БЪЛГАРСКА АКАДЕМИЯ НА НАУКИТЕ

ИНСТИТУТ ЗА ДЪРЖАВАТА И ПРАВОТО

СЕКЦИЯ ПУБЛИЧНОПРАВНИ НАУКИ

НАДЕЖДА ПЕТРОВА СЛАВЧЕВА

АДМИНИСТРАТИВНОПРАВЕН РЕЖИМ НА ТРАНСГРАНИЧНАТА ЗРАВНА ПОМОЩ

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“

област на висше образование: 3. Социални, стопански и правни науки

професионално направление: 3.6. Право

научна специалност: Административно право и административен процес

Научен консултант: проф. д-р Дарина Зиновиева

София

Ноември, 2019

Дисертационният труд беше предварително обсъден в секция по „Публичноправни науки“ в Института за държавата и правото при Българска академия на науките и със Заповед на директора на ИДП при БАН № РД 09-155/27.12.2019г. е насочен за защита пред научно жури в следния състав:

Научно жури:

Проф. д-р Ирена Цонева Илиева

Проф. д-р Дарина Пеева Зиновиева

Проф. д-р Мария Гавраилова Славова

Проф. д-р Иван Тодоров Тодоров

Проф. д-р Мария Нейкова Кънева

Резервни членове:

Доц. д-р Веселина Лъчезарова Канатова

Проф. д-р Нина Милкова Гевренова

**На дата 08.04.2020г. (сряда) ще бъде проведено открито заседание на научното жури за защита на дисертационния труд в заседателната зала на ИДП, партер.*

СЪДЪРЖАНИЕ:

Увод

I. Обща характеристика на трансграничното здравно обслужване

1. Понятие и правна характеристика на „трансграничното здравно обслужване“ и „трансгранична пациентска мобилност“

1.1. Правото на достъп до трансгранично здравно обслужване

2. Правна уредба на трансграничното здравно обслужване

2.1. Историческо развитие на правната уредба

2.1.1. Историческо развитие на правната уредба в Европейския съюз

2.1.2. Правила за координация на системите за социална сигурност

2.1.3. Проследяване на практиката на Съда на Европейския съюз в исторически план. Решенията по делата *Kohll* и *Decker*, *Елчинов* и др.

2.1.4. Приемане на Директива 2011/24/ЕС за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване

2.1.5. Историческо развитие на правната уредба в Република България

2.2. Актуална правна уредба на трансграничното здравно обслужване

II. Административноправен режим на трансграничната здравна помощ

1. Аминистративноправен режим при достъп до здравно обслужване в компетентната държава-членка при пребиваване извън тази държава-членка

2. Административноправен режим при достъп до необходима медицинска помощ при временен престой извън държавата членка по пребиваване

3. Административноправен режим при достъп до планово лечение извън държавата членка по пребиваване

4. Административноправен режим при лица под 18 години

III. Финансиране на трансграничното здравно обслужване

1. Обща характеристика на механизмите за възстановяване на разходите за проведено трансгранично здравно обслужване – сравнителен анализ

2. Процедура по възстановяване на разходите за проведено лечение съгласно Правилата за координация на системите за социална сигурност

2.1. Възстановяване на разходите за непланово лечение

2.2. Възстановяване на разходите за планово лечение

3. Процедура по възстановяване на разходите за проведено лечение съгласно Директива 2011/24/ЕС за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване

IV. Национална здравноосигурителна каса – национална точка за контакт за целите на трансграничното здравно обслужване

1. Понятие и правна характеристика на Националната точка за контакт

2. Функции на националната точка за контакт

2.1. Функция по предоставяне на информация

2.2. Функция по осъществяване на взаимопомощ и сътрудничество

V. Заключение

Библиография

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Представеният дисертационен труд е посветен на темата за сложните правоотношения, възникващи при упражняването на правото на пациентите на достъп до трансгранично здравно обслужване в Европейския съюз и свързаният с това административноправен режим.

1. Актуалност и значимост на изследването

Въпреки актуалността на темата за свободното движение на пациенти на територията на ЕС и сериозното внимание, което ѝ обръща международната научна общност, настоящият дисертационен труд е първото самостоятелно научно изследване до този момент в българската литература. Освен това, броят на статиите и публикациите по темата е малък, макар и значимостта на проблематиката и многобройните практически проблеми, които ежедневно възникват.

Определени части от темата са разглеждани самостоятелно като например достъпът до лечение в друга държава-членка, разглеждан в публикации, коментиращи правата на пациентите или здравноосигурителните правоотношения. Много от проблемите обаче не са изследвани към настоящия момент, което обуславя необходимостта от тяхното комплексно анализиране, както във връзка с изведените досега в доктрината изводи, така и с промените в правната уредба на национално и наднационално ниво.

Сложната и динамично развиваща се правна уредба на разглежданата материя също обосновава необходимостта от теоретично осмисляне. По този начин практическото приложение на разглежданите институти би било улеснено. Заедно с това внасянето на яснота по отношение на правните текстове, уреждащи материята би залегнало в основата както на бъдещи изследвания върху отделни проблеми, касаещи темата, така и в основата на необходимите обсъждания от страна на държавната администрация и организациите на гражданите.

Във връзка с горното, следва да бъде взето предвид, че нормативната уредба, регулираща трансграничното здравно обслужване на ниво ЕС, сама по себе си не е лишена от неясноти, което без съмнение се отразява и на вътрешното законодателство. Към момента правната уредба в правото на ЕС, регулираща тази сфера, се състои от Правилата за координация на системите за социална сигурност (основен Регламент (ЕО) 883/2004 и прилагащ Регламент (ЕО) 987/2009), решенията на Съда на ЕС, основаващи се на разпоредбите на ДФЕС, както и Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване. Обемната и разпръсната предполага проучване и изготвяне на анализ за степента на съответствие на българското законодателство с тези актове.

Следва да се подчертае, че същността на разглежданата проблематика не позволява изчерпателното й анализиране единствено по отношение на правото на една държава-членка, в настоящия случай България. Поради тази причина настоящия труд е без претенция за изчерпателност по отношение всички възможни правни проблеми и хипотези, възникващи във връзка с достъпа на здравноосигурените лица до трансгранична здравна помощ. Ето защо акцентът е поставен върху редица съществени въпроси. Анализът е насочен към изясняване приложимите нормативно установени правила и процедури и проблемите, свързани с тях. Целта на поставените въпроси е да се създаде импулс за по-задълбочени научни дискусии и бъдещи изследвания по темата.

2. Обект и предмет на изследването

Обект на дисертационния труд е административноправният режим при осъществяване правото на достъп до трансгранично здравно обслужване, както и правилата и административната процедура при възстановяване на разходите за получено трансгранично здравно обслужване.

Предмет на изследване са въведените с Правилата за координация на системите за социална сигурност и Директивата за пациентската мобилност понятия, историческото развитие на правната уредба в ЕС и България, както и

юриспруденцията на Съда на ЕС като предпоставка за анализирането на приложимите правила към административните процедури, възникващи във връзка с искане за получаване или вече получено трансгранично здравно обслужване. Предмет на изследване са и функциите на Националната здравноосигурителна каса, произтичащи от статуса ѝ на национална точка за контакт за целите на трансгранично здравно обслужване.

Извън предмета на изследването остават въпросите:

- свързани с лечение на българските пациенти в държави извън ЕС, ЕИП и Конфедерация Швейцария;
- за достъпа до медицински и други услуги, които остават извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
- мобилността на медицинските специалисти като част от въпросите на трансграничното здравно обслужване;
- за качеството на медицинската помощ и безопасността на пациентите, които изискват експертни познания на медицинските стандарти и не са пряко засегнати от разпоредбите на Координационните правила. В тази връзка отговорността на медицинските специалисти и медицинския деликт в трансгранична ситуация са изключени от предмета на изследване на дисертационния труд.

3. Цел и задачи на изследването

Цел на дисертационния труд е да се извърши анализ на съдържанието на действащата правна уредба на трансграничното здравно обслужване и да се открояят нейните слабости, като се направи опит за отговор на въпросите какви са правните и административни пречки, пред които са изправени лицата при упражняване правото си на достъп до трансграничното здравно обслужване.

Задачите на настоящото изследване са свързани с:

- представяне и анализ на понятийния апарат, закрепен в двата основни акта на ЕС, регулиращи здравното обслужване в трансгранична ситуация и въвеждането им в българското законодателство;

- проследяване на историческото развитие на правната уредба в ЕС и България;

- запознаване с актуалната приложима нормативна уредба и разкриване на характерните ѝ особености, както и взаимовръзката между отделните нормативни актове на ниво ЕС и във вътрешното ни право;

- разграничаване на неплановото от плановото лечение;

- изследване на основните хипотези за достъп до здравно обслужване, при които възниква трансграничен елемент и съответно приложимите правила и административни процедури, които са различни при всяка една от тях;

- изследване на принципа за равно третиране и недискриминационния критерий при възстановяването на разходите за получено трансгранично здравно обслужване;

- посочване на правилата и административната процедура при възстановяването на разходите за проведено лечение съгласно Координационните правила и Директива 2011/24/ЕС, съответно механизмите и размера на възстановяване на разхода за непланово и планово лечение;

- обща характеристика и функции на Националната точка за контакт за целите на трансграничното здравно обслужване и НЗОК в качеството ѝ на такава;

- анализ на слабостите в нормативната уредба и установяване на причините за съществуващите проблеми в цялостния процес по осъществяване на достъп до трансгранично здравно обслужване, във връзка с което са отправени препоръки за усъвършенстване на законодателството.

3. Методология на изследването

Преобладаващо използваните методи в дисертационния труд са анализът и сравнението. С цел постигане горепосочените задачи на изследването са приложени и методите на логическия и правно-догматичния анализ. Приложен е и правно-историческият анализ, който подпомага процеса на цялостно възприемане на разглежданата проблематика, проследявайки развитието на нормативната уредбата. Дисертационният труд използва и системния и сравнителноправен метод на анализ. Поради наличието на институти от други правни отрасли дисертационният труд по необходимост използва и интердисциплинарния анализ.

4. Практическо значение

По отношение на законодателството – направени са предложения de lege ferenda с цел усъвършенстване на законодателството и по-специално предложение за унификация на нормативната уредба, регулираща достъпа на здравноосигурените лица до трансгранично здравно обслужване в ЕС.

По отношение на правоприлагането – чрез анализа на разпоредбите на Координационните правила и Директивата, както и на Закона за здравното осигуряване и относимите подзаконови нормативни актове, които регламентират условията и реда за достъп до здравно обслужване с трансграничен елемент се цели подпомагане на практикуващите юристи в осъществяваната от тях дейност. Този резултат се постига и с представянето и анализа на широк спектър от актове на СЕС, постановени по преюдициални запитвания.

Повдигане на дискусия – извършеният анализ и отправените предложения във връзка с актуалните в законодателство, доктрината и практиката проблеми целят да предизвикат дискусия, в резултат на която да се достигне до усъвършенстване на законодателството и практиката на съдилищата и органите на досъдебното производство, както и да се повдигнат научни спорове по едни или други теми в тази област.

6. Обем и структура

Дисертацията е в обем от 236 страници, включително съдържание и библиография. Посочени са 420 бележки под линия. Използваната литература включва 142 източника.

Структурата на дисертационния труд включва въведение, четири глави, включващи отделни раздели, заключение и библиография.

Изследването е съобразено със законодателството и съдебната практика към 01.04.2019 г.

II. СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Уводът на дисертационния труд обосновава актуалността и значимостта на на темата за административноправния режим на трансграничната здравна помощ. Представени са мотиви, обосноваващи нуждата от самостоятелно научно изследване по темата на дисертацията. Предметът и целите на научното изследване също са побрани в уводната част.

Глава първа е посветена на общата характеристика на трансграничното здравно обслужване.

В раздел първи е анализирано съдържанието на понятието „трансгранично здравно обслужване“, като същото е отграничено от съществуващите други форми на пациентска мобилност като медицински туризъм, здравен туризъм и др. Направен е опит за дефиниране на понятието „лечение в чужбина“, което се среща в българското законодателство, но за което липсва легално определение. Застъпена е тезата, че следва да се прави разлика между съдържанието на понятията „трансгранично здравно обслужване“ и „лечение в чужбина“. Аргументи в тази посока са представени в коментираната част от дисертационния труд. Представена е и концепцията за често срещаното и широкоразпространено в чуждестранната литература понятие за „пациентска мобилност“. С този термин се обозначава всеки вид движение в резултат на

осъществяването на правото на свободно движение извън територията на държава, в която лицето пребивава с цел получаване на здравно обслужване. Видовете пациентска мобилност също са посочени.

Анализиран е понятийният апарат, закрепен в регламентите, координиращи социалната сигурност и Директивата, както и употребата и транспонирането им в българското законодателство. По-сериозно внимание е обърнато на понятието „доставчик на здравно обслужване“ и относимостта на този термин към познатото на българското право понятие за „изпълнител на медицинска помощ“.

В отделна точка от раздел първи акцентът на изследването е поставен върху съществуването на правото на достъп до здравно обслужване в друга държава-членка. По-специално това право е представено като сложно такова, в което са побрани други две основни права, а именно правото на лицата на свободно придвижване в рамките на ЕС и правото им на достъп до здравеопазване.

Раздел втори е изцяло посветен на правната уредба на трансграничното здравно обслужване, като същият съдържа две подточки, а именно историческото развитие и актуалната нормативна уредба. Повече от половин век законодателството, регулиращо правоотношенията, възникващи между различните субекти при осъществяването на процеса по трансгранично здравно обслужване, бележи изключително развитие и се характеризира с голямо разнообразие. Реализирането на правото на свободно придвижване от страна на пациенти и медицински специалисти провокира европейския законодател към по-добра координация на политиките и здравноосигурителните системи на територията на ЕС.

В първата подточка от раздел втори от изследването е направен опит за проследяване на историческото развитие на правната уредба, закрепена в правото на ЕС като основополагаща за по-нататъшното разглеждане на проблемите, които възникват при прилагането ѝ. Какво развитие са претърпели Координационните правила, как решенията на СЕС са внесли несигурност в

иначе стабилната към онзи момент нормативна уредба и резултатът от тази нестабилност, е направено опит да се отговори в изложението.

Принципно произходът на правото на достъп до здравно обслужване извън територията на държавата членка по осигуряване се корени в закрилата на осигурителните права на работниците-мигранти, закрепени в Правилата за координация на европейските системи за социална сигурност. Идеята за съществуването на това право активно се доразвива в периода от 1998 г. до 2009 г. благодарение на постановените от Съда на Европейските общности (СЕО) решения, уповаващи се на нормите на първичното право. Във връзка с правото на достъп до трансгранично здравно обслужване СЕО в своите решения по-скоро възприема схващането, че то по своята същност е негативно право, поради което отделните държави членки са задължени да премахнат всички възможни пречки, с което да гарантират свободното движение на пациентите.

Отделно от горното са представени поредицата от решения, които могат да бъдат разглеждани като такива, нарушаващи до известна степен териториалния принцип на държавите членки по отношение на системите им за здравеопазване[1]. Юриспруденцията на *Kohll* и *Decker*[2], предмет на разглеждане, обхваща решенията на СЕО в периода 1998 – 2010 г. Специално внимание е отделено на последиците от тези решения и въздействието им върху националните обществоосигурителни системи. Следва да се вземе предвид, че тези решения не попадат в обхвата на типичните решения на СЕО, свързани със социалната политика като например свободното движение на работници, на граждани на трети страни или еднаквото им третиране. Тези решения са свързани със свободното движение на територията на ЕС на пациенти, получаването на здравно обслужване и включените в този процес стоки и услуги.

Решенията на Съда на ЕО по делата *Kohll* и *Decker* въвеждат изцяло нов подход в изграждането на европейската здравна политика. За пръв път

[1] повече вж. Obermaier, A., The End of Eastern territoriality?: The Impact of the ECJ Rulings on British, German and French Social Policy, Routledge, London, 2016, p.1-11, ISBN:978-0-7546-7827-4

[2] С това понятие Obermaeir определя групата от решения, постановени от СЕО, в това число …ДА ИЗБРОЯ

решенията на Съда са превърнали основните здравни услуги в предмет на два от принципите, на които е основан ДФЕС: свободата на движение на стоки и свободата на предоставяне на услуги.[3] Цитираните решения са смятани в доктрината за началото на процеса, осигуряващ достъп на лицата до трансгранично здравно обслужване чрез създаването на нов и алтернативен път, по който това да бъде реализирано. И по двете дела СЕО се аргументира еднакво. Основното в заключението е, че разпоредбите, регулиращи вътрешния пазар, са също приложими и по отношение на социалната сигурност. Независимо от това че Съдът признава автономността на държавите членки при организацията на техните системи за социална сигурност, в същото време им припомня за задължението за съответствие на вътрешното право с това на Общността (Съюза), тъй като „специалният произход на въпросните услуги не ги поставя извън приложното поле на основния принцип за свобода на движение“[4]. Така висшата юрисдикция на Съюза излага аргументи и по отношение на въпроса за противоречието на процедурата по даване на предварително разрешение с нормите на първичното право. Съдът разглежда Правилата за координация на системите за социална сигурност като единствения начин за достъп до здравно обслужване, покривано от осигурителната система и реализирано в друга държава членка, именно чрез института на предварителното разрешение. В тази връзка СЕО недвусмислено посочва, че счита това за пречка при упражняването на свободното предоставяне на услуги или по-конкретно свободата на пациентите за движение с цел получаване на здравно обслужване. Така СЕО установява нов път за пациентите. Те могат да осъществяват лечението си без предварително разрешение от страна на компетентната институция, след което да потърсят възстановяване на разхода за това, но съгласно тарифите, определени от нея. Извън режима на Координационните правила, пациентите, които обосновават аргументите си за възстановяване на разхода за лечение на нормите на първичното право, при всички случаи трябва да заплатят сами предоставеното

[3] Hermans, H., Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of “Decker and Kohll”, Blackwell Science, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2000, с. 431-439
[4] Kohll, параграф 20

им здравно обслужване, след което да искат възстановяване от компетентната осигурителна институция[5].

Определяйки института на предварителното разрешение като противоречащ на нормите на първичното право, Съдът все пак анализира и аргументите в подкрепа на въвеждането му в националните законодателства, както и основателността на този подход. Основното съображение е, че в полза на обществения интерес наличието на предварително разрешение брани финансовата стабилност на системите за социална сигурност. В отговор на това СЕО постановява, че обезпечаването на финансовата стабилност на обществоосигурителната система би могло да бъде основание за въвеждането на този институт, но това не може да се приеме като аргумент, когато стойността на разхода, подлежащ на възстановяване от осигурителната институция, е такава, определена от самата нея и приложима на нейната територия. Приложимостта на принципите на вътрешния пазар по отношение на социалната сигурност значително променя отношенията между държавите членки и Общността, тъй като с този подход териториалният принцип за свобода при организацията на системите за обществено осигуряване е в известна степен нарушен. Повечето държави членки се противопоставят на този подход, тъй като той предоставя по-широки възможности за пациентите.

Специално внимание е обърнато и на делото Елчинов. То е емблематично в два аспекта. На първо място, за развитието на законодателството на ниво ЕС, регулиращо трансграничното здравно обслужване. В решението по това дело СЕС взема отношение по въпроса за определянето на пакета здравни дейности, гарантиран от здравноосигурителната институция. На второ място, по делото е отправено първото преюдициално запитване до Съда от българската държава, определяно като „еманципацията на долните инстанции“[6] в българската правораздавателна система. Решението на СЕС гласи, че правото на Съюза не допуска националния съд, който следва да се произнесе по дело, върнато от висшестоящ съд след касация, да бъде обвързан съгласно националното

[5] Kohll, параграф 27; Decker, параграф 29

[6] Корнезов, А., Десет години преюдициални запитвания – критичен преглед и равносметка, сп. „Европейски правен преглед“, т. XVIII, 2017, стр.

процесуално право от направените от висшестоящия съд правни изводи, когато въз основа на тълкуването, което е поискал от Съда, намира, че тези изводи не са в съответствие с правото на Съюза.[7]

След вече близо 10 години от постановяване на решението по делото Елчинов все още се наблюдават малко на брой решения, в които се използват изводите от другите коментирани решения на СЕО.

Най-съществената последица обаче от делото Елчинов беше по отношение на нормата на чл. 36[8] от Закона за здравното осигуряване. Тя гласеше: „Задължително осигурените 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. Разрешение се дава само за видовете медицинска помощ, която не се извършва в страната.“. Според СЕС такава нормативна уредба „не е обоснована от упоменатите императивни съображения и при всички положения не отговаря на изискването за пропорционалност[9].... Ето защо тя създава необосновано ограничение за свободното предоставяне на услуги“.[10] Независимо от директната интерпретация на чл.36 от страна на СЕС тази норма продължи съществуването си в Закона за здравното осигуряване чак до 2014 г., когато най-накрая беше премахната, но не в изпълнение на изводите от решението на СЕС, а като част от законодателната реформа, свързана с транспонирането на Директива 2011/24/ЕС за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.

В дисертационния труд са разгледани други съществени решения на СЕС, като целта е да бъдат анализирани, както и да бъде подчертано, че независимо от приемането на Директивата като резултат от тази юриспруденция, все пак решенията продължават съществуването си в правния мир, съответно се явяват и успореден способ за достъп до трансгранично здравно обслужване.

---

[7] C-173/09 Георги Елчинов, параграф 21-27
[8] Отм. ДВ. бр.1 от 2014г.
[9] повече за принципа за пропорционалност вж. Лазаров, К. и Тодоров, И., Административен процес, Сиела, София, 2018, стр. 488, ISBN: 978-954-28-2718-4
[10] C-173/09 Георги Елчинов, параграф 47

Третият елемент от сложната система от законодателството, обезпечаващо пациентската мобилност, е Директива 2011/24/ЕС. В дисертационния труд е отделено специално внимание на процеса по приемането ѝ, както и на нейната философия и възможности, които предоставя на пациентите. Един от направените изводи в дисертацията е именно свързан с тази възможност и доколко българските здравноосигурени лица могат да се ползват от правата произтичащи от Директивата.

В частта, разглеждаща актуалната нормативна уредба специално внимание, е обърнато на успоредната приложимост на Координационните правила и Директивата. Това, което затруднява най-много пациентите при упражняването правото им на трансгранично здравно обслужване, са законодателните решения, закрепени в правото на ЕС и съответно в националното законодателство, което вместо да направи опит да преодолее слабостите на наднационалната уредба, ги задълбочава. В тази връзка е отправено предложение de lege ferenda за опростяване и унификация на изключително разпиляната и недостатъчно прецизно формулирана национална регламентация.

Наличието на два правни механизъма, които действат едновременно по отношение осигуряване правото на лечение в ЕС на лицата, налага необходимостта от тяхното разграничаване. Чрез сравнителноправен анализ са изведени *разликите, които* съществуват най-общо в *пет* направления, а те са именно: по отношение *правната основа за приемане*; *обхватът*; *получаване на разрешение за лечение*; *административната процедура* и *възстановяването* на разходите за лечение.

Глава втора е посветена изцяло на административноправните изисквания и процедури, които възникват и следва да бъдат изпълнени в различните хипотези. Те са съответно: достъп на здравноосигурените лица до здравно обслужване в компетентната държава-членка при пребиваване извън тази държава-членка; достъп до необходима медицинска помощ при временен престой извън държавата членка по пребиваване и достъп до планово лечение извън държавата членка по пребиваване. Във всички тези хипотези българската

държава би могла да попадне в качеството ѝ на компетентна държава членка и на такава по обичайно или временно пребиваване, както и на държава членка по осигуряване и по местолечение.

В тази глава от дисертационния труд са обособени четири раздела, като три разглеждат всяка от посочените по-горе хипотези, а четвъртата разглежда възможностите за достъп до лечение на лицата под 18 години, като акцентира и върху проблемите, възникващи при финансирането на експерименталните методи на лечение.

В раздел първи са представени общите правила и изисквания за достъп на здравноосигурените лица до здравно обслужване в *компетентната държава членка* при обичайно пребиваване *извън нея.* Един от основните принципи на Координационните правила е този, че законодателството само на една държава членка е приложимо. А когато говорим за свободно движение на лица, потенциално замесени са повече от една държава. За тази цел регламентите определят правила, чрез които колизия между законодателствата да бъде избегната и с помощта на които да бъде определено едно, което да е приложимо. На първо място, трябва да се определи коя е компетентната държава членка. Според Координационните правила компетентна е тази държава членка, в която лицето е осигурено от системата за обществено осигуряване и която държава е отговорна за финансиране на обезщетенията в натура, дори и те да са предоставени в друга държава членка. На следващо място, в случаите на получаване на здравно обслужване е от изключително значение определянето освен на компетентната държава членка, също така и на държавата членка, която се явява „място на пребиваване“. Целта на определянето на компетентната държава членка и държавата членка, в която лицето пребивава е от основно значение, тъй като здравното обслужване ще бъде предоставено от последната, съгласно действащото на нейна територия законодателство, но за сметка на първата.

На практика, независимо че лицето е здравноосигурено съгласно правилата на компетентната държава членка, то се ползва от обезщетенията в натура, гарантирани на осигурените лица в държавата членка, в която

пребивава. Тоест, прилагайки това правило е ирелевантно дали дадено лечение е включено в пакета здравни дейности, гарантиран от здравноосигурителния орган в компетентната държава членка, тъй като законодателството на държавата членка, в която лицето пребивава определя обхвата и обема медицинска помощ (обезщетения в натура), предоставяна на здравноосигурените на нейна територия лица. В тази хипотеза от една страна компетентната държава членка може да се окаже задължена да възстанови разхода за лечение, проведено в друга държава членка, но което не е включено в предвидения от нея пакет здравни дейности, а от друга страна потенциално един пациент би могъл да изпадне в ситуация, при която няма правото на определени обезщетения в натура, предоставяни на територията на държавата членка по пребиваване, независимо от това, че за същите заплаща здравноосигурителните си вноски в компетентната държава членка.[11] Независимо от това обаче, решение в този случай е предвидено в чл. 18 (1) от Регламент 883/2004, съгласно който осигуреното лице има правото на обезщетенията в натура в компетентната държава членка, дори в случаите когато само временно пребивава на нейна територия. По този начин е *осигурен двоен достъп на осигурените лица* и членовете на техните семейства до двете здравноосигурителните системи. Така те имат право на избор дали да получат обезщетенията в натура в компетентната държава членка или в държавата членка по пребиваване. Именно това правило е едно от новите, предвидено с последната генерация Координационни правила. До приемането им *двойния достъп* до здравноосигурителните системи на двете държави членки е бил възможен само за лицата със статут на пограничени работници[12].

За целите на достъпа до здравно обслужване в държавата членка по пребиваване лицата, пребиваващи на нейна територия, но здравноосигурени в друга държава-членка са задължени да изпълнят следните административни

[11] Van der Mei, A., Free Movement of persons within the European Community – Cross Border Access to Public Benefits, Hart Publishing, Oxford, 2003, p. 238

[12] дефиниция за понятието „пограничен работник“ е закрепено в чл. 1 (е) от Регламент 883/2004 или това е “ всяко лице, упражняващо дейност като заето или като самостоятелно заето лице в една държава членка и което пребивава в друга държава членка, в която се завръща по правило всекидневно или поне веднъж седмично.“

изисквания, закрепени в чл.24 от Регламент 883/2004 и в Решение на Административната комисия № S6/2009[13].

На *първо място*, осигурените лица и членовете на тяхното семейство трябва *да се регистрират* в съответната институция по мястото си на пребиваване. На второ място, те следва да докажат, че са осигурени съгласно законодателството на компетентната държава-членка. Това е възможно с предоставянето на електронен документ S1 (стар E106), предоставян от компетентната държава-членка. С този документ лицето удостоверява, че има право на обезщетенията в натура, предоставяни от законодателството на компетентната държава-членка. В изпълнение на задълженията си за сътрудничество, на междуинституционално ниво, двете институции в различните държави-членки следва да се информират взаимно в случай на регистрация, промяна или заличаване на регистрацията. В Република България компетентна институция е НЗОК или нейните териториални поделения – районните здравноосигурителни каси.

Вторият раздел разглежда възможността на здравноосигурените лица на достъп до необходима медицинска помощ при временен престой извън държавата членка по пребиваване. Това е случаят на тъй. нар. „непланово лечение“.

В тази част на изследването са разгледани правата на здравноосигурените лица, които получават качеството пациент след вземането на решение за посещение на друга държава-членка, различна от компетентната. В този случай приложими са правилата и на Координационните правила и на Директивата, съответно със своите характерни особености и съвсем не лишени от неясни моменти.

[13] Решение № S6 от 22 декември 2009 година относно регистрацията в държавата-членка на пребиваване съгласно член 24 от Регламент (ЕО) № 987/2009 и съставянето на списъците, предвидени в член 64, параграф 4 от Регламент (ЕО) № 987/2009.
https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2010.107.01.0006.01.BUL&toc=OJ:C:2010:107:FULL

Основното правило, свързано с правото на достъп до непредвидено лечение, е закрепено в чл. 19 от ОР 883/04, съгласно който ЗОЛ и техните семейства, пребиваващи в държава членка, различна от компетентната, имат право на обезщетения в натура, които са необходими по медицински причини по време на престоя им. Приложимостта на необходимата медицинска помощ е първият въпрос, който трябва да бъде изследван. Необходимостта на лечението се определя за всеки конкретен случай от медицинския специалист на основание два критерия, а именно здравният статус на пациента и очакваният период на престой в държавата-членка по местопребиваване. Съдържанието на необходимата медицинска помощ се изразява в това да бъде определено кое лечение се смята за необходимо по медицински показатели. Понятието за НМП е по-широко в сравнение с понятието неотложна или спешна медицинска помощ, тъй като не е задължително условията за прилагане на спешност да са налице.

Механизмът на осигуряване на правото на достъп до необходимо лечение на здравноосигурените лица в ЕС е въведен практически чрез употребата на Европейската здравноосигурителна карта, която им осигурява правото на равен достъп до публичния сектор за здравно обслужване (лекари, лечебни заведения, медицински центрове) по същия начин, по който се ползват и лицата, граждани на държавата-членка, която лицето посещава. Притежанието на ЕЗОК е именно доказателството на приносителя й за правата, произтичащи от нея.

В този раздел са представени възможните проблеми, които могат да възникнат при употребата на ЕЗОК, както е и отчетенеа притеснителна информация, публикувана в доклад на Европейската комисия към 2014г., където България е предоставила данни, свързани с възстановяването на разходи на държавата-членка по престой, за ЕЗОК-държатели, които нямат право на достъп до здравно обслужване съгласно българското законодателство към момента на получаване на обезщетенията в натура.

Държавата ни е заплатила 2.2 милиона евро (11%) към 2014г. за възстановяване на разходи от незаконосъобразни действия на картодържатели, а към 2015г. разходът възлиза на 750 000 евро (3.2%).

Третият раздел от глава втора разглежда административноправния режим за достъп до планово лечение извън държавата-членка по пребиваване. Изведени са общите правила, приложими съгласно Правилата за координация на системите за социална сигурност и Директивата.

От десетилетия правото на плановото лечение е регулирано от правото на ЕС и по-специално от Координационните правила. Харктерно за плановото лечение е, че необходимостта от здравно обслужване обуславя решението на пациентите за напускане на държавата-членка по пребиваване като в най-добрия случай този процес е за сметка на здранвоосигурителния орган на съответното лице. В тази връзка чл. 20 (1) от Регламент 883/2004 гласи, че осигуреното лице, което се придвижва до друга държава-членка с цел получаване на обезщетение в натура по време на престоя си там, трябва да иска разрешение от компетентната институция.

Кумулативното наличие на следните предпоставки е необходимо условие за издаване на предварително разрешение за планово лечение: 1) лечението да попада в кръга на обезщетения, предвидени в законодателство на държавата-членка по пребиваване, т.е. медицинската помощ, която се покрива от публичната система за здравеопазване или пакетът здравни дейности и 2) лицето да не може да получи въпросното лечение, в срок, оправдан от медицинска гледна точка, вземайки предвид текущото му здравословно състояние и вероятното развитие на неговото заболяване.

Това правило е използвано като изходна точка като специално внимание е обърнато на определянето на пакета здравни дейности и дефинирането на понятието „срок, оправдан от медицинска гледна точка“ като необходими условия за получаване на предварително разрешение за лечение. Представено е и възможно решение за леченията, които не могат да бъдат реализирани в съответния срок, оправдан от медицинска гледна точка като е предложен испанският модел, съгласно който предварителното разрешение се издава автоматично, в случай, че очакваното време за отлагане на лечението надвиши правнорегламентирания максималноопределен срок по отношение на някоя особена категория заболявания.

Директивата от своя страна съдържа съвсем различна философия по отношение на изискването за предварително разрешение за лечение. Докато регламентите въвеждат изискване за всеки случай на планово лечение, то разпоредбите на Директивата, изхождайки от изводите в решенията на СЕС, следват обратната логика. В чл. 7(8) е закрепено правилото, че държавата-членка по осигуряване не може да обуслови възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване от *предварително разрешение*, освен в случаите, когато здравното обслужване е зависимо от изисквания за планиране; включва лечение, което излага пациента или населението на особен риск или е предоставено от доставчик на здравно обслужване, който в отделни случаи би могъл да предизвика сериозни и конкретни съмнения за качеството или безопасността на обслужването, с изключение на здравно обслужване, за което се прилага законодателството на Съюза, гарантиращо минимално ниво на безопасност и качество в целия Съюз.

Най-общо въпросният раздел се характеризира с анализ на административната процедура, закрепена в Координационните правила по издаване на формуляр S2, който практически материализира правото на

здравноосигурените лица на планово лечение в държава-членка извън тази по пребиваване за сметка на осигурителната институция.

В четвъртия раздел са разгледани правилата за достъп до лечение на лицата под 18 години. Изискванията и процедурите в своята цялост са същите и по отношение на тази група лица, които съгласно чл. 40, ал.3, т.1 от Закона за здравното осигуряване се осигуряват за сметка на държавния бюджет[14], т.е. същите притежават качеството на задължително здравноосигурено лице.

Лицата под 18 години имат основно две възможности за достъп до здравно обслужване на територията на ЕС, съответно както за получаване на необходима медицинска помощ при временен престой в друга държава-членка, така и в случаите когато необходимостта от лечение е основание за напускането, територията на Република България.

Освен това обаче, чл.82 от Закона за здравето определя медицинските услуги, които остават извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани. С приемането на Закона за бюджета на НЗОК за 2019г. настъпиха сериозни промени в законодателството, регулиращо сферата на здравеопазването.

В резултат на това, считано от 01 януари 2019г. малолетните и непълнолетни лица имат право на заплащане на медицински и други услуги, във връзка с лечението им в страната или в чужбина съобразно тяхното заболяване, за които не са предвидени други механизми за финансиране със средства от държавния бюджет, общинските бюджети и бюджета на НЗОК, или които не могат да бъдат осигурени в страната, след предварително одобрение. В тези случаи лицата под 18-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното

[14] В своя монографичен труд проф. Средкова, поставя здравното осигуряване на лицата до 18 години в категорията осигурени лица, задължението за осигуряване на които, е възложено на друго лице, т.е. за сметка на член на семейството, който получава трудов доход. Средкова, К., „Здравно осигуряване“, Сиби, София, 1999, стр. 35;

здравно осигуряване, включително медицински изделия, високоспециализирани апарати/уреди за индивидуална употреба, диетични храни за медицински цели, както и лекарствени продукти, извън Позитивния лекарствен списък. От 01 април 2019г. Център „Фонд за лечение на деца“ като второстепенен разпоредител с бюджет към министерство на здравеопазването беше влят в структурата на НЗОК, с оглед уеднаквяване на процедурите и финансирането, чрез осигуряване на една контактна точка, която да администрира и да финансира лечението в чужбина.

Глава трета от дисертационния труд е посветена на финансовоправните аспекти на трансграничната здравна помощ. Изследвани са възможностите за възстановяван, предоставени от двата правни инструмента за достъп до лечение в държава различна от тази по пребиваване. Именно основната разлика между тях е по отношение размера и механизма на възстановяване на разхода за получено трансгранично здравно обслужване.

Процедурата по възстановяване на разхода за проведено лечение, въведен с Координационните правила предполага тя да премине на междуинституционално ниво, без финансовото участие на пациента, докато редът на Директивата е реализирането на директно плащане от страна на пациента на лечебното заведение в държавата-членка по местолечение и предявяване на разходените суми a posteriori от осигурителната институция. По този начин, очевидно се разкрива по-благоприятния за пациента режим на финансиране по реда на регламентите, за разлика от този по директивата, къде при всички случаи е налице предварително плащане от страна на пациента.

Размерът на разхода, подлежащ на възстановяване е поставен в зависимост от това, правилата за калкулиране на коя държава-членка

следва да бъдат взети предвид. По отношение на регламентите в сила е принципът за „пълна интеграция“ или чуждестранните пациенти следва да бъдат третирани като осигурените в държавата-членка по местолечение, тоест налице е пълно покритие на разхода от страна на осигурителната институция. Директивата от своя страна обаче, охранявайки финансовата стабилност на държавите, въвежда правилото, че размерът, подлежащ на възстановяване е до размера, който предвижда държавата-членка по осигуряване.

Директивата в своя чл. 7 (7) гласи, че държавите-членки следва да въведат ***механизъм за възстановяване*** на разходите, който да е предмет на ***еднакви условия, критерии за допустимост и административни формалности***, които да са както, ако здравното обслужване се предоставя на тяхна територия. Има данни, че не всички държави-членки са транспонирали Директивата коректно и съответно са въвели своеобразни критерии, от които да зависи възстановяването на разходите за трансгранично здравно обслужване.[15] България е сред тези държави-членки, тъй като въвеждаше *изискване за предоставяне на легализиран превод на чуждестранни фактури*[16].

Глава четвърта е посветена на статута на Национална здравноосигурителна каса на национална точка за контакт за целите на трансграничното здравно обслужване. Тази част има претенция за придаване на новост на дисертационния труд, тъй като до момента в българската правна литература няма научно изследване по въпроса.

Историята на нормативната уредба, свързана с правата на пациентите в трансгранична ситуация е много богата- от първата до третата генерация Координационни правила през установяването на трайната практика на

[15] Palm, W., The cross-border care Directive: implementation status, Eurohealth 2016, vol 22, p. 21.
[16] Не само българското законодателство въвежда този критерий, Commission Report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare, COM (2015) 421, p. 5.

Съда на ЕС, до приемането на Директива за правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване през 2011г. и транспонирането и в националните законодателства през 2013г.

Дългогодишният нормотворчески процес е довел до немалко изводи и констатирани пропуски. Слабата информираност на пациентите, за съществуващите им права в трансгранична ситуация, е довело да необходимостта от създаването на структура, която да удовлетвори потребностите им, свързани с получаването на точна, ясна и лесно достъпна информация, произтичаща от достоверен източник.

Така чл. 6 от Директивата за пръв път въвежда задължение за държавите-членки да определят една или повече национални точки за контакт по въпросите на трансграничното здравно обслужване. Те по своята същност са правни образувания, гарантиращи базисните познания и информираността на пациентите в трансгранична ситуация.

Разделите в глава четвърта предстаят понятие и обща характеристика на Националните точки за контакт, техните основните функции и цели, различните подходи на държавите-членки към учредяването им и информационните канали за връзка с пациентите, задълженията за междуинституционална комуникация и комуникация с останалите заинтересовани страни на европейско и национално ниво, както и специално внимание е обърнато на ролята им в зависимост от това дали действат от името на държавата-членка по осигуряване или по местолечение. Националната точка за контакт на Република България - НЗОК е използвана като пример за това как Директивата е имплементирана в тази си част в българското законодателство. Направен е критичен анализ и са отправени някои предложения за оптимизиране на законодателството.

Дисертационното изследване завършва със ***заключение,*** в което са обобщени най-съществените изводи и предложения за промяна на законодателството.

IV. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. ***„Принципът за равно третиране и недискриминационният критерий при възстановяването на разходи за трансгранично здравно обслужване“***, Сборник доклади от Национална научна конференция „Защита срещу дискриминацията. Правна уредба, проблеми и тенденции.“, организирана от Икономически университет, гр. Варна - 08 юни 2018г.;

2. ***“Правото на здравноосигурените лица на достъп до необходима медицинска помощ при временен престой извън държавата-членка от ЕС по местопребиваване.“***, Сборник доклади от VIII-та национална конференция на докторантите в областта на правните науки, организирана от Института за държавата и правото при БАН, 16 – 18 юни 2018 г., БЧК – Национален учебен център Лозен, до гр. София;

3. ***„Възстановяване на разходите за проведено лечение в рамките на ЕС при условията на трансгранично здравно обслужване“,*** Сборник доклади от Национална научна конференция „Актуални правни предизвикателства в икономиката“, организирана от Икономически университет, гр. Варна, 9 ноември 2018 г.;

4. ***“Access to European cross-border healthcare: assessment of the Bulgarian implementation framework", Томпсън Ройтерс, 2020***

5. ***„Достъп до трансгранично здравно обслужване на лица до 18 години. Експерименталният метод за лечение и проблемът с финансирането му.“***, списание „Практическа педиатрия“, брой 5, май 2019г., стр. 16

6. ***"Legal status of the National contact points according to Directive 2011/24/EU. The Bulgarian perspective."***, предстои публикуване на сборник от италиански издател Giappichelli Editore.