нормативен акт от отделни ползватели или от пациентски организации всеки на собствено основание следва да докаже лично засягане или възможност от засягане с оглед вида и характера на отношенията, уредени от акта.

Подзаконовите нормативни актове могат да се оспорват без ограничение във времето, т.е. във всеки един момент от издаването им до тяхната отмяна

⁹ Определение № 10360 от 10.08.2009 г. по адм. д. № 8747 от 2009 г., ВАС, II отд.; Определение № 564 от 06.04.2009 г. по адм. д. № 4105 от 2009 г., VII отд. на ВАС; Решение № 14134 от 18.12.2008 г. по адм. д. № 12893 от 2008 г., 5 чл. с-в на ВАС, Определение № 4284 от 02.05.2007 г. по адм. д. № 57 от 2007 г. на ВАС, II отд. и др.

(чл. 186 АПК), което е благоприятно за ползвателите на здравни услуги, тъй като са защитени от пропускане на срок за обжалване. Недопустимо е обаче последващо оспорване на същото основание. От гледна точка на ползвателите на здравни права това означава, че ако определен индивидуален ползвател или пациентска организация е оспорвала конкретен подзаконов нормативен акт на определено основание и оспорването е било отхвърлено на това основание, решението на съда влиза в сила за същото основание и по отношение на всички останали ползватели на здравни услуги независимо от тяхното неучастие в съдебното производство и преклудира правото им на последващо оспорване. Съдебната практика е абсолютно константна в този смисъл (Определение № 12145 от 03.12.2007 г. по адм. д. № 10947 от 2007 г., III отд. на ВАС, Определение № 11171 от 27.10.2008 г. по адм. д. № 2908 от 2008 г., VII отд. на ВАС и др.).

Затова е от особена важност правилната подготовка и коректното излагане на правната аргументация при започването на подобни съдопроизводства от страна на отделни или колективни ползватели на здравни услуги, доколкото провалът да се оспори засяга не само участвалите в производството ползватели на здравни услуги или техни организации, но и всички останали заинтересовани физически и юридически лица. Във връзка с това също е важно да се подчертае необходимостта от координиран подход, както и от оповестяване на предприеманите действия по оспорване до максимално широк кръг заинтересовани ползватели на здравни услуги с оглед осигуряване на възможността за присъединяване¹⁰ към започналото съдопроизводство по реда на чл. 189, ал. 2 АПК.

Възможността да се поиска спиране на действието на подзаконовия нормативен акт има директен ефект върху защитата на правата на ползвателите на здравни услуги. По този начин до произнасянето на съда те могат да преустановят за себе си вредните последици от един неправилен и нарушаващ правата и интересите им нормативен акт. Спирането на действието обаче не е автоматично (чл. 190, ал. 1 АПК) по силата на самото оспорване и следва да се поиска изрично от съда, пред който е поставена на разглеждане жалбата против атакувания подзаконов акт. Основанията са общите (чл. 166 и сл. АПК) за спиране на допуснатото предварително изпълнение на индивидуален административен акт и поради това е необходимо доказване на възможно причиняване на значителна или трудно поправима вреда за оспорвания (вж. по-долу буква б, параграф 4).

Производството по оспорване на подзаконови нормативни актове се провежда пред Върховния административен съд и е двуйнстанционно (чл. 194 вр. чл. 191, ал. 1 АПК). Решението на съда може да има за правни последици както прогласяването на нищожността на оспорения подзаконов нормативен акт или на част от него, така и неговата отмяна изцяло или частично и има действие по отношение на всички, но влиза в сила от деня на обнародването му – по същия начин, по който е бил обнародван и оспореният подзаконов акт (чл. 194 АПК).

¹⁰ Определение № 1893 от 25.11.2008 г. по адм. д. № 946 от 2008 г., 3 чл. с-в на Административен съд София област.

Правните последици при прогласяване нищожността на нормативния акт са идентични на обявяването на различни законови или подзаконови нормативни разпоредби за противоконституционни, т.е. приема се, че те не са съществували в правния мир поради наличието на съществени пороци при приемането им – липса на компетентност, липсата на основание за неговото издаване в по-горестоящия нормативен акт, на чието основание е издаден и така нататък.

Отмяната обаче влече правни последици само занаяпред (*ex nunc*) и не ползва със закрила вече сложилите се правоотношения във връзка с отменения акт или негови отделни разпоредби (напр. Решение № 4405 от 04.05.2007 г. по адм. д. № 11026 от 2006 г., II отд. на ВАС, с което се отменя § 1 от Договора за изменение и допълнение на Националния рамков договор между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България за 2006 г. (ДВ, бр. 68 от 2006 г.) в частта, в която Приложение № 11 „Лекарствен списък на НЗОК“ е изменен досежно лекарствените продукти „М.“, „С.“ и „С.“; Решение № 3968 от 30.04.2004 г. по адм. д. № 10849 от 2003 г. на петчленен състав на ВАС, с което се отхвърля жалба на Асоциация на научноизследователските фармацевтични производители в България за отмяна като нищожни разпоредбите на текстове от Наредбата за критериите, условията и правилата за включване на лекарствени продукти в позитивния лекарствен списък в Република България, ПМС № 81 от 08.04.2003 г., и др.).

Това означава, че ползвателите на здравни услуги при отмяна на подзаконен нормативен акт ще могат да ползват благоприятните последици от отмяната само от постановяването и влизането в сила на съдебното решение нататък, но не и да коригират нанесените до този момент от акта вреди. За тяхното саниране или обезщетяване ползвателите на здравни услуги ще следва да се обърнат към съда по общия исков ред, но така също в този конкретен случай ще разполагат и със специалния ред на Закона за отговорността на държавата и общините за вреди (ЗОДОВ) (вж. по-долу т. 2.3.).

б) Оспорване на общи административни актове

Типичните общи административни актове в областта на здравеопазването са приеманите различни приложения¹¹ към НРД, доколкото те създават общи правила, права и задължения за ползването на различните видове здравни услуги от здравноосигурените лица, за доставката на тези услуги от изпълнителите на медицинска помощ и за финансирането им от страна на НЗОК. Типичен общ административен акт се явяват приеманите общи условия, инструкции, позитивни списъци, правила за отпускане на лекарства и лекарствени средства и др., с които – за разлика от подзаконовите нормативни актове – не се създават правила за поведение, детайлизиращи правоотношенията, уредени с горестоящ нормативен акт, а общи правила за поведение, дефинирани от компетентния

¹¹ <http://www.nhif.bg/bg/default.phtml?w=1280&h=994> относно НРД за 2010 г.

държавен орган, които са насочени към неограничен кръг правни субекти, имащи трайно и повтарящо се приложение, и са скрепени с държавна принуда за осъществяване на определени права или предоставяне на определени услуги, в това число и здравни такива¹². Както при оспорването на подзаконовите нормативни актове, оспорването на общите административни актове не спира изпълнението им, но може да бъде поискано от съда (чл. 180, ал. 1 АПК) при доказване на риск от настъпване на значителна или трудно поправима вреда. В случаите на ползвателите на здравни услуги и особено при отказ на лечение, изключване от позитивен списък на предходно достъпни лекарства или сходни хипотези на отказ или ограничаване на здравни услуги вредата следва да се презумира на основание законовата дефиницията за здраве като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие“ (чл. 2 33). С оглед на този висок законоустановен стандарт всяко отстъпление от или отказ на здравни услуги представлява влошаване на състоянието на пълно физическо (здравен статус), психическо (ментален статус, включително болки и страдания без разстройство на здравето) и социално (пълно или частично заплащане на предходно безплатна услуга) благополучие.

Правният интерес от оспорването им е стеснен досежно лицата и организациите в съпоставка с кръга на оспорващите при подзаконовите нормативни актове. Съгласно закона (чл. 179 АПК) общите административни актове могат да се обжалват само от лицата, участвали в производството по приемането им пред административния орган. Като се има предвид, че в изготвянето и приемането на НРД и съответно приложенията към него съгласно 330 до участие е допуснат само един представител на национално представени¹³ пациентски организации, съответно в Надзорния съвет на НЗОК (чл. 13 330), и с известни уговорки организациите, представени в Обществения съвет по правата на пациента към министъра на здравеопазването (чл. 86а 33), изводът, който се налага, е, че в областта на здравеопазването правото на оспорване на приеманите общи административни актове е ограничено по силата на специалните закони, които допускат един плюс седем (чл. 13 330 и чл. 86а 33) възможни жалбоподатели против издаваните актове от значение за ползване на здравни услуги, както и че отделните пациенти – ползватели на здравни услуги, са изключени от това право *ex lege* – по силата на самия закон. В този смисъл е и съдебната практика¹⁴.

Този подход е крайно рестриктивен, защото неоснователно и несправедливо изключва от право да оспорват тези актове лица, чиито права се засягат от тях, но които са пропуснали, и то не по своя воля, грешка или недоглеждане, а поради ограничения, наложени им от закон, да участват в производството по издаването им. До известна степен това ограничение е преодолимо поради законовата възможност за присъединяване или встъпване във вече образува-

¹² Определение № 248 от 09.01.2007 г. по адм. д. № 7335 от 2006 г., V отд. на ВАС.

¹³ Признати за такива по реда на чл. 86в 33 др. от министъра на здравеопазването.

¹⁴ Определение № 6638 от 04.06.2008 г. по адм. д. № 6018 от 2008 г., II отд. на ВАС.

ното производство на трети лица, които имат правен интерес. Следва обаче да се подчертае, че правният интерес се доказва при стандарта, установен с посоченото по-горе (параграф 2 от буква а) решение на Конституционния съд за правомерна, лична и обоснована заинтересованост на встъпващите ползватели на здравни услуги. Присъединяването или встъпването обаче страдат от допълнителни ограничения – краен срок, до началото на устните състезания при всяко положение на делото, а така също и без правото да се иска повтаряне на извършени процесуални действия. Макар и в интерес на правната стабилност, тези правила сериозно ограничават възможността на заинтересованите лица, които не са участвали в производството по приемането и постановяването на общия административен акт, да защитят своите интереси пред съд.

Налице обаче е и обратното становище на съда – че независимо от участието на определени физически или юридически лица в приемането на определен общ административен акт достатъчно е да е налице засягане пряко на правата и интересите на голям брой определими адресати, за които обжалваният акт предизвиква директно или индиректно правни последици (напр. Определение № 9106 от 05.11.2004 г. по адм. д. № 8964 от 2004 г. на V отд. на ВАС, Решение № 7125 от 09.07.2003 г. по адм. д. № 2673 от 2003 г. на V отд. на ВАС и др.). Това разбиране е изцяло в интерес и защита на ползвателите на здравни права и може да бъде използвано като аргумент за обосноваване на правен интерес при оспорване на общи административни актове от пациентски организации, както и от отделни ползватели на здравни услуги. Като се има предвид, че действието на решението по оспорване на общи административни актове отново засяга всички заинтересовани лица независимо от тяхното участие, вадат препоръките за подготовка на оспорванията и ангажирането на възможно най-широк кръг лица в тези съдопроизводства, а решението, с което оспореният акт е обявен за нищожен, отменен или изменен, има действие по отношение на всички.

През февруари 2010 г. обаче бе постановено тълкувателно решение¹⁵ на Върховния административен съд, с което бе прието, че съсловните (браншовите) организации и другите юридически лица с нестопанска цел могат да оспорват подзаконовни нормативни актове при наличието на правен интерес, обоснован от предмета на дейност и целите, за които са създадени. По този начин се отменя занаяд практиката на съдилищата, разгледана по-горе, основана на Решение № 5 от 2007 г. на Конституционния съд по конституционно дело № 11 от 2006 г., с която се изискваше наличието на непосредствено и лично засягане на правата, за да се приеме, че е налице пряка, правомерна и лична заинтересованост. С новото тълкувателно решение критерият за правния интерес на пациентските организации се приема за принципно наличен и обусловен от засягането на техни лични права или законни интереси, непосредствено породени от предмета на дейност и целите на учредяването им. Така значително се разширява кръгът на организациите с право на жалба в областта на здравеопазването освен призна-

¹⁵ ТРОСВАС № 2 от 12.02.2010 г. по т. д. № 4 от 2009 г. на Общото събрание на колегиите на ВАС.

тите по реда на чл. 86в 33 от МЗ за национално представени организации, като освен това правото на жалба е независимо от тяхното участие при приемането на акта.

Така на основание тълкуванието на съда, ако предмет на оспорване по този ред е например Наредбата за условията и реда за договаряне на лекарствата, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели, стойността на които се заплаща напълно или частично от НЗОК (ДВ, бр. 73 от 20.08.2004 г.), то ще се приеме за допустимо и ще се разгледа от съда оспорване, извършено от физически лица, болни от диабет или други заболявания, които подлежат на третиране чрез специални диети и диетични храни, но така също и ако е заведено от пациентски организации на лица, страдащи от такива заболявания.

Нещо повече, съдът приема, че възможността за участие на пациентските организации в приемането на подзаконовите нормативни актове произтича директно от Административнопроцесуалния кодекс на основание Глава трета „Изработване на проекти на нормативни актове“ от Закона за нормативните актове и в Глава втора със същото заглавие от Указ № 883 от 24.04.1974 г. за прилагане на Закона за нормативните актове. Доколкото с чл. 26, ал. 2 от ЗНА е създадено изискване съставителят на проекта на нормативен акт да предостави на заинтересованите лица най-малко 14-дневен срок за предложения и становища, а разпоредбата на чл. 15, ал. 1 от УПЗНА определя като заинтересовани лица съответните министерства, други ведомства или обществени организации, които след получаване на законопроекта заедно с мотивите организират обсъждане и дават мотивирано становище по проекта, съдът приема, че с чл. 77 АПК компетентният орган е задължен да издаде нормативния административен акт, след като обсъди проекта заедно с представените становища, предложения и възражения. По този начин съдът отваря широко вратата за пациентските организации, които независимо от ограниченията на специалните закони (чл. 13 330 и чл. 86а 33) ще могат да се конституират като страна както при оспорването на подзаконовите нормативни актове и по *argumentum a contrario*, така и по отношение на общите административни актове. Това тълкувателно решение представлява значителен положителен пробив от съществено значение за реализация на способите за съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги.

2.1.4. Съдебен контрол по жалби против индивидуални административни актове

Физическите лица – ползватели на здравни услуги, разполагат с правото да обжалват всички актове на здравната администрация независимо от наличието или липсата на нарочен текст в специалните закони по силата на чл. 120, ал. 2 от Конституцията на България и по аргумент на противното от чл. 82, ал. 1 и чл. 128, ал. 3 АПК. Единствено необходимите предпоставки са наличието на индивидуален административен акт (по дефиницията на чл. 21 АПК) и правен интерес

от обжалването му поради засягане на права, свободи или законни интереси. Макар да няма нарочна съдебна практика по тълкуване на понятието „правен интерес“, както при подзаконовите нормативни актове, по аналогия се приема необходимост от заинтересованост на индивидуалния жалбоподател, която да е правомерна, лична и обоснована (вж. т. 2.1.3., буква а).

Както бе разгледано по-горе в раздел II, т. 1.1., възможността за ползвателите на здравни услуги да потърсят защита от нарушение при получаване на медицинска помощ е ограничена от закона (чл. 35 ЗЗО) само в рамките на сезиране на контролен административен орган – директора на РЗОК, с „жалба“, която може да послужи за начеване на производство по реда на ЗАНН. Поради това следва, че по общия ред на АПК са възможни производства по жалби срещу онези актове, издадени от здравни органи единствено досежно администрирането на правоотношенията по здравно осигуряване и достъп до здравни услуги, както и свързаните с тях актове на други административни органи, но не и по отношение на неизпълнение или лошо или забавено изпълнение на здравни услуги. За тези нарушения е налице само косвен съдебен контрол при жалби против отказ от обезщетяване или досежно размера на обезщетяване, присъдено по реда на ЗАНН от директора на РЗОК.

Основните производства по жалби против индивидуални административни актове, развивани в практиката във връзка със спорове по здравни правоотношения, могат да бъдат обособени в две основни групи – жалби против актове на данъчната администрация по задължително здравно осигуряване и жалби против откази за разрешаване на специализирано лечение.

а) Производства във връзка със задължението за здравно осигуряване

Приходните административни органи осъществяват дейностите във връзка с облагането и събирането на данъчни и осигурителни задължения (чл. 3 ЗНАП). Съгласно разпоредбата на чл. 3, ал. 1, т. 2 ЗНАП агенцията установява публичните вземания за данъци и задължителни осигурителни вноски по основание и по размер. Пред съдилищата основният вид дела, водени от ползвателите на здравни права, са производства по жалби против констативни актове на органи на данъчната/приходната администрация (НАП) за размера на дължими задължителни здравноосигурителни вноски. Практиката на съдилищата по тези дела е сравнително константна. Правните въпроси, поставяни на разглеждане, касаят най-често откази за освобождаване от задължение за внасяне на здравноосигурителни вноски на основание § 19в, ал. 1 ПЗР на ЗЗО – при пребиваване извън страната повече от 183 дни през една календарна година за периода 1 януари 2000 г. – 31 декември 2004 г. Съдилищата разглеждат тези производства по реда на Данъчно-осигурителния процесуален кодекс и прилагат непротиворечиво като условие за допустимост и абсолютна процесуална предпоставка за съдебен контрол върху тези актове предходно задължително обжалване по админис-

тративен ред до съответния директор на дирекция „Обжалване и управление на изпълнението“ при Централното управление на НАП (напр. Определение № 353 от 11.01.2007 г. по адм. д. № 155 от 2007 г., VI отд. на ВАС, Определение № 922 от 29.01.2007 г. по адм. д. № 631 от 2007 г., VI отд. на ВАС, Решение № 6449 от 02.06.2008 г. по адм. д. № 1437 от 2008 г. на VI отд. на ВАС и др.).

Втората група производства от тази категория са във връзка с жалби против констативни актове на териториални органи на НАП за установяване на наличието или липсата на задължения по чл. 41 ЗОДФЛ за довносяне на дължими здравни осигуровки върху годишния доход. Практиката на съдилищата по тези дела приема, че съгласно чл. 95, ал. 2 ДОПК съдържанието на издаден от органа по приходите документ, удостоверяващ факти с правно значение или признаващ или отричащ права и задължения, не подлежи на обжалване по съдебен ред и третира всички жалби като процесуално недопустими¹⁶. В случая е налице хипотезата на изрично изключване на индивидуален административен акт от обхвата на съдебния контрол. Като се има предвид задължителността и всеобхватността на здравното осигуряване и невъзможността за личен избор в това отношение, изключването от съдебен контрол представлява абсолютно нарушение на правото на ефективна защита по чл. 13 ЕКПЧОС от незаконосъобразни действия на администрацията по установяване на дължим размер на здравни осигуровки и предпоставя неограничен административен произвол.

Третата категория дела във връзка със задължения за здравно осигуряване имат за предмет обжалване на наложени принудителни административни мерки на основание чл. 75, т. 5 от Закона за българските документи за самоличност (ЗБДС) и ограничаване на правото на свободно придвижване чрез налагане на забрана за напускане на страната поради наличието на задължения в големи размери. Принудителните административни мерки по този ред се налагат при материални предпоставки – установен с влязъл в сила ревизионен акт и определени по данъчна декларация публични задължения над 5000 лв. при липса на предложено обезпечение за тези задължения. Така физическите лица, които *ex lege* са задължени без изключение да се осигуряват здравно, при невнасяне на дължимите здравни осигуровки в размера, посочен от закона, и независимо от социално-икономическото си положение могат да бъдат лишени от правото си на свободно придвижване. При това съгласно практиката на съдилищата компетентният орган на МВР, който е бил сезиран с искането за налагане на принудителна административна мярка по чл. 75, т. 5 ЗБДС, няма задължение да събира като доказателства актовете, установяващи задължението, нито да изследва тяхната валидност и законосъобразност, тъй като за това има предвиден специален ред (напр. Решение № 9905 от 22.07.2009 г. по адм. д. № 210 от 2009 г. на V отд. на ВАС и др.). Като се има предвид обаче посочената в по-горния параграф съдебна практика, която на основание чл. 95, ал. 2 ДОПК изключва възможността за съдебен преглед върху актове на НАП, удостоверяващи факти с правно значение

¹⁶ Определение № 780 от 24.01.2007 г. по адм. д. № 12185 от 2006 г., VI отд. на ВАС и мн. др.

или признаващи или отричащи права и задължения, излиза, че ползвателите на здравни услуги могат да бъдат лишени от свое признато от Конституцията основно човешко право на свободно придвижване (чл. 35, ал. 1 от Конституцията във вр. с чл. 5 ЕКПЧОС) без възможност да докажат пред съд липсата на такива задължения или да оспорят констатацията на приходните органи за наличието на такива задължения, нито да отменят наложената им забрана за напускане на страната, тъй като поради липсата на съдебен контрол върху акта за наличие на задължения забраната всякога ще бъде приемана като законосъобразна от проверяващия съд. Този законодателен подход представлява форма на държавен рекет върху ползвателите на здравни услуги, които умишлено са лишени от ефективно средство за защита (чл. 13 ЕКПЧОС) чрез цялостен и действителен, а не формален, съдебен контрол и преглед върху нарушаващите правата им актове на данъчната и полицейската администрация.

б) Жалби против експертизи на специализирани органи и комисии към МЗ и НЗОК

Както бе разгледано по-горе в т. 2.1.2., законът не предвижда никъде изрично възможността за осъществяване на съдебен контрол върху експертните решения на различните комисии към МЗ, извършващи експертизи за преценка на цената и допустимостта на определени лечения. Подчертано бе, че тези експертизи имат пряк ефект върху реализацията на правата на ползвателите на здравни услуги, например експертизи за цена на медицинска помощ със стойност 200 пъти минималната работна заплата за страната, лекарствени продукти или лечение в чужбина (чл. 78 ЗЗО), извършвани от комисии към централното управление на НЗОК, или експертизите, извършвани от ЛКК, ТЕЛК и НЕЛК относно временна и трайна неработоспособност. Разкритикуван бе пропускът на законодателя за изключване от специалните закони на изрични текстове, указващи правото на достъп до съд като умишлено лишаващ от информация ползвателите на здравни права за иначе допустимия (на основание чл. 120, ал. 2 от Конституцията във вр. с чл. 21, ал. 1 АПК) съдебен контрол върху тези актове.

Съдилищата обаче константно приемат за допустими жалбите против решенията на тези специализирани комисии, когато с тях се отказва исканото установяване на неработоспособност, необходимост от лечение, определяне на цена на лечението, искане за трансплантация на органи, тъкани и клетки и в най-честия случай при откази за разрешение на лечение в чужбина. Тълкувайки както специалните, така и общия закон, съдилищата приемат компетентността на различните органи за такава в кръга на функция на изпълнителната власт и следователно, при положение че не е изрично изключена от съдебен контрол, допускат и провеждат съдебен преглед на актовете им. Съдът също така приема, че независимо дали е налице законово предписана санкция на горестоящ административен орган (напр. на министъра на здравеопазването по чл. 74 ППЗНЗ или на директора на РЗОК по чл. 3, ал. 1 вр. чл. 22, ал. 1 от Наредба № 14 от

19.04.2007 г. за реда за издаване на документи, необходими за упражняване на здравноосигурителни права съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност на МЗ) решението на комисиите следва да се третира като такова от определящо значение, тъй като с него се признава или отрича правото на ползвателя на здравна услуга за получаването ѝ. Особено като се има предвид, че последващите заповеди на горестоящи административни органи не могат да се възприемат като приключващи производството индивидуални административни актове, тъй като те няма да се издадат при отрицателно решение на комисията и имат предназначение единствено да приведат в изпълнение нейните положителни решения (напр. Определение № 1727 от 09.02.2009 г. по адм. д. № 4721 от 2008 г., VI отд. на ВАС, Определение № 3420 от 16.03.2009 г. по адм. д. № 1684 от 2009 г., V отд. на ВАС и др.).

2.1.5. Искове по ЗОДОВ

Последният способ за защита на ползвателите на здравни услуги в административно съдопроизводство е по реда на Закона за отговорността на държавата и общините за вреди. Съгласно закона (чл. 1, ал. 1 ЗОДОВ) държавата и общините отговарят за вредите, причинени на граждани и юридически лица от незаконосъобразни актове, действия или бездействия на техни органи и длъжностни лица при или по повод изпълнение на административна дейност. Това означава, че по този ред ползвателите на здравни услуги биха могли да ангажират отговорността както на централната администрация (НЗОК, МЗ), така и на здравната администрация на местно ниво – РЗОК, националните центрове по опазване на общественото здраве (чл. 22, ал. 1 ЗЗ).

Предпоставка за ангажирането на тази отговорност обаче е отмяната на акт за действие или бездействие или на подзаконов нормативен или общ административен акт, приет от съответния административен орган. Тази отмяна е абсолютна процесуална предпоставка за воденето на иска за вреди по ЗОДОВ по аргумент на ал. 2 на чл. 1 ЗОДВПГ (отм. ДВ, бр. 30 от 2006 г.). С този отменен вече текст изрично се поставяше като условие, че обезщетението за вреди от незаконни актове може да се иска след тяхното отменяване по съответния ред. Този ред за отмяна бе уреден в предл. 2, ал. 2 на чл. 1 ЗОДВПГ, който предвиждаше, че нищожността или незаконосъобразността на акта, действието или бездействието се установява от съда, пред който е предявен искът за обезщетение. До приемането на АПК компетентен съгласно закона (чл. 7 ЗОДОВ) бе съдът по мястото на увреждането или местожителството на увредения.

Понастоящем обаче тази разпоредба, която се явява обща за всички искове по ЗОДОВ, е отменена от приетата нова ал. 2 на чл. 1 ЗОДОВ, съгласно която исковите за обезщетяване на вреди, причинени от администрацията, се разглеждат по реда на АПК. Доколкото тази разпоредба се явява специална по отношение разпоредбата на чл. 7 ЗОДОВ, компетентен да се произнесе ще бъде не съответният граждански, а съответният регионален административен съд по място

на настъпване на увреждането или по местожителството на увреденото лице. Разпоредбата е приета по принцип в защита на интересите на увреденото лице, доколкото изключва общите правила за местна подсъдност по постоянния адрес или местоседалището на ответника (чл. 105 ГПК) и определя за компетентен по-близкия за увреденото лице съд.

Другите законови разпоредби, които са в интерес на ползвателя на здравни услуги при предявяване на иск за обезщетение по този ред, са задължението на съда, отменил незаконния акт, да му разясни реда, по който може да защити правото си на обезщетение (чл. 3 ЗОДОВ), както и това, че дължимата държавна такса за образуване на съдопроизводството не е пропорционална, а проста такса в размер на 10 лв. (чл. 2а от Тарифа за държавните такси) независимо от размера на исканото парично обезщетение.

Редът за водене на тази иски е административносъдопроизводствен (чл. 203 АПК). Основното преимущество е, че искът може да бъде заведен както след приключване на производството по отмяна на незаконния акт на здравната администрация, така и паралелно с него като обективно съединен евентуален иск, за чието уважаване ще е предпоставка отмяната на атакувания административен акт – индивидуален, подзаконов или общ (чл. 204, ал. 1 и 2 АПК). Това означава, че иски за обезщетение по ЗОДОВ могат за бъдат съединявани с всяко едно от описаните по-горе в настоящото изложение административни съдопроизводства. Съдът обаче разполага с правото да прецени отделяне на иска в отделно съдопроизводство, ако разглеждането му ще затрудни производството по оспорване на административния акт (чл. 206, ал. 1 АПК).

Нещо повече, макар да не е изрично указано в закона, на основание субсидиарната приложимост на ГПК в административните съдопроизводства съдилищата¹⁷ приемат, че освен разделяне е възможно и спиране на производствата по иски за обезщетение до решаване на въпроса за законосъобразността на атакувания административен акт като преюдициален въпрос (чл. 206, ал. 2 АПК вр. чл. 182, буква „г“ ГПК). Тази практика търпи критика, но единствено заради възможността за забавяне на решаването на иска за обезщетяване, която противоречи на разума на закона и чието своевременно решаване е било целта по принцип на допуснатото съединяване на този иск с производството по оспорване на акта като незаконнообразен.

2.2. Наказателни дела

Съдебната защита в наказателните производства за ползвателите на здравни услуги и възможностите за нейната реализация е особено интересен инструмент за съдебен контрол в областта на здравеопазването. Въпросите, свързани с корупцията в здравеопазването, както и санкцията на лекарските грешки и небрежност са директно свързани с индивидуалната защита на здравето във всички

¹⁷ Определение № 9015 от 28.07.2008 г. по адм. д. № 8916 от 2008 г., I отд. на ВАС.

ките му аспекти – като състояние на физическо, психическо и социално (икономическо) благополучие.

2.2.1. Обхват на наказателноправната защита на пациентите

Видовете наказателни производства във връзка с престъпления, извършени в областта на обществените отношения по предоставяне на здравни услуги, отразяват именно засягане на тези групи блага на пациента, поради което могат да бъдат от своя страна групирани в два основни вида – престъпления против икономическия статус на пациента (измама и изнудване) и престъпления против неговия физически и психически статус (убийство, телесни повреди и злепоставяне), като последните са при принципна форма на вината непредпазливост – престъпна самонадеяност и небрежност, но и с възможност на форма на вината умисъл при определени състави на злепоставяне.

Първата група обхваща съставите на престъпления против личността – убийство, тежка или средна телесна повреда (чл. 123, ал. 1, чл. 134, ал. 1 НК), когато причиняването им е поради незнание или немарливо изпълнение на занятие или на друга правно регламентирана дейност, представляващи източник на повишена опасност. Към тази група спада и злепоставянето (чл. 137 и чл. 138 НК) – когато лице, лишено от възможност да се самопазва поради болест, е изложено по такъв начин, че животът му може да бъде в опасност, или съзнателно не му е оказана помощ при задължение за полагане на грижа. НК предвижда и специален състав на злепоставяне с оглед защита на пациентите – отказ на помощ на болен и родилка от лице, упражняващо медицинско занятие (чл. 141 НК), без уважителна причина.

Непосредственият извод е, че при причиняването на смърт или телесна повреда на пациент законът не прави разлика по отношение на субекта на престъпление, т.е. дали е лице, упражняващо медицинска професия, и предвидените наказания се определят в зависимост от общи фактори като последици и вина. Причината е в тежестта на последиците от престъпното деяние – причиняване на смърт или телесна повреда на ползвател на здравна услуга, последици, достатъчно сериозни и непоправими по своя характер, които определят и тежестта на държавната санкция. При това с оглед на високата опасност и степен на нарушаване на обществените отношения от немарливото упражняване на медицинската дейност законът предвижда възможността като пострадал да може да се конституира не само конкретният пострадал от лекарска небрежност пациент, но и неговите наследници при неговата смърт (чл. 74, ал. 2 НПК).

Съдебната практика по тези дела не може да бъде обобщавана категорично, доколкото в наказателното право основополагащ е принципът на съответност на наказанието на извършеното конкретно престъпление (чл. 35, ал. 3 НК), и с оглед многообразието на случаите не е възможно да се направят общи изводи.

Прави впечатление обаче, че дори при причиняване на смърт по непредпазливост от немарливо изпълнение на медицинската професия съдилищата¹⁸ прилагат възможността за освобождаване от наказателна отговорност и налагане на административна санкция и лишаване от право да се упражнява медицинската професия (по чл. 78а НК).

Въпросът, който се поставя, е дали това представлява тенденция към депенализация на действията по лекарска небрежност, или е юридически основателен и житейски оправдан подход към въздържане от наказателен уклон при преценка и отсъждане на санкцията в съответствие с липсата на висока обществена опасност при престъпване на обществените отношения по здравеопазване и медицинска помощ.

Различен е обаче подходът при престъпленията по злепоставяне, когато е налице излагане на опасност на живота или отказ на помощ на лице, нуждаещо се от нея. Законът извежда специален състав (чл. 141 НК), при който субект на престъплението е именно лице, упражняващо медицинско занятие. Въпросът, който този специален състав поставя, е дали неговото наличие изключва подвеждането под отговорност на лицата, упражняващи медицинска професия, за излагане на опасност на пациент с риск за живота или отказ от помощ на пациент при общия състав на злепоставяне. Ако отговорът на този въпрос е положителен, това ще означава, че законът целенасочено предвижда по-леки наказания за лицата, упражняващи медицинска професия – пробация, глоба, и едва при квалификация на деянието с утежняващи вината обстоятелства – лишаване от свобода до една година. За сравнение наказанията, налагани при общия състав на злепоставяне, са лишаване от свобода до три години и пробация.

Макар и крайно оскъдна, съдебната практика¹⁹ подкрепя този извод по аргумент на противното. Съдът приема, че разпоредбата на чл. 141 НК представлява квалифициран случай на престъплението по чл. 139 НК – със субект на престъплението медицинските органи, а всички останали субекти носят отговорност по общия състав на чл. 139 НК.

Това разрешение търпи критика. Упражняването на медицинска дейност представлява източник на повишена опасност заради характера на възникващото обществено отношение – оказване на здравна помощ за третиране на болестно състояние, което по дефиниция предполага отклонение от състоянието на здраве като пълно физическо и психическо благополучие.

От друга страна обаче, именно поради повишената опасност лицата, упражняващи медицинска професия, са длъжни да предоставят по силата на своето занятие най-добрата грижа, за да избегнат излагането на опасност на живота на пациента, и за тях е недопустим отказ на помощ на пациент.

¹⁸ Решение от 11.12.2006 г. по н. д. № 651 от 2005 г. на Пловдивски апелативен съд, Решение от 27.04.2007 г. по НАХД № 615 от 2006 г. на Добрички окръжен съд и др.

¹⁹ Решение № 16 от 17.04.1975 г. по н. д. № 16 от 1975 г., ОСНК на ВС.

Ако злепоставянето е наказуемо за всички граждани, то изискванията на закона и следователно санкцията за престъпването на задължението за оказване на помощ трябва да бъдат не занижени, а повишени спрямо изпълнителите на медицинска помощ, чиято основна специализация и задача е предоставянето на такава помощ. Впрочем в този смисъл и съдебната практика²⁰, която приема, че лекарската професия е свързана с висока професионална отговорност и спазване на правила, които правят тази дейност правно регламентирана, при това с оглед на професионалната квалификация на лекарите при презумирана възможност да се предвиди настъпването на обществено опасните последици и поради това нарушението на тези правила, дори и възведени само в правила за добра практика и не конкретно посочени в законов текст за всеки отделен случай, не изключва наказателната отговорност.

Втората група обхваща съставите на престъпления против собствеността – измама и изнудване (чл. 209 и чл. 213а НК), когато лекарите с цел да набавят имотна облага възбудят или поддържат у пациентите заблуждение и с това им причинят имотна вреда или когато пациентите бъдат принудени да се разпоредят със своя вещ (най-често парични средства) под заплахата за неоказване на медицинска помощ.

Първата хипотеза при измамата се илюстрира в практиката чрез случаите на използване на неосведомеността на пациентите и въвеждането им в заблуждение, за да заплатят здравни услуги, терапия, лекарствени средства или консумативи, които са финансирани от НЗОК и следователно безплатни. Втората хипотеза при изнудването – чрез директно изискване на недължимо плащане от пациент или негови близки като условие за оказване на иначе дължимата медицинска помощ под заплахата от риск за тежки последици за здравето и живота на пациента, ако помощта не бъде оказана.

В публичното пространство последната хипотеза неправилно се квалифицира като подкуп, доколкото лекарите не са длъжностни лица по смисъла на закона (чл. 301 и сл. вр. чл. 93, т. 1 НК). В съдебната практика²¹ обаче има и обратното становище – че независимо от правноорганизационната форма на медицинските заведения като търговски дружества досежно лекарите, изпълняващи ръководна работна функция, качеството на „длъжностно лице“ се обуславя от нормата на т. „б“ на ал. 1 на чл. 93 НК с оглед липсата на легална дефиниция на ръководна работа в закона и по силата на ТРОСНК № 73 от 1974 г.²²

²⁰ Определение от 28.01.2008 г. по в. ч. н. д. № 4 от 2008 г. на Бургаски апелативен съд, Решение от 2007 г. по НОХД № 152 от 2007 г., НК на Великотърновски апелативен съд и др.

²¹ Мотиви към Присъда № 101 от 19.11.2004 г. по НОХД № 272 от 2004 г. на Добрички окръжен съд и др.

²² Тълкувателно решение № 73 от 1974 г. на ОСНК на ВС очертава три хипотези, в които се изразява същата: стопанско-разпоредителна; организационно-ръководна или организационно-възпитателна дейност.

Следва да се отбележи, че съгласно направените предходни изследвания²³ тази група престъпления са сред най-често срещаните нарушения на правата на пациента. Като основна причина да извършват нерегламентирани плащания на изпълнители на медицинска помощ ползвателите на здравни услуги в мнозинството си (54%) посочват страха, че лекарите ще откажат да ги лекуват, а на второ място (21%) незнанието на законите и правата си и по-специално относно дължимостта или недължимостта на заплащане за конкретната медицинска услуга. И двете хипотези почти буквално преповтарят съставите на престъпленията изнудване и измама. Под заплахата за своето здраве или за здравето на своите близки ползвателите на здравни услуги при силната психологическа зависимост от лекаря и в ситуацията на обърканост, тревога и спешност, наложена от болестта, са твърде податливи на изнудвачески действия и особено ако не са наясно с правата си при липсата на ясна и достъпна информация за това, кои здравни услуги са безплатни, кои платени и при каква цена.

С оглед на така посочените причини е необходимо създаването на допълнителни гаранции за информираност на ползвателите на здравни услуги. Тази информация следва обаче да създава не само яснота относно платените и безплатните услуги, но така също и досежно механизмите за административен контрол и особено относно възможността да се сезира прокуратурата при измамни или изнудвачески действия за ангажиране на наказателната отговорност на виновните за такива действия изпълнители на медицинска помощ.

2.2.2. Наказателнопроцесуални гаранции за защита на ползвателите на здравни услуги

Процесуалната реализация на съдебната защита по наказателни производства ползвателите на здравни права могат да осъществят единствено в качеството си на пострадали от престъплението, за което е образувано наказателното преследване (чл. 15, ал. 4 от НПК). Съгласно закона (чл. 74 НПК) качеството на „пострадал“ има лицето, което е претърпяло имуществени или неимуществени вреди от престъплението. Следователно това е пациентът, претърпял вредите, или неговите наследници при настъпила смърт, т.е. право на защита като пострадали в наказателен процес могат да имат само физическите лица – ползватели на здравни услуги, или техните наследници, но не и юридически лица – пациентски организации. Практиката на съда²⁴ обаче приема, че това ограничение важи единствено по дела от общ характер и за конституирането като частен обвинител наред с прокурора. Обратно, Съдът на Европейските общности²⁵ на основа-

²³ http://www.osf.bg/downloads/File/Neform_plashtania_Report.pdf, доклад „Неформални плащания в системата на здравеопазването“ на Институт „Отворено общество“, 2008, 24–26.

²⁴ Решение № 72 от 01.11.1960 г. по н. д. № 66 от 1960 г., ОСНК на ВС.

²⁵ Решение на Съда (трети състав) от 28 юни 2007 г. (преюдициално запитване от Tribunale de Milano – Италия) – наказателно производство/Giovanni Dell'Orto (Дело C-467/05) (1) Обн. С ОВ., бр. 199 от 25 август 2007 г.

ние рамково решение 2001/220/ПВР на Съвета от 15 март 2001 г. приема, че по неговия смисъл понятието „пострадал“ не включва юридическите лица, които са претърпели вреди, пряко причинени от действия или бездействия в нарушение на наказателното право на държава членка.

Това означава, че пациентски организации или други юридически лица, организирани в защита на ползватели на здравни услуги, не разполагат с правната възможност да участват в наказателния процес независимо от претърпените от тях имуществени вреди от престъпната дейност, осъществена в областта на обществените отношения по здравеопазване. В закона обаче (чл. 24, ал. 1, т. 9 и чл. 73, ал. 2 НПК) се визират процесуални възможности на ощетени юридически лица – относно искане за прекратяване на наказателното производство от страна на пострадалия или ощетеното юридическо лице или относно искане за вземане на мерки за обезпечаване на бъдещ иск по реда на ГПК.

В този смисъл независимо от практиката на СЕО юридическите лица биха могли да се конституират като граждански ищци в наказателните производства, пострадали от нанесени им имуществени вреди. Такава е и националната съдебна практика – Определение № 97 от 15.07.2008 г. по ч. н. д. № 189 от 2008 г. на Ямболски окръжен съд, Определение № 67 от 11.05.2009 г. по н. д. № 217 от 2009 г., н. к., III н. о. на ВКС и др. Но в практиката не се откриват дела, в които пациентски организации да са се конституирали като граждански ищци в наказателни производства за обезщетяване на претърпени от тях имуществени вреди. Макар че хипотетично тази възможност съществува, следва да се отбележи, че правният интерес за воденето на такъв иск за пациентска организация в наказателното производство би възникнал само в хипотезата на предоставени средства, с които физическото лице – ползвател на здравна услуга, е заплатил лечение или лекарствени средства/консумативи, когато това плащане е било недължимо (измама) или под заплахата за неговото здраве (изнудване).

Формата за реализация на наказателноправната защита на пострадалия от престъпление ползвател на здравни услуги е чрез конституиране в наказателния процес като частен обвинител или граждански ищец (чл. 76, чл. 84 и чл. 49, ал. 3 НПК).

В процесуалната фигура на частен обвинител могат да се конституират пациентите, когато са пострадали от нанесени им имуществени или неимуществени вреди от някое от разгледаните по-горе в т. 2.2.1. престъпления. При престъпленията изнудване и измама пациентите могат да претендират това качество на основание настъпилите за тях имуществени вреди от разпореждането с вещи (пари) в полза на обвиняемите доставчици на медицински услуги. При престъпления, засягащи физическия статус и при настъпил вреден резултат (убийство и телесна повреда, без злепоставяне), пострадалите пациенти могат да се конституират като частни обвинители на основание претърпените болки и страдания или настъпило влошаване на здравния статус в резултат на престъпното деяние от страна на лекаря – доставчик на медицинска услуга, като при настъпила смърт това право преминава върху техните наследници.

Възможностите на пациентите в това качество се изчерпват с поддържане на обвинението в съда наред с прокурора или дори ако прокурорът заяви, че не го поддържа (чл. 78 НПК). В това си качество ползвателят на здравна услуга разполага с процесуалните възможности да се запознава с делото, да прави извлечения, да представя доказателства и участвайки в съдебното производство, да прави искания, бележки и възражения и да обжалва актовете на съда, когато са накърнени неговите права и законни интереси.

Наред с всички останали проблеми в развитието на наказателните процеси в България пострадалите от престъпление ползватели на здравни услуги срещат един основен, но решаващ проблем за доказването на извършеното против тях престъпление и реализацията на наказателната санкция. В случаите, когато се касае за престъпление против личността – причиняване на смърт, телесни повреди или злепоставяне, причинени от лекарска небрежност, доказването е обективно възможно чрез решаващото доказателствено средство на съдебно-медицинската експертиза.

Съдебномедицинските експертизи са способ на доказване, който се прилага, когато за изясняване на някои обстоятелства по делото са необходими специални знания из областта на науката. В случаите, когато се касае за установяване на правилността на лечение или предприети медицински процедури, липсата на такива познания в съда се презумира, тъй като се отнася до специализирани медицински познания относно човешката физиология и методите за въздействие при различни болестни състояния.

Този извод се подкрепя от изричната разпоредба на закона (чл. 144, ал. 2 НПК), съгласно която експертизата е задължителна, когато съществува съмнение относно причината на смъртта и характера на телесната повреда, които са принципно случаите на престъпления против личността на ползвателите на здравни услуги с оглед настъпилата увреда на здравето им.

Такива експертизи следователно могат да бъдат извършени единствено от лица, упражняващи медицинска професия, т.е. лекари от съответната област на медицината като медицинското лице, което със свои действия или бездействия е причинило настъпването на престъпния резултат. Макар лекарите експерти да са длъжни да дадат вярно заключение под страх от наказателна отговорност на лично основание (чл. 291 НК), не може да се пренебрегне възможността да се повлияе върху начина, по който лекарите експерти преценяват действията на свой колега от гледна точка не само на професионалната колегиалност²⁶, но така също и поради съвсем логичното и неизбежно съпоставяне на евентуалните собствени действия в идентична ситуация и естествената човешка склонност към оправдаване, която би могла да доведе до подсъзнателно смекчаване на изводите досежно допуснатата лекарска небрежност.

Предявяването на граждански иск в наказателното производство е процесуална възможност за възмездяване на причинените от престъплението иму-

²⁶ Чл. 40 и чл. 41 от Кодекса на професионалната етика на лекарите.

ществени и неимуществени вреди и способ за съдебна защита, който е изцяло в интерес на пострадалия пациент – ползвател на здравна услуга. За важността на това право са доказателство и процесуалните гаранции, възведени в закона (чл. 51 и чл. 73 НПК), които обезпечават за пострадалия възможността за своевременно информиране относно правото да се предяви граждански иск в наказателния процес, обезпечаването му като бъдещ иск и дори предявяването му от прокуратурата в полза на пострадал пациент, ако той поради непълнолетие или физически или психически недостатъци не може сам да защити своите права и законни интереси, предприемайки действия в този смисъл.

Всъщност основното преимущество за воденето на граждански иск не по общия ред, а в наказателното производство произтича от обстоятелството, че по реда на НПК пострадалият пациент не носи доказателствената тежест и отговорността за доказването на престъплението и свързаните с него вреди – имуществени или неимуществени, тъй като тази тежест се понася от разследващите органи в досъдебното производство и от прокуратурата на съдебна фаза (чл. 103 НПК).

Това правило значително облекчава пострадалия пациент, който същевременно не е лишен от процесуалната възможност и сам да предприема действия в тази посока независимо от прокурора, ако реши и разполага с достатъчно средства за това – по аргумент на чл. 78 НПК.

Второто важно предимство касае разнските по гражданския иск, каквито не са дължими в наказателното производство – първоначална такса за завеждането на иска не се събира, както и при отхвърляне на иска, а при уважаването му такава се възлага на обвиняемия в процеса.

Третото предимство касае процесуалната икономия, доколкото, ако е налице настъпила имуществена или неимуществена вреда от престъпно деяние на изпълнител на медицинска помощ и гражданският иск бъде заведен по общия ред на ГПК, то гражданското съдопроизводство ще следва да се спре до приключването на наказателното производство поради очевидния му преюдициален характер (чл. 229, ал. 1, т. 4 и 5 ГПК) и до установяването с влязла в сила присъда или решение на въпроса за вината на дееца.

В наказателното производство доказателствата, които установяват извършването на престъплението, обичайно са такива, които доказват пряко или косвено настъпилите от деянието вреди, а освен това могат да бъдат събирани допълнително именно в тази насока наред с доказателствата и доказателствените средства относно състава на престъпление или като част от състава на престъпление. Протичащите паралелно производствени действия по доказването на извършено от обвиняемия престъпление и настъпили вреди спестяват значително време за пострадалия пациент и благоприятстват по-скорошното му обезщетяване за претърпените от него вредни за здравето му резултати.

Проблем за пострадалия от престъпление пациент обаче представлява възможността на прокуратурата да сключи споразумение с обвиняемия относно

вида и размера на наказанието и да се откаже от съдебно преследване (чл. 381 и сл. НПК). Вярно е, че такава възможност не се допуска при причиняване на смърт, но е допустимо при всички останали престъпления против личността и собствеността на пациент (аргумент от чл. 381, ал. 2 НПК).

Така пострадалият пациент е лишен от възможността да оспори размера на определените от прокуратурата имуществени вреди и изцяло от възможността да предяви и получи неимуществени вреди в наказателния процес. Макар че споразумението се допуска само след възстановяване или обезпечаване на претърпените имуществени вреди, което означава, че пострадалият пациент ги получава в сравнително кратки срокове, това предимство е недостатъчно, за да балансира недостатъците на споразумението в наказателното производство, което под никаква форма не зачита мнението на потърпевшия от престъпното деяние.

И макар санкционирането на общественотоопасните деяния да е изключителен прерогатив на държавата, не бива да се забравя, че освен другото то цели и възмездяване по отношение на конкретните физически лица, пострадали от престъпление, и съществува именно за защита и охраняване на техните права и законни интереси. Съществуването на подобно споразумение е силен аргумент на защитата на обвиняемия в евентуално последващо гражданско производство по общия ред, ако такова е заведено от пострадалия пациент за обезщетяване на вредите в твърдения от него размер.

2.3. Гражданскоправни спорове по общ исков ред

Ползвателите на здравни услуги разполагат с правната възможност да предявят иск по общия ред на ГПК в случаите, когато:

- са претърпели нарушение на техните здравни права, за което са подали жалба до директора на РЗОК или до други компетентни административни органи за налагане на санкция чрез наказателно постановление, но са пропуснали възможността да поискат обезщетение в административнонаказателното производство по реда на ЗАНН;
- са оспорили подзаконов, общ или индивидуален административен акт и са пропуснали да предявят иск за обезщетение за причинените от акта вреди по реда на ЗОДОВ;
- са пострадали от лекарска небрежност, измама или изнудване и са пропуснали да предявят граждански иск в наказателното производство по реда на НПК.

Процесуалноправната възможност за този способ на защита произтича от принципната функция на гражданското съдопроизводство, съгласно която съдилищата са длъжни да разгледат и разрешат всяка подадена до тях молба за защита и съдействие на лични и имуществени права (чл. 2 ГПК). Исковите про-

изводства по общия граждански ред в този смисъл са последната и най-широка форма на защита на ползвателите на здравни права, доколкото разгледаните дотук способности за защита са повече или по-малко специализирани с оглед на административноправния характер на обществените отношения по здравеопазване и реализацията на субективното право на здраве.

2.3.1. Вугове искове

а) Обхват на исковата защита

Съгласно разпоредбата на закона (чл. 124 ГПК) всеки може да предяви иск, за да възстанови правото си, когато то е нарушено, или за да установи съществуването или несъществуването на едно правно отношение или на едно право, когато има интерес от това. По този начин законът очертава кръга на правата, които подлежат на защита по общия исков ред пред гражданските съдилища.

С оглед защитата на ползвателите на здравни права такива биха били исковете за обезщетяване на имуществени и неимуществени вреди, причинени от актове, действия и бездействия на административни органи или от действия и бездействия на изпълнители на медицинска и дентална помощ или на конкретни лекари, работещи при изпълнителите на медицинска помощ.

Останалите възможни като основание искове – за установяването на наличието на субективно право или на факт с правно значение, например: съответствие с изискванията за включване в списък за трансплантация на органи, тъкани и клетки; или установяването на статус на здравноосигурено лице, по всяка вероятност биха били определени от съда като недопустими поради техния административноправен характер, доколкото за реализацията им е предвидена предхождаща санкция на административен орган чрез издаването на конститутивен (правосъздаващ) или констативен (правопризнаващ) индивидуален административен акт.

б) Страни

По своята същност исковете за имуществени и неимуществени вреди са искове за възстановяване на нарушено право. ГПК дава само процесуалното основание за воденето на иска. Материалноправната легитимация обаче следва да намери своето основание в закон, с който се създават материалните предпоставки за претендиране на обезвредата. Приложимият материален закон в случая е чл. 82 и чл. 45 и сл. от Закона за задълженията и договорите (ЗЗД) – отговорност за неизпълнение при договорни правоотношения и отговорност при непозволено увреждане (деликт). Легитимация за реализиране на отговорността за неизпълнение имат здравноосигурените лица, доколкото правоотношенията по здравно осигуряване независимо от смесения фактически състав се основават на юридическия факт на договор в полза на здравноосигуреното физическо

лице, сключен между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ въз основа на приетия НРД.

Деликтната отговорност е извъндоговорна по своя характер, т.е. независимо от съществуването или не на договорно правоотношение между причинителя и увредения, и в този смисъл ще е способ за здравнонеосигурените лица за търсене на отговорност за причинени вреди от изпълнителите на медицинска помощ в хипотезите, когато такава помощ им е била дължима (чл. 82, ал. 1 33).

Както бе отбелязано по-горе, здравнонеосигурените лица по аргумент на противното от чл. 35, т. 5 33О имат право да претендират вреди от нарушение във връзка с цялостен отказ да им бъде предоставена изобщо здравна помощ в дължимия за тях минимален обем, но не и за непълно, неточно или забавено изпълнение, което представлява неизпълнение и по дефиниция е налице единствено на договорна основа (аргумент по чл. 63 и сл. 33Д). Обезщетенията, които ползвателите на здравни услуги могат да претендират, се определят в зависимост именно от правоотношението, чието нарушаване е причина за настъпването на вреди.

● **Легитимация на здравноосигурените лица**

При договорната отговорност за здравноосигурените лица съгласно закона (чл. 82 33Д) обезщетението ще обхваща претърпяната загуба и пропуснатата полза, доколкото те са пряка и непосредствена последица от неизпълнението и са могли да бъдат предвидени при пораждаване на задължението. Преведено на езика на здравните услуги, това означава, че вредите, които са настъпили за пациента, трябва да произтичат директно от небрежно или немарливо изпълнение на лекарските задължения. Освен че вредите следва да са пряка и непосредствена последица от неизпълнението, те следва и да са били предвидими при пораждаване на задължението, т.е. медицинските лица да са могли да направят за тях логично предположение съгласно обичайната медицинска практика. Например, ако не се лекува простудно заболяване на горните дихателни пътища, е по-скоро вероятно заболяването да прерасне в бронхиално или белодробно усложнение, чието лечение да е по-продължително и да изисква по-интензивни по своето действие и по-скъпи като стойност лекарства или манипулации. Това изключва обезщетяването на вредни последици за здравето, настъпили от здравословни проблеми, които не са били известни или не са могли да бъдат установени от лекаря при извършените от него преглед, манипулации или лечение. Предвидимостта на претърпените вреди²⁷ в този смисъл е онази вреда, която нормално произтича при неизпълнение на поетото задължение за предоставяне на най-адекватно лечение.

Когато обаче резултатът от неизпълнението се дължи на други фактори от обективен характер, независещи от волята и желанието на страните по догово-

²⁷ Решение № 62 от 01.06.1965 г. по гр. д. № 36 от 1965 г. на ОСГК, Решение № 61 от 25.04.1995 г. по гр. д. № 810 от 1994 г., V г. о. на ВС и др.

ра, не може да се приеме, че изпълнителите на медицинска помощ ще следва да носят отговорност.

Според съда за пряка последица може да се говори само в случаите, когато тя е в резултат на конкретния фактически състав, но не и когато са действали странични или допълнително обуславящи фактори, за които длъжникът няма вина, който дължи обезщетение само за онези вреди, които са закономерно необходима последица от неизпълнението на поетото от него задължение.

Същият стандарт се споделя от съдебната практика²⁸ и относно присъждането на пропуснатите ползи и тяхната дължимост, като изхожда от нормалното, закономерно настъпване на ползите, ако задължението е било изпълнено. Само когато ползите са предвидими още при поемане на задължението, те се считат действително пропуснати – например раздаването на коледни бонуси към работната заплата за служителите, които работят в периода 26.12.–31.12., са били пропуснати от пациент, който е заявил, че ще работи през този период, но на кого то не е бил своевременно отстранен по оперативен път възпален апендикс и е настъпила перфорация, което е довело до по-продължителен период на хоспитализация и съответно по-дълго отсъствие от работа, включително за заявления от него коледен период.

Ако обаче длъжникът – медицинско лице, е бил недобросъвестен, той отговаря за всички преки и непосредствени вреди, независимо дали са могли да бъдат предвидени, или не. Например, ако не е бил извършен преглед или прегледът е бил формален и повърхностен, лекарят ще дължи обезвреда за вредите, настъпили от лошото лечение, независимо дали вредните последици са обичайни при лошо лечение на съответното заболяване, или са влошени в отклонение от консервативното развитие на болестта при такова лошо лечение. Дори и в този случай на недобросъвестност по отношение на пропуснатите ползи ще е необходимо доказването на тяхната предвидимост, което е в тежест на пациента, който ги е претърпял.

Здравноосигурените лица обаче не разполагат по принцип с възможността да търсят обезщетение за неимуществени вреди, тъй като те се считат недължими по дефиницията на закона при договорната отговорност²⁹. Съдебната практика приема, че от точния разум и общия смисъл на разпоредбите на закона (чл. 82 ЗЗД) следва, че дължащото се обезщетение при неизпълнение на едно договорно задължение обхваща само онези вреди, които намаляват имуществото на кредитора (пациента) или не го увеличават, т.е. само имуществените вреди. При неточно изпълнение на едно договорно задължение в действащото ни гражданско право не се предвижда заплащането на неимуществени вреди, такова се предвижда само при неправомерно увреждане с оглед систематичното място на разпоредбата, уреждаща тяхната обезвреда (чл. 52 ЗЗД – Част II: Глава 5. Неправомерно увреждане).

²⁸ Решение № 2065 от 05.11.1959 г. по гр. д. № 6383 от 1959 г., III г. о.

²⁹ Решение № 1786 от 02.07.1970 г. по гр. д. № 1148 от 1970 г., I г. о.

Заплащането на неимуществени вреди по начало е едно изключение, за това разпоредбите, които го допускат, не могат да се тълкуват разширително, нито да се прилагат по аналогия. Въпреки това съдебната практика³⁰ приема, че е възможно съединяването на иск за обезщетение за неимуществени вреди от непозволено увреждане с иска за обезщетяване на имуществените вреди от неизпълнение на договорна отговорност, доколкото задължението да не се причинява физически (болки и страдания) и психически (тревожност, влошен сън и др.) дискомфорт произтича *ex lege* – по силата на закона. Така независимо от принципното изключване на неимуществените вреди от исковете за неизпълнение на договор за доставка на медицинска помощ за здравноосигурените лица е налице правната възможност при действително претърпени такива вреди да заведат иск за тяхното обезщетяване при условията на евентуално обективно съединяване с иска за имуществените вреди.

● Легитимация на здравноосигурените лица

При деликтната отговорност за здравноосигурените лица съгласно закона (чл. 51 ЗЗД) обезщетение им се дължи за всички вреди, които са пряка и непосредствена последица от увреждането, причинено при предоставяне на медицинска помощ. Вредите, за разлика от договорната отговорност при здравноосигурените лица, обхващат както имуществените, така и неимуществените вреди, причинени на здравноосигурените лица, като неимуществените не се доказват по размер, а се определят по справедливост (чл. 52 ЗЗД). За размера и вида на присъжданото обезщетение – ППВС № 4 от 23.12.1968 г. (Сборник постановления и тълкувателни решения на ВС на РБ по граждански дела 1953–1994, с. 245, пор. № 78).

Следва да се отбележи обаче, че макар тази разпоредба да е по-благоприятна, нейният положителен ефект се ограничава от стеснения кръг на дължимите към здравноосигурените лица медицински услуги, от чието неизпълнение те могат да претендират вреди (чл. 82, ал. 1 ЗЗ).

От друга страна, въпреки че не произтича от договор за здравно застраховане, а е извъндоговорна отговорност, здравноосигурените лица могат да насочват иска си не само към конкретните лекари делинквенти, но и към лечебното заведение, но не по силата на договора, сключен със НЗОК на основание НРД, а на основание разпоредбата на чл. 49 ЗЗД – като възложител на работа (здравна услуга), когато вредите са причинени при и по повод на тази работа³¹.

Така изцяло в полза и защита правата на здравноосигурените лица е константното разбиране на съда, че отговорността на възложителя на работата има обезпечително-гаранционна функция и не произтича от вината на лицето, което е възложило работата, и затова не може да бъде избягвана с възражение за това,

³⁰ Определение № 1379 от 12.11.2009 г. по гр. д. № 1331 от 2009 г., г. к., III г. о. на ВКС.

³¹ Постановление № 7 от 29.12.1958 г., Пленум на ВС, Сборник постановления и тълкувателни решения на ВС на РБ по граждански дела 1953–1994, с. 232, пор. № 73.

че вината е на причинителя лекар. Лечебното заведение, което е възложило изпълнението на медицинската услуга на конкретния лекар делинквент, може да се освободи от тази отговорност само ако докаже, че действията на лекаря не са били виновни и противоправни или ако вредата не е причинена при или по повод на възложената му работа.

• **Ответници**

Видно от гореизложеното е, че ответник по исковите производства може да бъде конституиран както изпълнител на медицинска помощ – лечебно заведение или национален център по проблемите на общественото здраве (по чл. 58 ЗЗО вр. чл. 2, ал. 1 ЗЛЗ и чл. 21, ал. 2, т. 1 ЗЗ), така и конкретни лекари или мощен медицински персонал на самостоятелно основание (чл. 62 ЗЗО) или като обикновени другари в процеса³² заедно с изпълнителя на медицинска помощ.

Следва веднага да се отбележи, че отговорността на конкретния лекар, физически причинил увредата, е деликтна за разлика от отговорността на изпълнителя на медицинска помощ – лечебното заведение, за което той работи, и която принципно произтича от сключения договор с НЗОК за предоставянето на такава помощ. Както бе уточнено, лечебното заведение би могло да отговаря за причинен деликт само като солидарен длъжник на основание чл. 49 ЗЗД.

Спорен е въпросът, дали НЗОК би могла да бъде конституирана като ответник в процес по иск за обезщетяване на вреди, причинени от неизпълнение на дължима медицинска услуга на здравноосигурени лица по чл. 82 ЗЗД. Няма практика в този смисъл и поради това всички бъдещи опити за конституиране на НЗОК като ответник следва да бъдат внимателно обмислени и аргументирани. Като се има предвид обаче съдебната практика³³ в идентични случаи досежно отговорността, произтичаща от различни основания – договорно застрахователно правоотношение и деликт, конституиране на НЗОК би могло да бъде осъществено от увредения пациент – ползвател на здравна услуга, чрез предявяване на икове при субективно пасивно, но само като евентуално съединение срещу застрахователя НЗОК или прекия причинител на непозволеното увреждане и обезпечително отговарящия за поведението му субект – лечебно заведение, за тяхното солидарно осъждане. Според съдебната практика в такива случаи в зависимост от предпочитанието на ищеца (в случая претърпелия вреди пациент) ще подлежи на уважаване искът или исковете само по отношение на избория за осъждане ответник или ответници, ако са основателни, а по отношение на другите пасивни другари няма да се породи сила на пресъдено нещо. Исковете по отношение на тях няма да подлежат на разглеждане, освен ако тези срещу предпочетенния първи евентуален ответник или ответници бъдат отхвърлени като неоснователни или се окажат недопустими.

³² *Сталев, Ж.* Българско гражданско процесуално право. Ч. 2, дял 2, § 78, 395–399.

³³ § 11, ППВС № 7 от 04.10.1978 г., Сборник постановления и тълкувателни решения на ВС на РБ по граждански дела 1953–1994, с. 336, пор. № 112.

В подкрепа на това разбиране по аргумент на противното е и съдебната практика³⁴ по договори, сключени в полза на трети лица, съгласно която третото лице бенефициер може да иска от длъжника обещател в негова полза само изпълнението на договора. Така ползвателят на здравна услуга ще може да насочи искане за изпълнение само към изпълнителя на медицинска услуга, но няма ограничения при искането за обезщетение, което означава, че обезщетение за неизпълнението на задължението може да бъде насочвано и към кредитора по договора, в случая НЗОК. Доколкото при здравнонеосигурените лица помощта се дължи *ex lege* – по силата на самия закон (чл. 82, ал. 1 ЗЗ), и не произтича от задължения, възникнали от договор, по който страна е и НЗОК, конституирането на Касата като ответник по иски за деликтна отговорност е процесуално невъзможно поради ненадлежността ѝ като страна по спора.

2.3.2. Особености на гражданските съдопроизводства

а) Продължителност на делата

Редът за разглеждане на исовете за обезщетение на ползвателите на здравни услуги е общият исков ред (чл. 103 и сл. ГПК). Производствата по граждански дела са по принцип триинстанционни (аргумент по чл. 119, ал. 1 КРБ вр. чл. 20 ГПК), макар че с приемането на новия ГПК (ДВ, бр. 59 от 2007 г.) достъпът до касация пред Върховен касационен съд бе мащабно ограничен чрез правилото за обосноваване на допустимост под условието на необходимост от разрешаване на материалноправен или процесуалноправен въпрос, решен в противоречие с практиката на ВКС, противоречиво от съдилищата или от значение за точното прилагане на закона, както и за развитието на правото.

Дори и при двуинстанционно разглеждане на делото обаче на практика гражданските съдопроизводства не приключват в разумен срок, като причина за това е определянето на съдебните райони и окръзи непропорционално на населението, попадащо под тяхната подсъдност, което води до пренатовареност на някои съдилища за сметка на други, както и липсата на воля във Висшия съдебен съвет за попълване на незаетите съдийски места, определени по щатно разписание.

В някои съдебни райони делата приключват на първа инстанция години след завеждането им, което е причината и за плановете за въвеждане на алтернативни способи за уреждане на спорове като центрове за съдебна медиация (резолюция 2004/0718/СОМ³⁵). Бавенето при разглеждането на делата е и една от честите причини за осъждането на България от ЕСПЧ по чл. 13 ЕКПЧОС поради нарушение на задължението на държавата да осигури ефективно средство за защита³⁶.

³⁴ Тълкувателно решение № 30 от 17.06.1981 г. по гр. д. № 2 от 1981 г., ОСГК.

³⁵ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:259:0122:01:BG:HTML>

³⁶ <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionId=46944189&skin=hudoc-en&action=request>

В случаите на искове на ползватели на здравни права този въпрос е от съществено значение, тъй като се касае за овъзмездяване на вреди, причинени във връзка със здравния статус, но също така и от значение за този статус и за в бъдеще, например при искове за възстановяване на средствата, заплатени от ползвателя на здравна услуга, която е следвало да бъде осигурена или заплатена от МЗ, НЗОК на изпълнителя на медицинска помощ или пряко на пациента и което осигуряване е било неправомерно отказано. Ползвателите на здравни услуги не разполагат с лукса да изчакват неопределен и продължителен период от време, за да защитят и реализират правата си, доколкото в мнозинството от случаите става въпрос за болестно състояние, което се нуждае от непрекъсната терапия, която пациентът може да не е в състояние да си осигурява сам по финансови причини.

б) Разглеждане на делата

С приемането на новия ГПК (ДВ, бр. 59 от 2007 г.) бяха въведени редица процесуални действия и предпоставки, чието провеждане да протича преди насрочване на съдебно заседание по делото и чиято цел бе предхождащо събиране на относимите доказателства и изясняване становищата на страните по спора (чл. 131–133, чл. 143, ал. 2, чл. 147 и чл. 159 ГПК). По сходни причини бяха значително изменени и правилата за призоваване, като се въведоха способности, непознати до този момент, като връчване на призовки и съобщения чрез електронен адрес (чл. 42, ал. 4 ГПК) и връчване чрез залепване на уведомление (чл. 47 ГПК), като бяха променени правилата за връчване чрез публично уведомление (чл. 48 ГПК).

Макар целта на всички тези нововъведения да бе процесуална икономия и ускоряване на насрочването и разглеждането на делата, практиката по приложението за изминалите две години от приемането им показва, че такава икономия не бе постигната. Напротив, простото сравнение на способите за връчване по стария и новия ред показват, че при новия ГПК има предпоставено значително забавяне, тъй като законът предполага не само действия на връчителите – служители на съда, но също така и действия на ищцовата страна, за нуждата от които тя следва да бъде допълнително уведомена (чл. 47, ал. 3 ГПК), снабдяването с документи, изходящи от трети лица – административни органи (чл. 47, ал. 3 и 4), назначаване на особени представители и др., които неизбежно водят до усложняване и забавяне на процеса по призоваване и следователно отлагат във времето за неопределен и непредвидим срок насрочването на първото по делото съдебно заседание.

в) Доказателства

Основно предимство за ползвателите на здравни права в гражданските съдопроизводства е обстоятелството, че за разлика от исковете за обезщетяване

в наказателните производства в гражданските спорове вината се предполага до доказване на противното (чл. 45, ал. 2 ЗЗД). В този смисъл е и константната съдебна практика³⁷. Това законово положение е от съществено и благоприятно значение за защитата на ползвателите на здравни услуги, тъй като облекчава водените от тях производствени действия чрез изключване на необходимостта от доказване на виновност на изпълнителя на медицинска помощ или конкретното медицинско лице.

Както и в наказателните производства, доказателствата по здравните искиове основно са събирани чрез съдебномедицинските експертизи за изясняване на някои възникнали въпроси в гражданския, административния или наказателния процес, за които са необходими специални знания из областта на науката, изкуството, занаятите и др. под. Съдът по искане на страните в производството или служебно назначава експертиза, която се извършва от вещи лица (чл. 195, ал. 1 ГПК вр. чл. 395, ал. 1 ЗСВ). Съдебните експертизи по класове и видове се определят в нарочен подзаконов нормативен акт³⁸. Легалната дефиниция на закона (§ 1, т. 1 ДР от Наредба № 1 от 16.01.2008 г.) урежда допълнителните условия, на които експертът следва да отговаря, за да може да действа в процеса с качеството на вещо лице, а именно да е със специални знания и умения и да е включен в списъка по чл. 398 ЗСВ или назначен при условията на чл. 396, ал. 2 ЗСВ. Такива списъци се изготвят за всеки съдебен район на окръжен и на административен съд, като върховните съдилища, върховните прокуратури и националната следствена служба могат при необходимост да утвърждават отделни списъци за нуждите на своята дейност. Вещото лице се назначава на принципа на случайния подбор от съответния списък на специалисти, утвърдени за вещи лица, като само по изключение за вещо лице може да бъде назначен специалист, който не е включен в съответния списък.

г) Срокове за произнасяне

Съгласно закона (чл. 235, ал. 5 ГПК) съдът е длъжен да се произнесе и да обяви решението си с мотивите най-късно в едномесечен срок след заседанието, в което е завършено разглеждането на делото. Срокът обаче е инструктивен³⁹, а не задължителен, следователно неспазването му не влече никакви дисциплинарни последици за съдебния състав. Поради това на практика произнасяне в така установения законов срок е по-скоро изключение, отколкото правило, като се имат предвид изтъкнатите по-горе в т. 2.3.2., буква а) обстоятелства по пренаатовареност на съдилищата в големите градове и липса на капацитет за своевременно разглеждане на делата.

³⁷ Постановление № 7 от 29.12.1958 г., Пленум на ВС, Сборник постановления и тълкувателни решения на ВС на РБ по граждански дела 1953–1994, с. 232, пор. № 73.

³⁸ Приложение № 1 към чл. 7 и чл. 13, т. 1 от Наредба № 1 от 16 януари 2008 г. на МП.

³⁹ Определение № 45 от 11.06.2009 г. по т. д. № 492 от 2009 г., т. К., I т. о. на ВКС по чл. 190 ГПК.

По същия начин стои въпросът и по спазването от съдилищата на разпореждането на чл. 149, ал. 2 ГПК за обявяване на деня, в който ще бъде произнесено решението при приключване на устните състезания.

д) Разноски и правна помощ

При защитата по гражданскоправен ред значителен недостатък за ползвателите на здравни услуги представлява обстоятелството, че за разлика от наказателните производства следва да понесат върху себе си съдебните и деловодните разноски. Тези разноски включват както таксите за образуване на делото (чл. 71, ал. 1 вр. чл. 69, ал. 1, т. 1 ГПК), така и разноските за съдопроизводствените действия – призоваване на свидетели (чл. 75 ГПК), съдебни експертизи (чл. 76 ГПК) и всякакви други процесуални действия, чрез които се доказва искът, предмет на делото. В хипотезата на ползвателите на здравни права това означава, че освен че вече са понесли върху себе си имуществена загуба, чието възстановяване претендират, те следва да инвестират допълнителни средства, за да си осигурят ангажирането на държавната принуда за присъждане на вземането им срещу неизправния изпълнител на медицинска помощ или конкретния лекар делинквент. При това тези разноски съвсем не са незначителни. Съгласно нормата на закона таксата, която се събира за образуване на съдопроизводство по иска за обезщетение на имуществени и неимуществени вреди, е в размер на 4% от цената на иска (чл. 73, ал. 3 ГПК вр. чл. 1 от тарифата⁴⁰), която представлява размерът на исканото от ищеца обезщетение. Съществуващата законова възможност за освобождаване от заплащане на държавни такси и покриването им от бюджета на съда поставя редица условия, които най-общо изискват да се докаже липсата на достатъчно средства за тяхното заплащане с оглед доходите, имущественото състояние, семейното положение, здравословното състояние, трудовата заетост, възрастта и други констатирани обстоятелства (чл. 83, ал. 2 ГПК). Освобождаване *ex lege* – по силата на закона, се предвижда само при исковете за вреди от непозволено увреждане от престъпление, за което има влязла в сила присъда. Освен това възможност за освобождаване съществува по отношение на физическите лица – ползватели на здравни услуги, но не и за юридическите лица (по аргумент на чл. 83, ал. 2 ГПК), което означава, че пациентските организации не могат да водят дела в полза на свои членове, ако не разполагат с предварително осигурени средства, с които да финансират процесуалните си действия.

Особен деловоден разход представляват разноските за процесуално представителство – чрез ангажиране на адвокат. Правото на защита от адвокат е конституционно гарантирано (чл. 56 от Конституцията), но не е финансово обезпечено. Необходимостта от квалифицирана правна помощ е безспорна, а в делата за защита на здравни права и наложителна поради липсата на трайна и непротиворечива съдебна практика в тази област на правораздаване. Решението за въ-

⁴⁰ Тарифа за държавните такси, които се събират от съдилищата по Гражданския процесуален кодекс (ПМС № 38 от 27.02.2008 г., в сила от 01.03.2008 г.).

веждане на данък добавена стойност⁴¹ върху адвокатските услуги и когато чрез тях се реализира правото на страна на процесуално представителство, с което се осъществява правото на защита на физически лица в досъдебни, съдебни, административни и арбитражни производства, допълнително оскъпява тези услуги за ползвателите на здравни права. Това значително оскъпяване е неоправдано, особено като се има предвид, че по този начин се осъществява гарантирано конституционно право (чл. 122, ал. 1 вр. чл. 117, ал. 1 от Конституцията), което в никакъв случай не може да представлява облагаема икономическа дейност по смисъла на ЗЗДС. Затова и правото на правна помощ, уредено в закона (чл. 94 ГПК вр. чл. 21, т. 3 ЗПП) чрез осигуряване на безплатна адвокатска защита за конкретна страна в съдебното производство придобива решаваща значимост за защитата на пациентите в гражданския процес.

Условията и начинът на предоставяне на правната помощ съгласно закона (чл. 23 ЗПП) са идентични с тези за освобождаване от държавни такси в гражданския процес. В случая за ползвателите за здравни права от значение е представянето на доказателства за здравословно състояние – текущ или предходен здравен статус, с оглед приложението на разпоредбата на чл. 23, ал. 4, т. 4 от ЗПП.

е) Обезщетения

Присъждането на обезщетение представлява произнасяне по главния иск в гражданските съдопроизводства за защита от неизпълнение на договор за здравноосигурителни права или при непозволено увреждане на здравето от неизпълнение на законово задължение за съдействие. Обезщетяването по основание и размер е основният спор, чието разрешаване се дължи от съда.

По тези въпроси почти липсва съдебна практика, която да бъде систематизирана и обобщена, за да могат да бъдат направени обосновани изводи за начина, по който съдилищата преценяват и присъждат обезщетения за възстановяване и обезвреда на здравето. Прегледът на общата практика по обезщетяване по граждански иски показва, че съдилищата рядко уважават обективно съединения иск за неимуществени вреди, нанесени от деликт, независимо от уважаването на иска за претендираните в същото производство имуществени вреди⁴².

При определянето на имуществените вреди практиката на съда е константна, що се отнася до пряко настъпилите от увредата щети и при доказване ги овъзмездява в пълен размер, като в тях се включват както директно претърпените за патримониума загуби от ползвателя на здравни услуги – заплащане на лекарства, лечение, процедури, изследвания и др., така и пропуснатите предвидими ползи – разлика между обезщетението за временна неработоспособност (чл. 40, ал. 4 КСО) и пълния размер на трудовото възнаграждение, дължимо за периода на заболяването, ако ползвателят бе работил и др.

⁴¹ Чл. 44, ал. 1, т. 5 ЗЗДС, отменена ДВ, бр. 95 от 2009 г. в сила от 01.01.2010 г.

⁴² Решение от 19.11.1999 г. по гр. д. № 1163 от 1999 г., ГК, III с-в на Софийски апелативен съд.

Ако със заплатеното му обезщетение по Кодекса на труда не бъдат обезщетени изцяло тези вреди, пострадалият ползвател на здравни услуги може да търси по исков ред разликата от онзи, който му е причинил тези вреди⁴³. С оглед на съдебната практика по обхвата на вредите като претърпени щети и пропуснати ползи по сходен начин би се решил въпросът и при трайно намалена работоспособност за компенсиране на разликата между размера на трудовото възнаграждение, получавано преди инвалидизирането, резултат от лекарска небрежност, и този, получаван след трудоустрояването или пенсионирането до настъпването на възрастта за придобиване на право на пенсия по осигурителен стаж и възраст (чл. 68 КСО). На последно място, съдът⁴⁴ приема, че на възмездяване подлежат както негативните, така и позитивните вреди, последица от неизпълнението, като към последното се приравнява и неточното изпълнение, включително неточност по време, т.е. при несвоевременно предоставяне на дължимата здравна услуга.

Няма консистентна съдебна практика и по отношение на обезщетяването на неимуществените вреди за здравнонеосигурените лица. От решенията, произнасяни по сходни граждански искиове на основание непозволено увреждане, могат да бъдат изведени няколко основни положения. Преди всичко съдът⁴⁵ допуска определяне на общ размер на имуществените и неимуществените вреди, като приема, че законът не изисква тяхното поотделно определяне, доколкото неимуществените вреди не подлежат на доказване, а се определят по справедливост. Те обаче могат да бъдат намалявани⁴⁶, ако уврежданият е допринесъл с поведението си или съпричинил настъпването им, например изобщо не е предприел указаното му, макар и погрешно лечение, с което е усилил ефекта от болестта и е влошил здравето си повече, отколкото, ако се бе лекувал по предписания, макар и неадекватен, начин. Върху присъдения размер на обезщетението се дължат винаги и лихви⁴⁷, тъй като при непозволеното увреждане те се явяват компенсаторни, а не мораторни (за забава), и се дължат от деня на увреждането, защото съгласно закона (чл. 84, ал. 2 ЗЗД) длъжникът се смята в забава и без покана.

Като предмет на задължението, произтичащо от непозволено увреждане, се приемат парите като родово определена и заместима вещь заради естеството на самото задължение да се поправят вредите, виновно причинени другиму. В подкрепа на този извод се разглежда съпътстващата законова уредба (чл. 51, ал. 1, предл. 2 ЗЗД), съгласно която обезщетението може да бъде платимо еднократно или периодически, от което следва, че обезщетението се изразява в плащането на известна сума пари, което плащане може да стане еднократно или периодически.

⁴³ Решение № 2254 от 05.11.1958 г. по гр. д. № 6041 от 1958 г., II г. о.

⁴⁴ Решение № 1511 от 06.10.1995 г. по гр. д. № 2551 от 1994 г., V г. о. на ВС.

⁴⁵ Решение № 19 от 11.01.1955 г. по гр. д. № 6840 от 1954 г., IV г. о. на ВС, Решение № 1787 от 27.09.1955 г. по г. д. № 5611 от 1955 г., IV г. о. на ВС.

⁴⁶ Решение № 230 от 26.01.1957 г. по гр. д. № 348 от 1957 г., IV г. о.

⁴⁷ Решение № 2345 от 17.11.1958 г. по гр. д. № 6315 от 1958 г., II г. о.

Така практиката предрешава въпроса относно изпълнението (плащането) на присъденото обезщетение в определения по гореописания начин размер. Разсрочката или периодизацията на присъдените суми за обезщетяването на вреди от непозволено увреждане е частен израз на общата възможност за отсрочване или разсрочване на изпълнението на решението. Даването на разсрочка според съда⁴⁸ намира основание в имотното състояние на длъжника или други конкретни обстоятелства, които подлежат на съобразяване във всеки отделен случай. Този подход обаче следва да бъде разкритикуван както общо, така и в частност по отношение на ползвателите на здравни права. Впрочем съдебната практика приема, че разсрочката или периодизацията не бива съществено да засяга интересите на носителя на вземането, в случая увредения пациент, а така също да отчита всички други специфични, конкретни обстоятелства, които могат да бъдат от най-различно естество и затова съобразявани във всеки конкретен случай.

⁴⁸ Решение № 1708 от 29.11.1975 г. по гр. д. № 1264 от 1975 г., I г. о.

III. ИЗВОДИ

1. ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРИНЦИПИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Обществените отношения, свързани със здравето и здравеопазването, са уредени от чл. 52 от Конституцията като част от основните права на гражданите.

Тълкуването на нормите в тяхната цялост демонстрира предпазливостта на законодателя при формулирането на тези принципи и очевидното нежелание да се поеме категоричен ангажимент и задължение от страна на държавата за създаване на конституционни гаранции за упражняването на субективни права, свързани със защита на правото на здраве. Задължението за държавна закрила (на здравето – чл. 52, ал. 3 КРБ) е декларативно и не се свързва с посочването на никакви изрични гаранции или способности за осъществяването ѝ. По този начин въпросът е оставен изцяло на усмотрението на изпълнителната власт като част от формирането на национална политика, което предполага променливост, не-трайност и несигурност за гражданите, доколкото всяко правителство има възможността да променя мерките в тази област в съответствие с неговата политическа идеология и платформа.

Всъщност до голяма степен отстъплението от поемане на задължение от държавата за осигуряване на правото на здраве се разкрива от начина, по който се формулира това право или, по-точно, от това, че не се формулира изобщо. Субективно право на здраве не е уредено в българската Конституция. Уредено е право на здравно осигуряване, което е съвсем различен вид право. При това, въпреки че се урежда като право, то *de jure* представлява задължение на гражданите, доколкото е условие за достъпа им до медицинска помощ.

Освен това чрез своята практика (Решение № 5 от 29.06.2000 г. по конституционно дело № 4 от 2000 г., Решение № 2 от 22.02.2007 г. по конституционно дело № 12 от 2006 г., Решение № 11 от 01.07.2003 г. по конституционно дело № 9 от 2003 г.) Конституционният съд „оправомощава“ изпълнителната власт да обуславя достъпа до здравни услуги от конкретната управленска и икономическа конюнктура и най-вече и преимуществено от финансовите средства, с които лицето, ползващо здравните услуги, разполага.

Този подход в тълкуването на Конституцията и съотнасянето на здравните права към категорията на социалните права търпи критика като несистема-

тичен и по-скоро политически и икономически, отколкото правно мотивиран. Независимо от положението ѝ на основен закон с превес над всички международни и вътрешни норми (Решение № 7 от 02.07.1992 г. по конституционно дело № 6 от 1992 г.) Конституцията не следва да се тълкува изолирано от тях и особено без да се отчита систематичната връзка между отделните основни права, уредени в Глава втора от нея. Така, въпреки че здравното осигуряване представлява правоотношение, което съчетава административноправни и договорни елементи, обстоятелството, че чрез него се осъществява достъп до здравни услуги и медицински грижи, означава, че правото на здравно осигуряване рефлектира пряко върху физическото здраве и интегритет на личността. Това от своя страна гарантира правото на живот (чл. 28 от Конституцията и чл. 2 ЕКПЧОС) и защитата от безчовечно или унижаващо отношение (чл. 29, ал. 1 от Конституцията, чл. 3 ЕКПЧОС и чл. 3 от Конвенцията против изтезанията). В частност този извод може да се илюстрира чрез квалификацията на отказа на достъп до животоподдържащи лекарства и медицински грижи като нарушение на забраната за унижително или нечовешко отнасяне, а в случаите на животоспасяващи манипулации и лечение – и на правото на живот.

Конституционният съд е орган, създаден да дава задължителни тълкувания на Конституцията (чл. 149, ал. 1, т. 1). В тази своя дейност КС следва да спазва общите принципи на всяка съдебна институция независимо от специализираните си функции и поради това е необходимо стриктно да се придържа към принципите за безпристрастност и равенство, когато произнесе своите решения. Веднъж избрани на своя пост, конституционните съдии са длъжни да загърбят политическата платформа на назначилите ги институции (чл. 147, ал. 1) и да формират вътрешното си убеждение, изхождайки от всички цели на Конституцията като основен закон, като не забравят, че част от тези цели са закрепване и защита правата на гражданите, и то при равенство и баланс със защитата на държавността и администрирането на общественото управление.

2. ЗАКОНОДАТЕЛСТВО

На основата на така очертаните от Конституцията, но и от практиката на КС, основни положения в сферата на обществените отношения по здравеопазване е от съществено значение начинът, по който са дефинирани в законодателството (чл. 2 33) принципите за опазване на здравето на гражданите като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие“, които следва да се прилагат от държавата.

Проблем обаче представлява обстоятелството, че в Закона за здравето основни общи принципи на здравеопазването са въведени и принципи за прилагане на принципите като гаранция за упражняване на правата. Тавтологията е очевидна и внася значително объркване в това, дали основното в тази област право на достъп до медицинска помощ е субективно право, или принцип, или принцип

за прилагане на принципа. Проличава липсата на ясна законодателна концепция при уреждане на правата на пациентите до степен на декларативност и липса на систематичност дори в рамките на един и същ нормативен акт. Макар че тази липса е типична и обща за цялата ни законодателна дейност през последните две десетилетия, в сферата на обществените отношения, свързани със здравеопазването, тя е недопустима с оглед вида на засяганите права и тяхната пряка връзка с основни права на човека като правото на живот и защитата от нечовешко или унижително отнасяне.

Освен това здравното ни законодателство е изразено дуалистично по своя характер. От една страна, са правата на пациента, които са дефинирани без пряка зависимост от въпроса за икономическата обезпеченост на конкретното право. От друга страна обаче, са уредени като отделен кръг правата на здравноосигурените лица, при които има ясно изразена обусловеност от предварителното им заплащане. Налага се изводът, че някои от закрепените субективни права на пациента нямат директна връзка с ползването на здравните услуги в системата за здравеопазване. Необходимо е ясно отграничаване на правата на пациентите от принципите на здравеопазване, както и избягване на прогласяването на права, чиято реализация не е подкрепена със законоустановени гаранции и способности за осъществяването им на практика. В противен случай нормотворчеството в областта на защита на здравето придобива формален характер и се отклонява от функцията на законодателната регулация за създаване на реални правни гаранции за практическото упражняване на въздиганите субективни права.

Вярно е, че грижите за здравето зависят изцяло от възможността за финансовото им обезпечаване. Така стои въпросът обаче и с повечето, ако не всички, основни права, прогласени в Конституцията. Създаването на правни гаранции за реализацията на субективните права винаги има своята обществено определена цена и нужда от управленска инвестиция за тяхното администриране и осигуряване. И ако самата държава в своята Конституция и закони определя здравето като право на гражданите, а последното като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие“, то именно върху държавата лежи задължението и отговорността да го гарантира чрез създаването на справедлива система за разпределението на разходите по здравеопазване между нея и гражданите, в чиято полза съществува.

3. ПРЕПОРЪКИ

Здравната система в България се финансира от внесените от физическите лица (ползватели на здравни услуги) застрахователни премии, или, както законът ги нарича, здравноосигурителни вноски. Източниците на финансиране са два вида – задължително и доброволно здравно осигуряване. Задължителното здравно осигуряване е константно по всеобхватността по задължените лица (аргумент по чл. 35 330) и размера на дължимата застрахователна премия, която се

внося (аргумент по чл. 40 ЗЗО), но е променливо по отношение на правата, които държавата дължи на тези лица, когато възникне застрахователното събитие за боляване и необходимост от ползване на здравни услуги. Законът (чл. 4 ЗЗО) определя, че единственото, което се гарантира чрез задължителното здравно осигуряване, е свободен достъп до медицинска помощ, която обаче е ограничена по вид, обхват и обем от здравни дейности. Ако правоотношението по здравно осигуряване се разглеждаше като обикновен облигационен договор, то той би бил от категорията на алеаторните договори, когато се поема задължение срещу простия шанс, надежда, че ще се получи насрещно право, без да има сигурност за това. Разликата обаче се корени в обстоятелството, че при свободното договаряне в алеаторните договори страните встъпват по собствена воля и решение, докато при задължителното здравно осигуряване свободната воля, дали да се осигуряваш, за да получиш неопределени и несигурни по вид и обем права, е изключена по силата на закона. По този начин ползвателите на здравни услуги са в положение на явна и несправедлива неравнопоставеност още при възникването на здравноосигурителното правоотношение *ex lege* – по силата на самия закон.

За да се балансира правоотношението между гражданите и държавата, следва да бъде определено ясно и константно какъв пакет услуги се получава срещу осигурителната вноска, както да се реши дали и какъв процент от осигурителната вноска ще се превежда в общ фонд солидарност за здраве за финансиране на онези услуги на здравноосигуреното лице, които са извън обхвата на неговия осигурителен пакет.

Начинът на разписване на уредбата на органите в здравеопазването и техните правомощия обуславя извода, че организацията на здравеопазването, която предопределя достъпа до здравни услуги, е крайно бюрократична, правно несигурна и организирана при явен дисбаланс в ущърб на ползвателите на здравни услуги. Множеството административни органи с фрагментирани правомощия под условието на безброй съгласувателни процедури резултат в объркана и комплицирана система за вземане на решения. При това е необходимо тази система периодично да се стартира отначало – всяка година при определяне размера на финансите за здравеопазване чрез бюджета на НЗОК (чл. 22, ал. 2 вр. чл. 29, ал. 1 и 2 ЗЗО) и на 5 години при определяне на вида и цените на медицинската помощ при договарянето на НРД, при това с възможност за актуализация във всеки един момент (чл. 53, ал. 2 ЗЗО).

Това създава очевидна несигурност за ползвателите на здравни услуги, които не могат да разчитат на презумпцията, че услугата, която получават през текущата година, ще бъде достъпна за тях през следващата. И накрая, но не последно по значимост е обстоятелството, че при така разписаната процедура за определяне на здравните услуги техните получатели – ползвателите на здравни услуги, са изцяло изключени и лишени от влияние и контрол при решаването на този въпрос. Макар и страна в здравното правоотношение, те са лишени от

възможността да участват в неговото възникване и в определянето на правата и задълженията по него чрез свои граждански пациентски организации.

► Законът следва да гарантира задължителното участие на страната ползвател в застрахователното правоотношение чрез нормативното задължение за участието на пациентските организации в договарянето на параметрите на Националния рамков договор при равни права с представителите на държавата и изпълнителите на медицинска помощ.

В обхвата на регламентираните права на здравноосигурените лица прави впечатление липсата на разпоредба, идентична на тази по чл. 185, ал. 1, т. 10 от Кодекса за застраховането относно правото да се получи информация за процедурите за уреждане на спорове между страните по застрахователното правоотношение, без да се засяга правото на иск по съдебен ред.

► Липсата на такава разпоредба въвежда здравноосигурените лица в заблуждение за невъзможността да се пристъпи към спор с доставчика на здравна услуга и по-специално за правото на съдебна защита по исков ред, като вниманието им се отклонява единствено към правото да се подаде жалба по административен ред до директора на РЗОК, и то по нарушения на закона и на договора на доставчика с НЗОК.

Здравноосигурените лица нямат законово уредено право на такава жалба, независимо че е възможна непълнота, неточност или забавяне в предоставянето на минималните медицински услуги, на които имат право.

► Спрямо здравноосигурените лица подходът на законоустановен отказ на правото им на жалба по административен ред се явява дискриминационен по причина на имущественото им състояние и съответно в нарушение на чл. 4, ал. 1 от Закона за защита от дискриминация, доколкото в мнозинството от случаите имущественото състояние е причина за неизпълнението на задължението за здравно осигуряване.

В чл. 6, ал. 2 ЗЗО районните здравноосигурителни каси са уредени като териториални поделения на НЗОК със седалища, които кореспондират на административно-териториалното деление на страната. Не съществуват обаче изрично разписани в правилник или друг подзаконов нормативен акт правила, по които РЗОК да осъществява своята административнонаказваща дейност. Правилникът за устройството и дейността на НЗОК (чл. 6, т. 6 ПУДНЗОК) предвижда създаването на правила за устройството и дейността на РЗОК, но до този момент такъв подзаконов акт не е приет.

► Приемането и създаването на правила за устройството и дейността на РЗОК е наложително поради обстоятелството, че при липсата им приложение намират общите правила на ЗАНН, който, бидейки общ закон, не отразява спецификата и особеностите на правоотношенията, свързани с реализацията на здравни права и предоставянето на здравни услуги.

Облекчената процедура по съставяне на актовете за констатиране на нарушения, с които завършва първата фаза на административнонаказателното производство (чл. 74, ал. 3 вр. чл. 73, ал. 4 ЗЗО) е правилен законодателен подход. Законът обаче ограничава обхвата на проверките по подадени жалби до 2% (две на сто) от изпълнителите на медицинска помощ на всяка РЗОК (чл. 74, ал. 2 ЗЗО). С оглед на тази ограничителна разпоредба на закона е наложително въвеждането на допълнителни процесуални гаранции за защита правата на ползвателите на здравни услуги в производствата за установяване и наказване на нарушения на тези права.

Като начало следва да се премахне, ако това е била законодателната цел, ограничението за проверка по жалби на ползватели и да се уреди изрично, в отлика от общия закон ЗАНН (чл. 3б, ал. 1 ЗАНН), различен, по-ранен, начален момент за започване на административнонаказателното производство. Понастоящем общите правила на ЗАНН за всички производства гласят, че такова производство е налице от момента, когато е съставен акт за установяване на извършено административно нарушение (констативен акт). В общия закон обаче липсва задължение на компетентния орган, в случая директор на РЗОК, ако е сезиран със сигнал, оплакване, жалба или по друг начин, да бъде длъжен да разпорежи проверка и да се произнесе с изричен акт – за констатиране на нарушение, ако такова бъде установено, или отказ, ако нарушение не се установи. Започването и провеждането на проверката по сигнала, оплакването или жалбата са оставени изцяло в усмотрението на сезирания административен орган. В този смисъл е и съдебната практика⁴⁹.

По отношение на ползвателите на здравни услуги това положение е ограничително и засяга пряко техните права на индивидуална защита, особено като се има предвид създаваната с нормата на чл. 35 ЗЗО заблуда, че подаването на жалба води автоматично до задължение за проверка и произнасяне. Чл. 35 ЗЗО формулира подаването на жалба до директора на РЗОК като право на здравноосигурените лица. На всяко право обаче следва да кореспондира задължение, в противен случай правото е изпразнено от съдържание, декларативно и без нормативно установени гаранции за неговото упражняване.

► Предвиденият от закона (чл. 74, ал. 2 ЗЗО) процент на проверяемост по жалбите от 2 на сто (2%) е толкова нисък като стандарт, че предпоставя палиативност и по-скоро отказ на правото на жалба, отколкото гаранция за неговото осъществяване. Изменението на този текст и ако не цялостното му отпадане, то поне определянето на по-адекватен процент на задължителни проверки е крайно наложително за организирането на реален административен контрол върху дейността на изпълнителите на медицинска помощ.

Наложителността за приемането на правилник за устройството и дейността на РЗОК се обуславя от необходимостта от изрично нормирано задължение за

⁴⁹ Решение № 345 от 19.01.2004 г. по адм. д. № 6043 от 2003 г. на ВАС, Първо отделение.

произнасяне в акта за налагане на принудителни административни мерки на директора на РЗОК по жалбата освен по съществото ѝ – установяване на нарушение и налагане на санкция, но задължително и по въпроса за допускане на предварително изпълнение, когато се касае за констатирано нарушение с оглед на своевременното му отстраняване и защита правата на пациента. Необходимостта произтича, от една страна, от принципните основания за допускане на предварително изпълнение – за да се осигури животът или здравето на гражданите или ако от закъснението на изпълнението може да последва значителна или трудно поправима вреда; а от друга страна, като се има предвид, че допускането на предварителното изпълнение на административния акт е по служебен почин на органа, който го издава.

► Като възможна допълнителна гаранция за ползвателите на здравни услуги е задължаването по нормативен ред на директора на РЗОК да съобрази във всички случаи прилагането на нормата на чл. 60, ал. 1 АПК за допускане на предварително изпълнение на акта за принудителни административни мерки, който издава.

► Накрая, доколкото се касае за преценка на административен орган относно законосъобразност, но и досежно целесъобразност, директорът на РЗОК следва освен съответствието със закона или други нормативни разпоредби на съответните действия или бездействия да преценява и тяхната правилност, като съобрази критериите за целта на закона – опазване на принципите за опазване на здравето на гражданите като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие“ (чл. 2 33, вж. по-горе раздел I, т. 1.2.). Желателно е да се подложи на обсъждане приемането на изрична разпоредба в този смисъл.

► По отношение на санкциите, които се налагат в административнонаказателните производства, е необходимо да се преразгледа подходът за налагане на по-леки наказания, когато се касае за нарушение, засягащо правата на ползвател на здравна услуга (чл. 103 и сл. 330). При останалите видове нарушения се приема различен подход, по-високи минимални и максимални размери на най-лекото наказание „глоба“ и по-тежки санкции като лишаване от право да се упражнява професия за определен период от време. Такъв дуализъм в наказващия режим е явно диспропорционален и с очевидно преимущество към закрилата на установените общи правила и ред, а не в защита на ползвателите на здравни услуги.

Изрично до съдебен контрол са допуснати единствено наказателните постановления, с които се налага санкция, следователно правен интерес от обжалването по дефиницията на закона е признат единствено на нарушителя, но не и за пациента. В тази връзка е редно законодателната уредба да се измени така, че пострадалите от нарушения на здравните права да имат идентични права в административнонаказателното производство като частните обвинители в на-

казателния процес, доколкото на нарушителите в същите производства им се признават гаранциите на обвиняеми по НПК (чл. 63, ал. 1 ЗАНН) и преценка на вината по обосновано високите стандарти на НК (чл. 11 ЗАНН).

► И тъй като автоматичното съотнасяне няма да е правно оправдано, е необходимо да се намери законодателен подход, който в достатъчна степен да дава възможност на пострадалия от административно нарушение, когато то не съставлява престъпление, с оглед вида на засяганите права – здраве и живот – да участва активно в съдебна фаза на проверката на наложената санкция досежно определянето на нейния вид и размер, ако намира същата за неудовлетворителна или фактически оневиняваща нарушителя.

Изричните или мълчаливите откази да се издаде констативен акт или наказателно постановление подлежат на обжалване по общия ред на АПК (чл. 145, ал. 2 вр. 149, ал. 2 АПК и чл. 120, ал. 2 от Конституцията). Общият ЗАНН не урежда възможност за обжалване на издаваните констативни актове. Проблемът обаче не е толкова в липсата на самостоятелен съдебен контрол върху констативните актове, която в известна степен се преодолява с упражнявания косвен съдебен контрол, колкото в обстоятелството, че както общият ЗАНН, така и специалните закони никъде не уреждат изрично възможността за пострадалите от административно нарушение ползватели на здравни услуги да обжалват отказа – изричен или мълчалив – да се издаде такъв констативен акт като предпоставка за ангажирането на административната отговорност на нарушителя – изпълнител на медицинска помощ.

► Приемане на изричен текст, уреждащ правото на пострадалите от административно нарушение ползватели на здравни услуги да обжалват изричен или мълчалив отказ да се издаде констативен акт от административнонаказващия орган.

Срокът за конституиране като пострадал до издаване на наказателното постановление е преклузивен (чл. 45, ал. 1 ЗАНН) и за него ползвателят е длъжен да се уведомява и да следи сам, тъй като директорът на РЗОК не е задължен да го уведомява за развитието на административнонаказателното производство. Липсата на задължение на актосъставителя да уведоми пострадалия от административно нарушение ползвател на здравни услуги за издаването на констативния акт предпоставя почти неизбежното пропускане на срока за подаване на искане за обезщетение, доколкото пострадалият няма да знае, че този срок вече тече, нито от кой начален момент.

► Препоръчителна е законодателна промяна, която да въведе в изрично задължение на директора на РЗОК да уведомява пострадалия ползвател на здравни услуги за изготвения констативен акт за установено нарушение и за правната възможност респективно да се конституира като пострадал в последващата санкционна фаза или да атакува пред съд отказа да се образува такова производство при констатирана от директора на РЗОК липса на нарушение.

- ▶ Максималният размер на обезщетението по чл. 45, ал. 1 ЗАНН за причинени от нарушението вреди следва да бъде актуализиран спрямо сега действащия допустим максимален размер от 2 (два) лева, за да се даде възможност за реално обезщетяване на настъпилите от правонарушението вреди.
- ▶ Предвидената от закона възможност директорът на РЗОК да прекрати производството по чл. 56 ЗАНН в частта по искането за обезщетение и да препрати пострадалия ползвател на здравна услуга да потърси обезщетение чрез съда на общо основание, ако срещне трудности от фактически или правен характер, следва да се заличи изцяло. Недопустимо е накръняването на права на физически или юридически лица в административни производства с цел улесняване работата на административния орган, който е бил сезиран от тях с искане за издаване на индивидуален административен акт от значение за признаване или реализация на техни субективни права.
- ▶ С оглед на констатираните противоречия при преценка на съставомерността на деянията би било полезно приемането на постановление на ОСНК, което да обобщи практиката по наказателните дела с пострадали пациенти – ползватели на здравни услуги, и да даде задължителни указания по тълкуването и прилагането на закона с цел създаване на правоприложни гаранции за наказателноправната защита на правото на живот и здраве в сферата на обществените отношения по здравеопазване и лечение.
- ▶ Наред с това като процесуална гаранция за обективност и безпристрастност на вещите лица лекари е възможно да се обмисли като условие медицинските експертизи в определен съдебен окръг да се извършват от експерти от друг съдебен окръг. Макар да оскъпи съдопроизводствените действия заради допълнителните транспортни разходи, това условие би допринесло значително за избягване на съмнението за колегиална предубеденост във вреда на ползвателя на здравна услуга и на разкриването на обективната истина.

По аргумент на противното от чл. 35, т. 5 ЗЗО здравнонеосигурените лица имат право да претендират вреди от нарушение във връзка с цялостен отказ да им бъде предоставена изобщо здравна помощ в дължимия за тях минимален обем, но не и за непълно, неточно или забавено изпълнение, което представлява неизпълнение и по дефиниция е налице единствено на договорна основа (аргумент по чл. 63 и сл. ЗЗД).

- ▶ Препоръчително е приемането на изричен текст, който да приравни непълното, неточно или забавено изпълнение с пълно неизпълнение тогава, когато от частичното, лошо или късно изпълнение на медицинската услуга са произтекли непоправими или трудно поправими вреди върху здравето на здравнонеосигуреното лице, които са поставили или са могли да поставят в опасност неговия живот.

Бързите производства в гражданския процес са конструирани да приключват в рамките на девет седмици (аргумент по чл. 312, ал. 1, т. 1 вр. чл. 131 и чл. 316 ГПК). Този срок, макар и инструктивен, е изключително кратък за българското гражданско съдопроизводство. При сравнение на уредбата е очевидно, че с малки изключения настоящите искиве, чието разглеждане се предвижда да става по този привилегирован ред, далеч не са от естество, налагащ спешното им разрешаване с предимство пред исковете за охрана на здравето и здравните права, чието предпочителност е извън съмнение.

► Препоръчително е производства по общия исков ред по искиве, свързани със защита или реализация на здравни права или охрана на здравния статус, да бъдат предвидени в законодателството като разглеждани по реда на бързото производство (чл. 310 и сл. ГПК).

Поради особения характер на здравните съдопроизводства и на основание дефиницията за здраве като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие необходимо е да се обмисли сериозно от законодателя преминаване към режим на освобождаване на тези съдопроизводства от държавни такси и деловодни разноски по аналогия със съдопроизводства за защита на нарушение на трудови права (чл. 359 КТ) и да се допълни разпоредбата на чл. 83, ал. 1 ГПК в този смисъл.

Ако логиката на законодателя, за да освободи трудовите спорове от такси и разноски в съдопроизводства, е, че чрез тях се реализира съдебна защита, свързана с правото на труд и издръжка, то на още по-силно основание *per argumentum a fortiori* е необходимо съдебната защита на здравните права да бъде не по-малко достъпна, тъй като чрез нея се охранява правото на здраве и живот.

► Обсъждане на възможностите за освобождаване на здравните съдопроизводства от държавни такси и деловодни разноски – съответно изменение на разпоредбата на чл. 83, ал. 1 ГПК.

Необходимо е създаване на допълнителни процесуални гаранции за обективността и безпристрастността на лекарите, действащи в процеса в качеството на вещи лица, наред с още по-належащата необходимост от разширяване на кръга от лица, които са включени в списъците на Министерство на правосъдието с правото да дават заключения по искиве, свързани с реализацията на здравни права. Понастоящем специалистите, включени в тези списъци, са крайно недостатъчни. Така списъкът за Софийски съдебен окръг, който е най-големият на територията на страната, понастоящем включва 56 лекари, подразделени в 17 области на медицината, като за някои от областите е посочен един-единствен специалист. Възниква и резонният въпрос, дали така посочените 17 области изчерпват приложното поле на хуманната медицина.

► Изводът, който се налага, е, че ако не бъдат предприети мерки за съставяне на адекватни списъци на вещи лица с оглед абсолютната задължителност на съдебномедицинските експертизи по определени наказателни дела и практическата им необходимост по останалите както наказателни, така и граждански и административни дела по въпроси от съществено значение за разрешаването на предмета на съдебните дела по защита на ползватели на здравни услуги, ще е налице фактически отказ от правосъдие по тези дела.

Присъждането на обезщетение за увреда представлява способ за поправяне на виновно причинени вреди от изпълнител на дължима медицинска помощ към нейния получател пациент. Възможността за разсрочване (на изплащането на присъденото обезщетение) (чл. 51, ал. 1, предл. 2 ЗЗД) е винаги в полза на осъдения лекар делинквент и представлява ощетяване на пациента, който, освен че веднъж вече е понесъл вредните последици от лекарската небрежност или неизпълнение, ще следва допълнително и повторно да претърпи вредни резултати от отлагане на обезщетяването във времето за определен еднократен (разсрочка) или периодичен (периодизация) срок.

► Възможността за разсрочване следва да се постави под изрично нормативно въведено условие, че неговото допускане няма да затрудни или нанесе непоправими щети от отлагането на обезщетяването на пострадалия пациент.

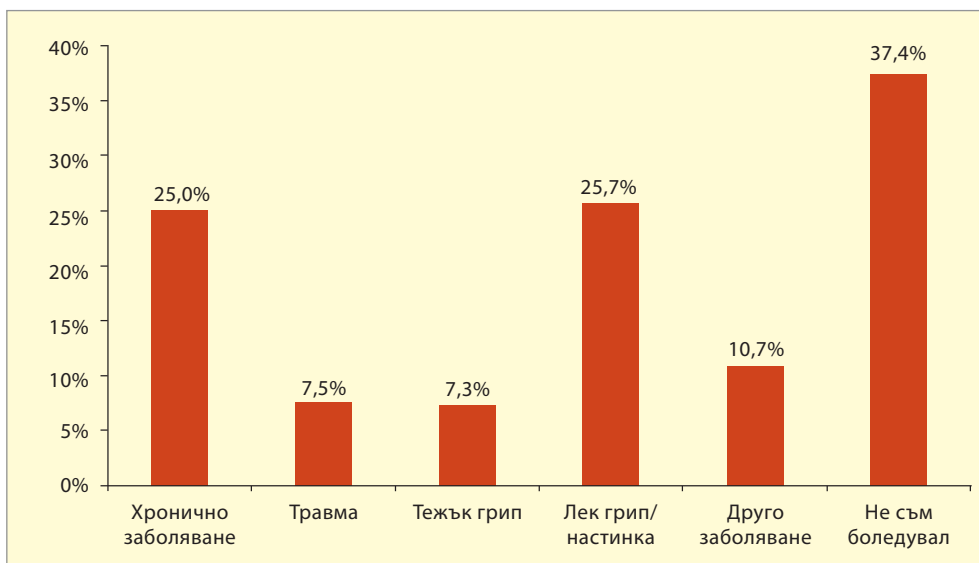
ВТОРА ЧАСТ

ОСНОВНИ НАРУШЕНИЯ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ – СОЦИОЛОГИЧЕСКА ПЕРСПЕКТИВА

Алексей Пампоров,
д-р по социология

През октомври 2009 г. Институт „Отворено общество“ – София провежда представително изследване⁵⁰ на достъпа до здравни услуги. Извадката обхваща 1188 души над 18-годишна възраст. Максималната стохастична грешка при 50% дялове е 2,8%.

От изследваните лица 25% са боледували от хронично заболяване през предходната една година, т.е. те са постоянен потребител на здравната система, а 37,4% не са боледували изобщо, т.е. не са имали нужда от здравни грижи освен за профилактични цели (фиг. 1).



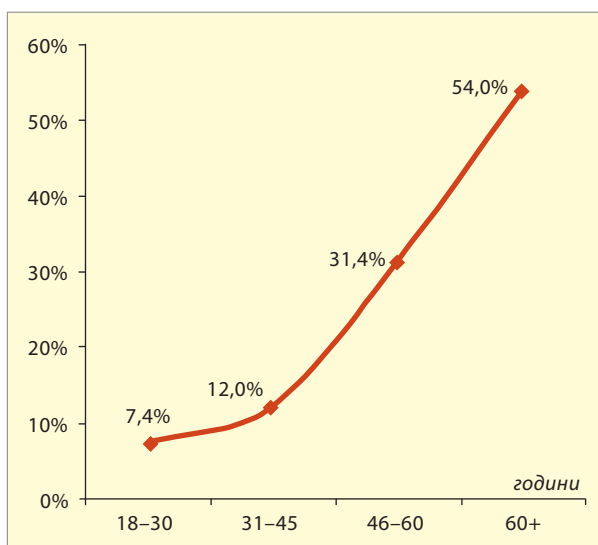
Фиг. 1. Заболеваемост през последната година

⁵⁰ Този текст е допълван и редактиран от д-р Христо Хинков и Иванка Иванова, Институт „Отворено общество“ – София.

По отношение на открити значими разлики в зависимост от социалния профил на анкетираните при хронично болните се наблюдава значимо по-висок дял на хронично болните жени (28,2%) спрямо мъжете с хронично заболяване (21,4%). Трябва да се отбележи, че това се дължи на по-високата средна продължителност на живота сред жените и съответно по-високия им относителен дял в най-горната възрастова група.

Самите хронични заболявания са пряко свързани с процесите на остаряване и с увеличаване на възрастта рязко се увеличава делът на хронично болните (фиг. 2).

От гледна точка на здравните политики и системата на здравеопазване изследването откроява един тревожен феномен – част от заболелите не са търсили



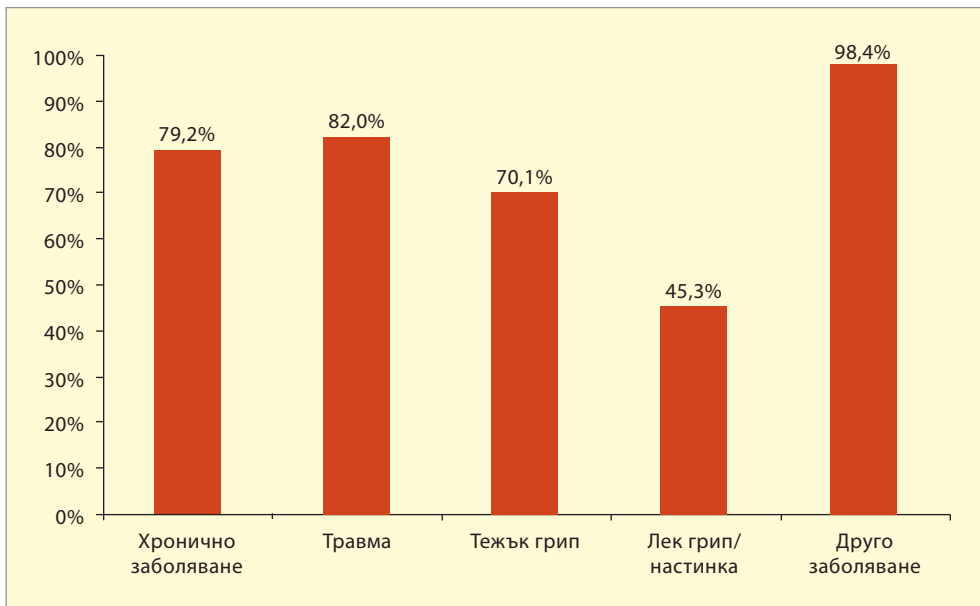
Фиг. 2. Дял на хронично болните по възрастови групи

поради непълното обхващане на заболелите лица. Адекватно посещение на лекарските кабинети се наблюдава само при лицата с „други“, т.е. всички останали заболявания (фиг. 3).

Основната причина да не се търси лекарска помощ е своеобразно подценяване на здравните проблеми. Половината от заболелите, които не са търсили лекар (49,2%), са постъпили така, защото са убедени, че „знаят“ какви лекарства са им необходими за съответното заболяване, а друга една четвърт смятат, че това е маловажен проблем (27,3%). Тези данни са показателни за ниската степен на здравна култура сред населението.

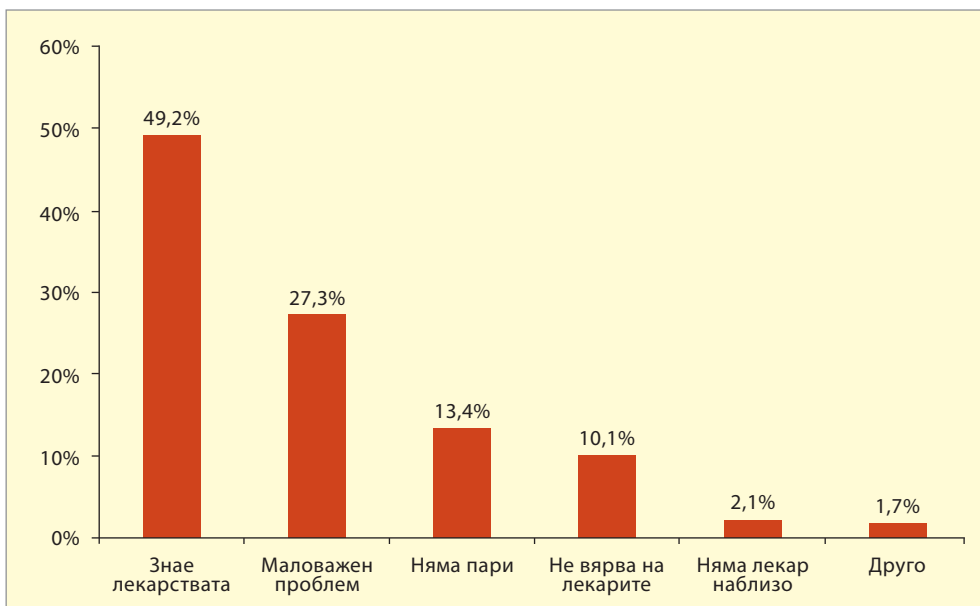
Успокояващо в случая е, че само 2,1% изтъкват като причина факта, че в достъпна близост няма лекар или здравен център, към който да се обърнат.

ли здравна помощ, въпреки че заболяването им е било сериозно. При хроничните заболявания помощ са потърсили едва 79,2%, т.е. приблизително 21% са се „самолекували“. При травмите 18% от случаите не са стигнали до здравната система, а при тежкия грип цели 30% не са били регистрирани като заболели. Когато се вземе предвид, че от лицата с по-леки грипни състояния и настинки едва 45% са посетили лекарски кабинет, това е белег за потенциален изключително висок риск от късно регистрирана грипна епидемия в страната



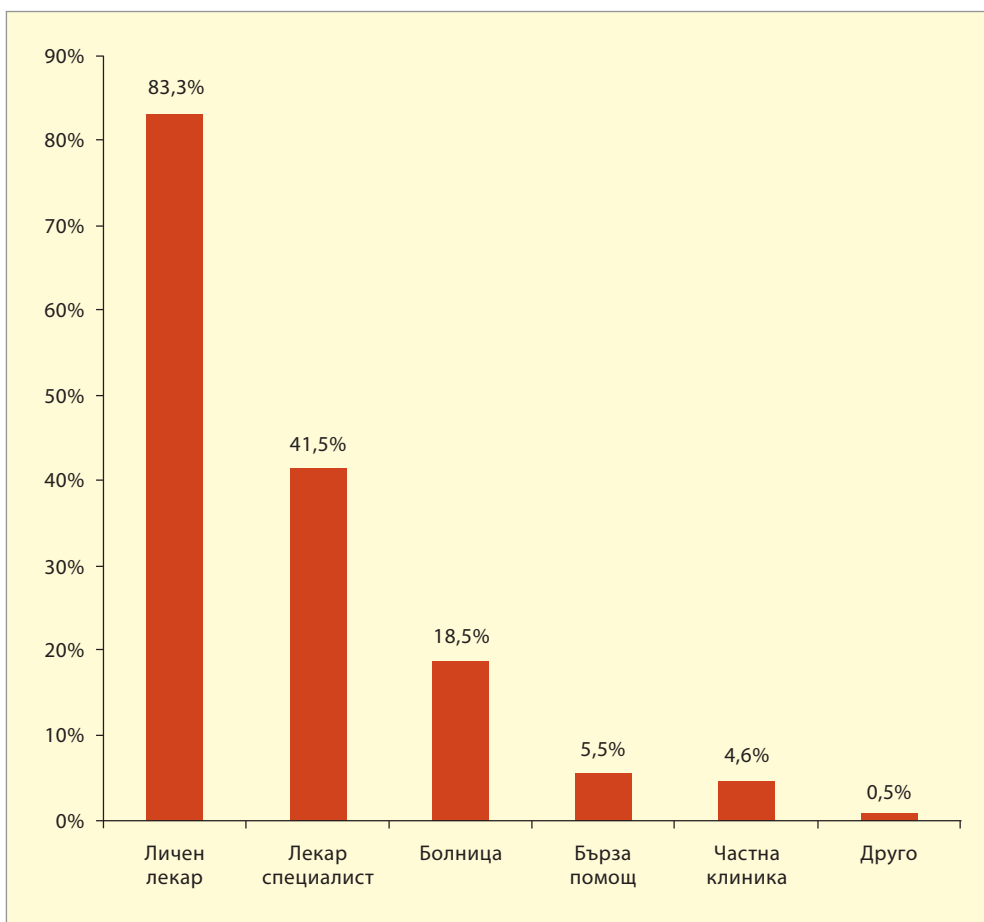
Фиг. 3. Дял на потърсилите лекарска помощ по вид на заболяването

Тревожен е фактът обаче, че 10% са предпочели да се лекуват сами, защото не вярват на лекарите, т.е. на функционирането на здравната система в страната (фиг. 4).



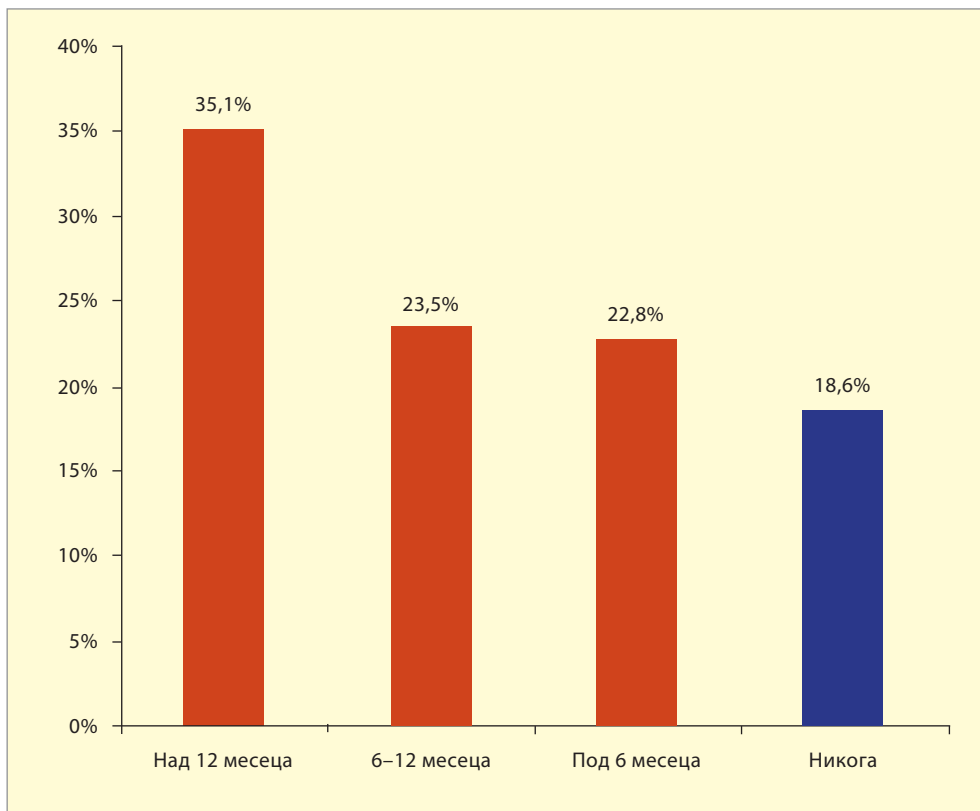
Фиг. 4. Причини да не се търси лекарска помощ

Както може да се очаква, като основно звено на първичната здравна помощ и своеобразен „вход“ към системата на специализираните здравни грижи личните лекари са най-търсени при възникване на заболяване. Бърза помощ е поела само 5,5% от болелите, т.е. по-малко, отколкото са съобщените случаи на травма. Вероятно известна част от битовите травми се поемат от общопрактикуващите лекари или от специалисти след самонасочване. Делът на използваните частни клиники също е относително малък (фиг. 5).



Фиг. 5. От кого е потърсена здравна помощ

Профилактичен преглед в рамките на последните 12 месеца са си направили 46,3% от респондентите, 35,1% са си правили профилактичен преглед преди повече от година, 18,6% никога не са посещавали лекар профилактично (фиг. 6). От една страна, това също представлява показател за нивисоката здравна култура сред анкетираните, но от друга, свидетелства, че общопрактикуващите лекари не се ангажират достатъчно с провеждането на профилактика. Това е сериозна



Фиг. 6. Последен профилактичен преглед

слабост в цялата система и представлява нарушаване на здравноосигурителните права на гражданите.

По отношение на правата на пациентите, които са се обърнали към здравната система, 5,8% от тях твърдят, че не са получили ясна и разбираема информация. Тревожно е, че едва 60% от пациентите смятат, че са получили ясна и разбираема информация във всички случаи. Тук трябва да се подчертае обаче, че разбирането за информацията е пряко свързано с нивото на образование на потребителите на здравни услуги. Делът на лицата, които смятат, че не са получили ясна и разбираема информация, сред висшистите е 3,8%, сред хората със средно образование е 5,6%, а при лицата с основно или по-ниско образование е 9,8%. Нивото на образование обаче оказва пряко влияние върху това, в каква степен информацията е разбираема в зависимост от етническата принадлежност на анкетираните. При българите получената здравна информация е неразбираема за 4,9%, а при турците – за 8,6%. В ромските общности – където делът на лицата с основно и по-ниско образование е около 85% – делът на неразбиращите здравната информация достига 19,2%. Това е доказателство, че един от най-тежките проблеми на здравноосигурителната система е нарушаването на правото

на гражданите да получават достъпна и разбираема информация за здравния си статус и здравните си проблеми.

Медицинската помощ е леснодостъпна едва за приблизително две трети от анкетираните лица (65,3%). Останалите 34,7% обаче я определят като труднодостъпна. В това отношение се наблюдават два ясно изразени профила. От една страна, медицинската помощ е определяна като значително по-труднодостъпна сред представителите на турската етническа група (62,1%). Регионът, в който делът на лицата, определящи медицинската помощ като труднодостъпна, е най-висок, е Северна Централна България⁵¹ – 45,5%. Проблемът с „достъпа“ обаче е по-комплексен и далеч не се изразява само във физическа достъпност на мястото за предоставяне на здравни услуги. Както се видя по-горе, сравнително малка част от гражданите не получават медицинска помощ поради отдалеченост на здравно заведение или лекар. Най-вероятно основни бариери пред достъпа всъщност не са разстоянията, а някои пречки от организационен характер (липса на направления, затруднена комуникация/връзка със специалисти) или от икономически характер – болните нямат възможност за (формално или неформално) доплащане. И в двата случая тези проблеми очертават необходимостта от продължаване и задълбочаване на реформата в здравеопазването, защото в момента системата за здравеопазване очевидно генерира висока степен на изключване на гражданите от достъп до здравни услуги.

Медицинската помощ е определяна като качествена от 71,9% от анкетираните, а като некачествена от останалите 28,1%. Най-голямата статистически значима разлика отново се наблюдава на регионално ниво. Като най-некачествена е определена медицинската помощ в Югоизточна България⁵² (38,7%), плътно следвана от медицинската помощ в Северна Централна България (37,9%). В това отношение се наблюдава и друга значима разлика. Оценката „некачествена“ е значително по-ниска в Северозападна България⁵³ (7,7%) спрямо всички останали области.

Медицинската помощ е определяна като навременна от 76% от анкетираните, а като закъсняла от 24%. Регионите, в които медицинската помощ „закъснява“ повече, отколкото в останалата част от страната, са три: Северна Централна (34,8%), Южна Централна⁵⁴ (31,4%) и Югоизточна България (29,3%). От друга страна, има два региона, където медицинската помощ е определяна като „закъсняла“ от изключително малък дял респонденти: Северозападна България (5,9%) и Североизточна България⁵⁵ (7,1%).

⁵¹ Съгласно ЗРР включва областите: Велико Търново, Габрово, Разград, Русе и Силистра.

⁵² Съгласно ЗРР включва областите: Бургас, Ямбол, Сливен и Стара Загора.

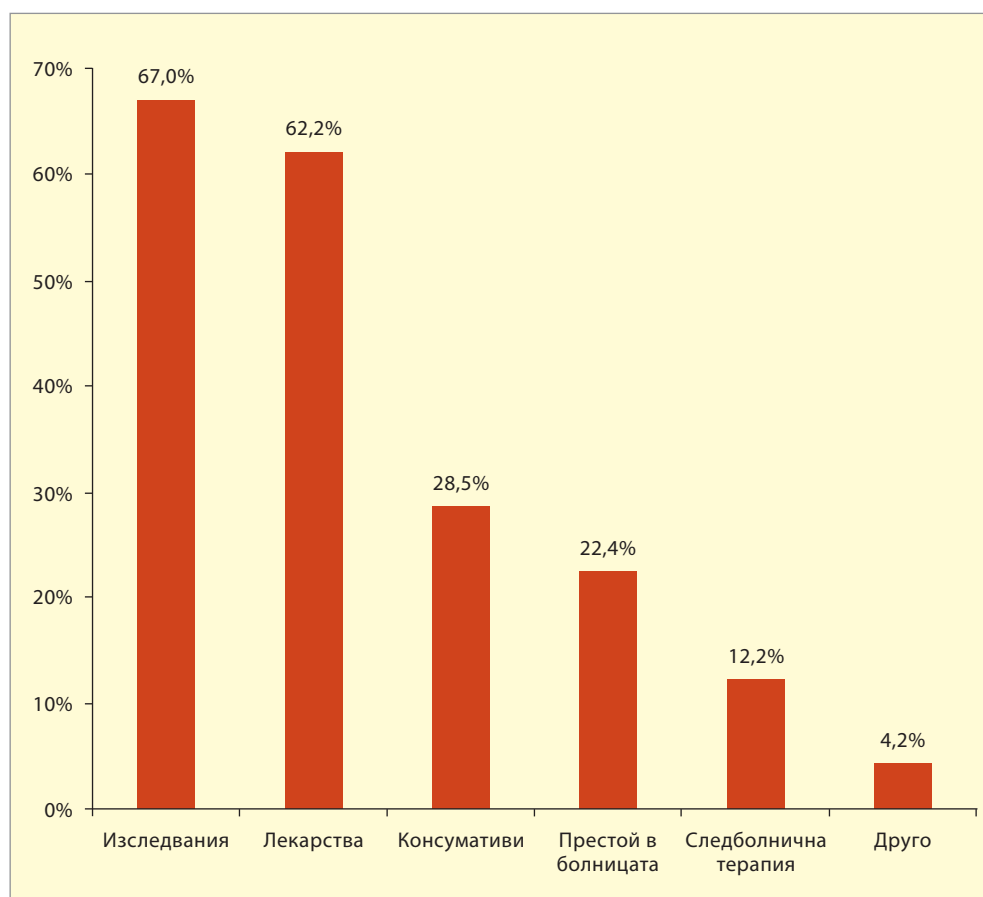
⁵³ Съгласно ЗРР включва областите: Плевен, Ловеч, Враца, Монтана и Видин.

⁵⁴ Съгласно ЗРР включва областите: Пазарджик, Пловдив, Смолян, Кърджали и Хасково.

⁵⁵ Съгласно ЗРР включва областите: Варна, Добрич, Шумен и Търговище.

Медициската помощ е посочвана като безплатна от 37,6% от анкетираните лица. Тя е „на достъпна цена“ за 38,5% от респондентите, а е скъпа за 23,9%. Най-значимите съществени разлики и в това отношение са регистрирани на регионално ниво. Медицинската помощ е най-скъпа в Южна Централна България (31,9%), а най-малко скъпа в Северозападна България (4,1%). Именно в Северозападна България и делът на лицата, квалифицирали медицинската помощ като „безплатна“, е приблизително два пъти по-висок спрямо всички останали области (69,4%).

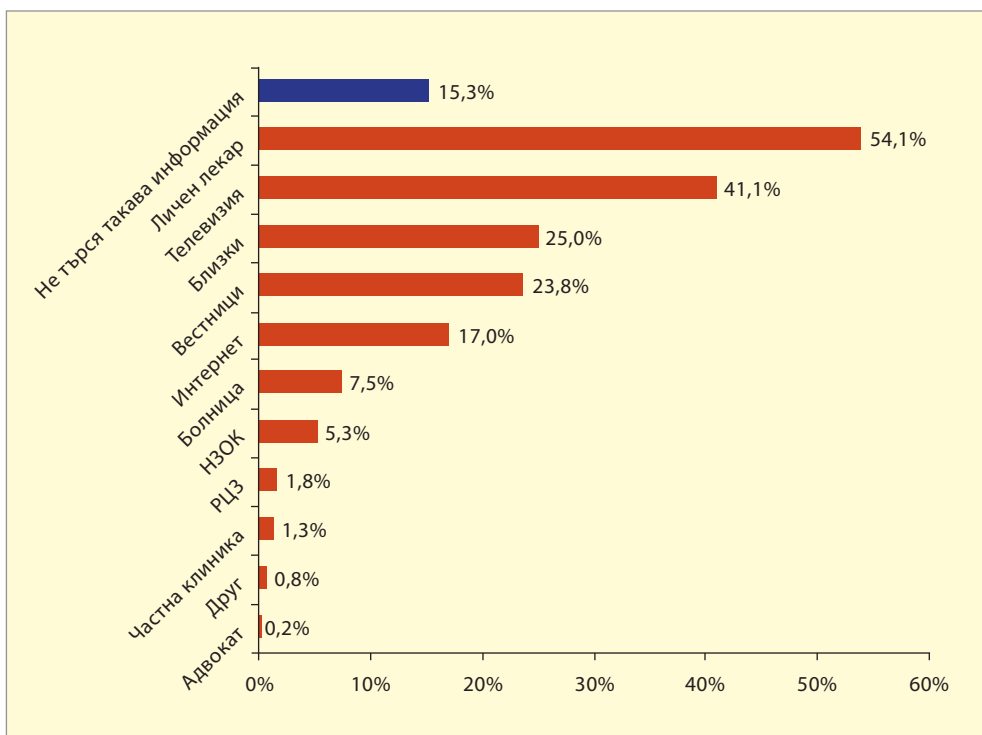
На 54,9% от респондентите им се е наложило да доплащат за използваните медицински услуги. Най-висок е делът на тези, които са доплащали в Южна Централна България (65,8%), а най-малко са доплащали в Северозападна България (31,5%). Основните неща, за които се е наложило доплащане, са изследвания (67%) и лекарства (62,2%) (фиг. 7).



Фиг. 7. Относителен дял на лицата по причини за доплащане (общият процент превишава 100, защото някои пациенти са доплащали по повече от една причина)

Регионът на Северозападна България трябва да се разглежда с особено внимание. Там хората рядко съобщават доплащане и са по-склонни да смятат, че медицинската помощ е едновременно качествена и безплатна в сравнение с другите региони на страната. Макар и на пръв поглед тази картина да се доближава в най-голяма степен до принципите, върху които е изградена нормативно българската здравноосигурителна система, би било погрешно да се приеме, че в Северозападна България хората получават по-добро медицинско обслужване. Напротив – ниското ниво на фактически доплащания свидетелства, на първо място, за бедността на това население, а обвързването на представата за „качество“ с отсъствие на цена трябва да се разглежда по-скоро като невъзможност хората от този регион да разпознават истински качествената медицинска услуга. Това е поредното доказателство за ниската степен на здравна просвета и оттам култура на изследвания регион.

По собствена преценка едва 1/5 (19,8%) от респондентите са запознати с правата си. Същевременно приблизително 1/4 от изследваните лица (25,6%) признават, че не са запознати с правата си, а малко повече от половината (54,5%) смятат, че са запознати само с някои права.



Фиг. 8. Източници на информация за правата на пациентите (общият процент превишава 100, защото някои пациенти са посочвали повече от един източник)

Като основен източник на информация относно правата на пациентите се открояват личните лекари, следвани от телевизията и приятелите и роднините (фиг. 8). Тревожен е фактът, че значителна част от изследваните лица (15,3%) изобщо не се интересуват от информация относно здравните си права. Този факт подчертава наложителността от разширяване на здравната просвета чрез силен проактивен подход на доставчиците на медицински услуги, съчетан с ефективен контрол за спазване на правото на информираност на пациентите.

Когато се изследва нарушаването на конкретни здравни права, се оказва, че най-често се нарушават онези права, които произтичат от здравеопазването като „услуга“ – персоналът е нелюбезен, хигиенните условия са лоши, а поради бюрократични пречки е затруднен достъпът до специалисти. От корупция се оплакват 15,7% (лекар, медицинска сестра или санитар им е поискал нерегламентирано плащане), а голямо закъснение на Бърза помощ са посочили 12,7% (табл. 1).

Таблица 1. Нарушения на здравните права

Груб или нелюбезен персонал в здравно или болнично заведение	46,3%
Лоши хигиенни условия в здравно или болнично заведение	31,5%
Лечението ви е закъсняло или отказано поради липса на направления към специалист или друга бюрократична пречка	26,0%
Поискано ви е нерегламентирано плащане за лекар, медицинска сестра или санитар	15,7%
Потърсили сте Бърза помощ, но тя е дошла с голямо закъснение	12,7%
Поставена ви е неправилна диагноза	12,3%
Предписано ви е неправилно лечение	11,2%
Лечението ви е закъсняло или отказано заради липса на подходяща или некачествена медицинска апаратура	11,2%
Лечението ви е закъсняло или отказано поради невъзможност да се ползвате от скъпа апаратура или консумативи за изследвания	10,4%
Поискано ви е нерегламентирано плащане от болница за хоспитализация, медикаменти или медицински консумативи	7,7%
Лечението ви е закъсняло или отказано, защото няма необходимите лекарства в аптеките или в болницата	6,8%

Тези данни свидетелстват, че корупцията далеч не е единственият или дори най-важният проблем на системата за обществено здравеопазване. Високият процент на оплаквания от неправилни диагнози и неправилно лечение е неоспорим показател за лошо качество на медицинските услуги. Освен това хората се оплакват от висок процент нарушения на множество права, което показва, че проблемите са всеобхватни. Реформите трябва спешно да продължат с ясна и комплексна визия за целта.

От данните ясно се вижда също така, че хората са неориентирани относно това, какъв е стандартът за медицинската услуга, която получават, т.е. какъв е продуктът на здравноосигурителната система, срещу който те плащат своите здравноосигурителни вноски. Тук проблемът не е проблем на здравна просвета и култура. Той е преди всичко проблем на противоречива и непълна законодателна рамка, която не позволява да се очертае ясно кои са страните и какви са параметрите на здравноосигурителното правоотношение. На второ място, това е проблем на отсъстващ външен контрол върху стандартите за обслужване в здравните заведения и изключване на пациентите/ клиентите от преговорите за съдържанието на НРД, т.е. вземането на основни решения за това, на каква цена и какъв пакет от услуги те могат да очакват от системата, за която плащат.

Въпреки множеството посочени случаи на нарушени здравни права едва 7,1% от анкетираните са потърсили начин да защитят правата си. Основно оплакванията биват отправяни по компетентност към директора на съответното здравно заведение, към НЗОК или РЦЗ. Към търсене на правата си по съдебен път са се насочили едва 2,2% от всички, потърсили начин да защитят правата си (табл. 2). Това на практика означава, че едва 0,1% от българите в страната търсят защита на здравните си права в съда.

Таблица 2. Референтна институция при защита на правата

Директор на здравно заведение	37,0%
НЗОК	23,9%
Районен център по здравеопазване	21,7%
Друго	10,9%
Арбитражна комисия към Лекарския съюз	8,7%
Омбудсман	4,3%
Съд	2,2%

Причините за това да не се търсят правата по съдебен ред са комплексни. Тук трябва да посочим поне две. Важна причина са непълнотите и противоречията в законодателната рамка, които не позволяват на гражданите да изградят ефективна стратегия за защита по съдебен ред на своите права. Здравноосигурителното правоотношение не е достатъчно ясно уредено нормативно⁵⁶ относно страните, правата и насрещните задължения, които могат да бъдат предявени пред съд. Съдебната практика е ограничена по редица причини, а научните изследвания, които могат да я информират и насочат, почти липсват.

На второ място е фактът, че доверието на гражданите в съда и в институциите на здравноосигурителната система е почти еднакво ниско. 32,5 % от граж-

⁵⁶ Вж. изследването на нормативната рамка на адв. Илиана Савова, което е представено заедно с настоящото: „Правни стандарти и способности за административна и съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги“ (Институт „Отворено общество“ – София, Правна програма, 2011).

даните изобщо не се доверяват на съда, 41% не се доверяват в малка степен, а общо 17,8% от гражданите се доверяват⁵⁷ на съда. Доверието в НЗОК е почти идентично – 33,8% от гражданите изобщо нямат доверие на Здравната каса; 41% не се доверяват в малка степен, и само 15,8% от гражданите се доверяват на Здравната каса. При болниците доверието е по-високо, но не много – 23% от гражданите се доверяват на болниците; 25,5% изобщо не се доверяват, а 45,3% не се доверяват в малка степен.

Според 72,6% от анкетиранияте в това изследване съдът не може да им осигури защита при нарушение на здравните права. Най-важната причина е убеждението на анкетиранияте, че съдебното производство е бавно и скъпо (42,9%). А като втора значима причина се откроява представата, че съдебната система е също толкова корумпирана, както и здравната (40,8%) (табл. 3).

Таблица 3. Причини съдебната система да не се търси като начин за защита на здравните права

Съдебното производство е бавно и скъпо	42,9%
Съдебната система е също толкова корумпирана, както и здравната	40,8%
Хората не познават здравните си права	29,3%
Хората не познават съдебните процедури	22,1%
В законите няма процедури за защита на здравните права на гражданите	10,3%
В законите няма процедури за защита на здравните права на гражданите	6,0%
Друго	1,4%
Непосочено	0,0%

Именно загубата на доверие в държавните институции като цяло, изглежда, е водещият мотив при онези, които не са потърсили начин да защитят правата си. Де факто едва 10,7 % нямат пари за съдебни разноски или не знаят към кого да се обърнат, за да защити правата им. Останалите респонденти по-скоро считат, че ще загубят време (18,5%), защото или никой няма да им обърне внимание (28,7%), или не вярват, че нещо в системата може да се промени (28,5%) (табл. 4).

Таблица 4. Причини да не се търси защита на правата по съдебен път

Никой няма да ми обърне внимание	28,7%
Не вярвам, че нещо ще се промени	28,5%
Нямам време за губене	18,5%
Не знам към кого да се обърна	12,0%
Нямам пари	10,7%
Друго	1,5%

⁵⁷ Изследване на обществените нагласи на Институт „Отворено общество“ – София от февруари 2011 г.