

Образуване
р. г. № 15/2023г.
Определение съюз-допълнителен:
Ирина Константинова Женева
20.09.2023г.

ДО
КОНСТИТУЦИОННИЯ СЪД
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ИСКАНЕ

от

тричленен състав на Върховния административен съд, Трето отделение,
председател: Марио Димитров и членове: Любка Петрова и Юлиан Киров
по адм. дело № 8744/2021 год.

за

установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а,
ал. 2 от Закона за здравното осигуряване

Правно основание: чл. 150, ал. 2 от Конституцията на Република България

УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

На основание чл. 150, ал. 2 от Конституцията на Република България (Конституцията) и в съответствие с изискванията на чл. 17, ал. 1 и 2 от Закона за Конституционен съд (ЗКС) и чл. 18 от Правилника за организацията на дейността на Конституционния съд (ПОДКС), се обръщаме към Вас с искане да установите противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО, обн., ДВ, бр. 70 от 1998 г., посл.изм.и доп., бр. 66 от 2023 г.) поради противоречието ѝ с чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията.

1. По допустимостта на искането

С определение по хода на делото от 18.09.2023 г., постановено по административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение, съдът установи несъответствие на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от

Закона за здравното осигуряване с чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията и спря производството по административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение.

В съответствие с определението за спиране на делото и на основание чл. 150, ал. 2 от Конституцията, съставът внася въпроса в Конституционния съд.

Искането е в съответствие с трайно установената практика на Конституционния съд, че правомощието по чл. 150, ал. 2 от Конституцията да сезира Конституционния съд принадлежи на отделните състави на Върховния касационен съд и Върховния административен съд, разглеждащи конкретен съдебен спор, по който се повдига въпрос за противоконституционност на относим към спора закон (Определение № 1/01.07.1997 г. по к. д. № 5/1997 г.; Определение от 25.06.2002 г. по к. д. № 12/2002 г.; Определение № 2/23.03.2010 г. по к. д. №17/2009г.; Определение от 29.04.2015 г. по к. д. № 2/2015 г.).

Производството по административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение е по реда на чл. 185 и сл. от Административнопроцесуалния кодекс (АПК). Образувано е по жалба от „Национално сдружение на частните болници“ – юридическо лице с нестопанска цел, със седалище в гр. София, срещу няколко разпоредби от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г., обн. ДВ, бр. 37/ 17.05.2022 г. (наричан по-долу за краткост „Анекса“).

По делото са присъединени за съвместно разглеждане и жалба на Многопрофилна болница за активно лечение "Сърце и Мозък" ЕАД, със седалище в гр. София; жалба от „Сдружение на общинските болници в България“, юридическо лице, регистрирано в регистъра на ЮЛНЦ към Агенцията по вписванията за извършване на общественополезна дейност в сферата на здравеопазването и жалба на Сдружение "Национално сдружение на областните многопрофилни болници за активно лечение", със седалище и адрес на управление гр. Сливен. Жалбоподателите оспорват разпоредбите на §43, §63, §71, §72 и §91 от цитирания Договор №РД-НС-01-4-13/29.04.2022 г. и допълнително са заявили искане за спиране на изпълнението им.

В мотивите на определението по хода от 18.09.2023 г., съставът на ВАС, Трето отделение се е произнесъл по предмета на производството по съединените жалби, като намира, че това са следните текстове от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г., обн. ДВ, бр. 37/ 17.05.2022г.:

„§ 63. (В сила от 1.01.2022 г. - ДВ, бр. 37 от 2022 г.) Създава се чл. 341а:

"Чл. 341а. (1) В съответствие с чл. 55а от ЗЗО НЗОК и БЛС планират и договарят закупуването за ЗОЛ на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 338г, 339б и 340б за 2022 г., както и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в ЗБНЗОК за 2022 г.

(2) В изпълнение на чл. 4, ал. 5 от ЗБНЗОК за 2022 г. представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО извършват наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и текущо – за изпълнението на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 30.06., 30.09. и към 31.12.2022 г., БЛС получава информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава двадесета на изпълнителите на болнична медицинска помощ, извършващи дейности, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на средства за здравноосигурителни плащания."

§ 71. (В сила от 1.01.2022 г. - ДВ, бр. 37 от 2022 г.) Създава се чл. 368а:

"Чл. 368а. (1) Изпълнителите на болнична медицинска помощ са длъжни да осъществяват дейността си в рамките на утвърдените им стойности по реда на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2022 г. за периода 1.01.2022 г. – 31.12.2022 г., вписани в приложение № 2 към договора им с НЗОК.

(2) Утвърдените стойности по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 343, ал. 1, т. 2, 3 и 4.

(3) Националната здравноосигурителна каса не закупува дейности, чиято стойност надвишава месечните стойности, определени по реда на правила по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2022 г.

(4) Приоритетно изпълнителите на болнична медицинска помощ в рамките на стойностите по ал. 1 осигуряват разходи за персонал, както и за дейностите, свързани с майчино и детско здравеопазване, със спешността и лечението на онкологично болни пациенти.

(5) Ръководителите на лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, които не изпълняват условията на ал. 10, използват не по-малко от 60 % от приходите от НЗОК за извършените медицински дейности (по КП/АПр/КПр) за разходи за персонал при осигуряване на необходимите средства за лекарствени продукти, консумативи и други дейности, свързани с лечението на пациентите. При установено нарушение лечебните заведения работят по цени на медицинските дейности на нивата съгласно чл. 338г, ал. 1, чл. 339б, ал. 1 и чл. 340б, ал. 1, колони "Цена по чл. 368а, ал. 9", за периода на установяване на несъответствието.

(6) При прилагане на правилата за разходите за персонал по ал. 5 изпълнителите на болнична медицинска помощ следва да осигурят изпълнението на медицинската помощ по договор с НЗОК в нейния пълен обем и качество.

(7) Съотношението между минималното и максималното брутно трудово възнаграждение на медицинските специалисти в лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, е не повече от 1 към 20. Брутното трудово възнаграждение се формира като сума от основното трудово възнаграждение и всички допълнителни възнаграждения на изпълнителите на болнична медицинска помощ за работата по дейности, финансирани с публични средства.

(8) Лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, в срок до 1.08.2022 г. следва да изпълнят условието на ал. 7. Националната здравноосигурителна каса извършва ежемесечно наблюдение на постигнатите съотношения в лечебните заведения за болнична помощ. При установено несъответствие НЗОК заплаща на съответното лечебно заведение по цени на медицинските дейности съгласно чл. 338г, ал. 1, колона "Цена от 1.01.2022 – 30.04.2022 г.", за периода на установеното несъответствие.

(9) Лечебните заведения – изпълнители на болнична медицинска помощ, в срок до 1.08.2022 г. привеждат вътрешните правила за работните заплати в съответствие с размерите на основните трудови възнаграждения по категории

персонал съобразно колективния трудов договор в отрасъл "Здравеопазване" (КТД) 2022 г. При установено несъответствие след тази дата НЗОК заплаща на съответното лечебно заведение по цени на медицинските дейности на нивата съгласно чл. 338г, ал. 1, чл. 339б, ал. 1 и чл. 340б, ал. 1, колони "Цена по чл. 368а, ал. 9", за периода на установяване на несъответствието.

(10) До 31.07.2022 г. лечебните заведения за болнична помощ са длъжни да начисляват брутно трудово възнаграждение за положения труд, което включва основни месечни трудови възнаграждения по категории персонал и допълнителни трудови възнаграждения в размер не по-малко от размерите на основните трудови възнаграждения, определени в КТД в отрасъл "Здравеопазване" 2022 г. Ръководителите на лечебните заведения за болнична медицинска помощ утвърждават във вътрешни правила за работните заплати размерите и механизмите за формиране на работната заплата за персонала в съответствие с изискванията. При установено несъответствие след тази дата НЗОК заплаща на съответното лечебно заведение по цени на медицинските дейности на нивата съгласно чл. 338г, ал. 1, чл. 339б, ал. 1 и чл. 340б, ал. 1, колони "Цена по чл. 368а, ал. 9", за периода на установяване на несъответствието.

(11) С цел установяване на съответствията по ал. 9 изпълнителите на болнична медицинска помощ предоставят в РЗОК и в Изпълнителна агенция "Главна инспекция по труда" (ИАГИТ) информация за длъжностните щатни разписания към 1.08.2022 г., като прилагат и декларация за идентичност на данните с тези от поименното щатно разписание на длъжностите в лечебните заведения за болнична медицинска помощ за съответните категории персонал. При промяна на обстоятелствата за следващ период изпълнителите на болнична медицинска помощ представят актуална информация.

(12) При установяване на несъответствие по ал. 9 компетентните органи на ИАГИТ информират НЗОК. В тези случаи НЗОК, респ. РЗОК, автоматично преизчислява стойностите по реда на ал. 9."

§ 72. (В сила от 1.01.2022 г. - ДВ, бр. 37 от 2022 г.) В чл. 369 ал. 2 – 13 се изменят така:

"(2) Стойностите по финансово-отчетните документи по чл. 367 не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 към договора на изпълнителя с НЗОК.

(3) За прилагане на ал. 2 в месечните известия по чл. 366, ал. 10 се посочва сумата на надвишението на стойността на отчетените през месеца дейности спрямо определената месечна стойност, която подлежи на възстановяване на НЗОК по реда на Механизма. Сумата се посочва с отрицателен знак.

(....)

(8) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на болнична медицинска помощ на определените месечни стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор, като същият изпълнител за предходен месец е формирал надвишение на месечната стойност, възстановена по реда на ал. 3, възстановената сума се намалява с формираната икономия.

(9) В случаите по ал. 8 в месечните известия по чл. 366, ал. 10 сумата на надвишението по ал. 3 в рамките на формираната за месеца икономия се посочва с положителен знак, което се отразява и в приложение № 2 от индивидуалния договор, в който се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност.

§91. (1) Настоящият Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. влиза в сила от деня на обнародването му в "Държавен вестник" с изключение на:

1. параграфи 2, 3, 12 – 27, 35 – 39, 50, 59 – 64, 67, 71 – 76, които влизат в сила от 1.01.2022 г.; (жалбата е допустима само по отношение на оспорените разпоредби - §63, 71 и 72)"

С определение от 15.07.2022 г. е спряно изпълнението на §43, §63, §71, §72 и §91 от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г., обн. ДВ, бр. 37/ 17.05.2022г. При преразглеждане на съдебния акт от страна на петчленен състав на ВАС, с определение №8643 от 06.10.2022г., постановено по административно дело № 7650/2022 г. на ВАС, петчленен състав, I колегия, е

очертан обхватът на съдебния на съдебния контрол с оглед правния интерес на лицата да оспорват този подзаконов нормативен акт и е ревизирано произнасянето на тричленния състав по отношение спирането на прилагането на оспорените разпоредби. Обезсилено е определението от 15.07.2022г., в частта с която е спряно изпълнението на §91, ал. 2, §43 и на §91, ал. 1 в частта му, предвиждаща влизане в сила на разпоредбата на §43, както и §91, ал. 1, т. 1 и т. 2 относно влизане в сила на разпоредбите на Анекса, които не са оспорени от жалбоподателите. Отменено е определението, в частта, с която е спряно прилагането на §63 от Анекса, доколкото са липсвали доказателства, които да обосновават основателността на искането. В останалата си част – по отношение на постановеното спиране на прилагането на §71 и §72 и §91, ал. 1, т. 1, в частта ѝ относно влизане в сила на §71 и §72 на 01.01.2022 г. определението е оставено в сила.

Предмет на оспорване по делото са разпоредби от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор (НРД) за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г., обн. ДВ, бр. 37/ 17.05.2022г. Съгласно чл. 4а Закон за здравното осигуряване, НРД е нормативен административен акт с действие на територията на страната за определен срок и задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ (ИМП), осигурените лица и осигурителите. Промените в НРД, на основание чл. 55, ал. 5 от с.з., се извършват с анекси към тях, приети по реда на приемането на самия рамков договор и по реда на чл. 54 ЗЗО. По делото съдът е установил, че оспореният акт е приет от компетентните за това органи, издаден е при спазване на предписаната в ЗЗО процедура за това, изпълнява изискването за съдържание и форма, оспорените разпоредби на подзаконовия нормативен акт са издадени в съответствие с целта на закона.

На следващо място, съдът следва да извърши преценка за съответствие на оспорените разпоредби на Анекса с материално правните изисквания на закона. По отношение на § 72 от Анекса тази преценка се основава на проверката за съответствието му с нормите на Закона за здравното осигуряване и Конституцията, в частност с нормите на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване и чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията.

Съдът следва да обсъди и възраженията по делото, изразени от страна на НЗОК, че действащият модел на заплащане на болничната помощ е базиран на разпределението по нива на ограничен ресурс, който държавата може да отдели за медицинското обслужване на гражданите като вид социална услуга. За съжаление, само в рамките на този модел се реализира правото на гражданите на достъпна помощ. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност е опит да се осигури за всички здравноосигурени лица, съобразно ограничения държавен ресурс, съответното ниво на медицинско обслужване. Принципният подход е да се направи разпределение между изпълнителите на съответните дейности в цялата страна. Целеният резултат – ресурсът да стигне за максимален брой нуждаещи се в рамките на цялата бюджетна година, а не само за част от тях или за част от годината. Средството, чрез което държавата се опитва да постигне този резултат, е именно лимитирането на дейностите в обем, който държавата може да си позволи на съответния етап от икономическото си развитие.

Именно в контекста на това възражение на ответника и при преценка на законосъобразността на оспорения подзаконен нормативен акт по отношение на всяка отделна оспорена разпоредба (в частност § 72 от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г.) с нормите от по-висока степен на Закона за здравното осигуряване, за настоящия състав е възникнало съмнението, че текстът на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО противоречи на конституционната разпоредба на чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията на република България.

Разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (нова - ДВ, бр. 102 от 2018 г., в сила от 01.01.2019 г.) гласи, че „Националната здравноосигурителна каса не заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 обема и стойности“.

Връзката между оспорената пред Конституционния съд законова разпоредба и административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение, произтича от релевантния за изхода на административното дело закон, за който настоящият тричленен състав на Върховния административен съд може

единствено да сезира Конституционния съд, което обуславя компетентността на състава на Върховния административен съд да отправи искане до Конституционния съд.

Разрешаването на въпроса за съответствието на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване с чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България е от съществено значение за произнасянето на Върховния административен съд по адм. д. №5915/2022 г. по описа на Върховния административен съд. Без тази преценка съдът не би могъл да упражни ефективно правомощията си по чл. 185 и сл. АПК и да се произнесе относно съответствието на оспорените разпоредби от Анекса с материалния закон в съответствие с чл. 192а и чл. 196 във връзка с чл. 142, ал. 1 от АПК.

При разглеждането на административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение, настоящият тричленен състав на Върховния административен съд е достигнал до убеждението за несъответствие на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване с разпоредбите на чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията.

Във връзка с прилагането на разпоредбата на чл. 18, ал. 3 ПОДКС следва да се уточни, че разпоредбата на § 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване не е в приложното поле на правото на Европейския съюз. В случая се касае за вътрешноправната уредба на въпроса с разходването на средства на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и не са засегнати или приложими други норми от европейски порядък. Здравноосигурените лица, граждани на ЕС, при пребиваването си в България, ако попадат в обхвата на чл. 33, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване, се считат за здравноосигурени лица в България на основание Приложение XI от Регламент № 883/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 29 април 2004 година за координация на системите за социална сигурност. В този смисъл Регламент 883/2004 установява принципа, че в рамките на такава координация, в Общността се гарантира равно третиране на съответните лица съгласно различните национални законодателства, но начинът на разпределение на средствата остава в компетентността на националните юрисдикции на държавите членки (съображение 5 от Регламент 883/2004).

С оглед на гореизложеното, намираме, че искането за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване поради противоречието ѝ с чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията е допустимо за разглеждане по същество.

2. По основателността на искането

Производството по административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение, е по реда на чл. 185 и сл. от Административнопроцесуалния кодекс (АПК). Образувано е по жалба от „Национално сдружение на частните болници“ – юридическо лице с нестопанска цел, със седалище в гр. София, срещу няколко разпоредби от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г., обн. ДВ, бр. 37/ 17.05.2022 г. (наричан по-долу за краткост „Анекса“). По делото са присъединени за съвместно разглеждане и жалба на Многопрофилна болница за активно лечение "Сърце и Мозък" ЕАД, със седалище в гр. София; жалба от „Сдружение на общинските болници в България“, юридическо лице, регистрирано в регистъра на ЮЛНЦ към Агенцията по вписванията за извършване на общественополезна дейност в сферата на здравеопазването и жалба на Сдружение "Национално сдружение на областните многопрофилни болници за активно лечение", със седалище и адрес на управление гр. Сливен. Предмет на производството по съединените жалби са текстове от Договор № РД-НС-01-4-13 от 29 април 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г., обн. ДВ, бр. 37 от 17.05.2022г., в т.ч. § 72 от същия:

„§ 72. (В сила от 1.01.2022 г. - ДВ, бр. 37 от 2022 г.) В чл. 369 ал. 2 – 13 се изменят така:

"(2) Стойностите по финансово-отчетните документи по чл. 367 не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 към договора на изпълнителя с НЗОК.

(3) За прилагане на ал. 2 в месечните известия по чл. 366, ал. 10 се посочва сумата на надвишението на стойността на отчетените през месеца дейности спрямо определената месечна стойност, която подлежи на възстановяване на НЗОК по реда на Механизма. Сумата се посочва с отрицателен знак.

(...)

(8) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на болнична медицинска помощ на определените месечни стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор, като същият изпълнител за предходен месец е формирал надвишение на месечната стойност, възстановена по реда на ал. 3, възстановената сума се намалява с формираната икономия.

(9) В случаите по ал. 8 в месечните известия по чл. 366, ал. 10 сумата на надвишението по ал. 3 в рамките на формираната за месеца икономия се посочва с положителен знак, което се отразява и в приложение № 2 от индивидуалния договор, в който се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност."

По отношение на оспорения §72 от Анекса е необходимо да се направи проверка за съответствието му с нормите на ЗЗО и Конституцията, в частност чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО и чл. 6, ал. 2 и чл. 52 от Конституцията.

Съгласно чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване, Националната здравноосигурителна каса не заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 обеми и стойности.

Поддържа се от една страна, че оспореният §72 от Анекса съответства на тази законова разпоредба. Изтъква се, че действащият модел на заплащане на болничната помощ е базиран на разпределението по нива на ограничен ресурс, който държавата може да отдели за медицинското обслужване на гражданите като вид социална услуга. За съжаление, само в рамките на този модел се реализира правото на гражданите на достъпна помощ. Лимитирането на обема и стойността на медицинската дейност е опит да се осигури за всички здравноосигурени лица, съобразно ограничения държавен ресурс, съответното ниво на медицинско обслужване. Принципният подход е да се направи разпределение между изпълнителите на съответните дейности в цялата страна. Целеният резултат –

ресурсът да стигне за максимален брой нуждаещи се в рамките на цялата бюджетна година, а не само за част от тях или за част от годината. Средството, чрез което държавата се опитва да постигне този резултат е именно лимитирането на дейностите в обем, който държавата може да си го позволи на съответния етап от икономическото си развитие.

Същевременно, разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията прогласява като основно право на гражданите правото на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, без да указва реда, начина, принципите и системата за неговото осъществяване и практическо прилагане. За реализиране на това, по своята същност социално право, трябва да се погрижи държавата. Това е нейно задължение, което се предопределя от преамбюла на Конституцията, където е обявена за „социална държава“. Нейно задължение е да уреди тези основни обществени отношения във връзка с реалното прилагане на прогласеното от Конституцията право. Законодателят е този, който преценява по целесъобразност каква система за здравно осигуряване да приеме и въз основа на какви принципи то да се осъществява в съответствие с конституционните норми.

Така, здравното осигуряване е част от осигурителната система (или системата за социална сигурност) на Република България. Социалната сигурност по смисъла на Конвенция № 102 на Международната организация на труда за социална сигурност (минимални стандарти) от 1952 г., ратифицирана със закон на 30 май 2008 г. от 40-то Народно събрание, в сила за Република България от 15.06.2008г., означава полагане на постоянни усилия от страна на държавата, за да покрие неблагоприятните последици от настъпването на осигурителните събития, които се определят като "социални рискове" по смисъла на конвенцията. Тези усилия могат да се изразяват в провеждането на различни политики, които да водят до целения резултат по изискването на конвенцията - социална сигурност, адресирана към потребителя на осигурителното право. Както вече беше казано, конституционното основание на правото на здравно осигуряване като основно право на гражданите е разпоредбата на чл.52 от Конституцията на РБ, съгласно ал.1 от която „Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.“

Нееднократно Конституционният съд на Република България е приемал в мотивите на своите актове, че Конституцията не конкретизира реда и начина на практическо прилагане на защитените с нея социални права. С тяхната реализация се занимава държавата чрез създаване на нормативна система за обществено осигуряване. (Решение № 5/2000 г. по к.д. № 4/2000 г.). Конституционният съд е посочвал, че Конституцията възлага на законодателя да предвиди и съответните гаранции за реализиране на конституционно закрепените права, както и да се въздържа от приемането на актове, които могат да ги накърнят. Държавата е длъжна да гарантира и защитава социалните права, а не да създава юридически пречки за осъществяването им (Решение № 14/2000 г. по к.д. № 12/2000 г.). В този смисъл, конституционноправната защита включва и задължението на държавата да създаде нормативна система на здравното осигуряване, и задължението да гарантира реализация на осигуряването в неговите различни форми, когато условията за осъществяването му и извършването на плащания при извършени здравни услуги са настъпили.

Законът за здравното осигуряване е основният нормативен акт, съдържащ правилата за организиране и функциониране на здравноосигурителната ни система (ЗЗО, обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г., с множество последващи изменения и допълнения). Съгласно чл.1, ал.2 и ал.3 от него: „Здравното осигуряване е дейност по набирането на здравноосигурителни вноски и премии, управлението на набраните средства и тяхното разходване за закупуване на здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в този закон, в националните рамкови договори (НРД) и в застрахователните договори. Здравното осигуряване е задължително и доброволно.“

Разпоредбата на чл.2 от Закона за здравното осигуряване посочва, че задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Набирането на средства от задължителните здравноосигурителни вноски, които се определят със закон, се осъществява от

Националната агенция за приходите. Теорията приема, че съдържанието на правото на здравно осигуряване е получаване на здравни услуги под формата на медицинска помощ (чл.35, ал.1 ЗЗО), която е и дължимата на здравноосигуреното лице престация, при настъпването на осигурените социални рискове и основният смисъл на системата на здравното осигуряване. Паричната равностойност на тази престация не се заплаща директно от осигурените лица, а от осигурителния орган – Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК) или здравнозастрахователно дружество.

Така, в научен план се извеждат и трите задължителни елемента на съдържанието на родовото понятие „здравно осигуряване“: 1) набиране на средства от осигурителни вноски; 2) управление на набраните средства - разпореждането с тях, влагане, инвестиране и др. и 3) използването на набраните финансови средства за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки на осигурените лица.

По отношение на третия елемент от тази система – използването на набраните финансови средства за заплащане на здравни дейности, услуги и стоки на осигурените лица държавата въвежда ограничения, така че да гарантира равномерното им разпределение за всички здравноосигурени лица и в периода на цялата година. Това разпределение става на базата на прогнози и предварително подписани договори с изпълнителите на различни медицински дейности (в болничната и доболничната помощ) в рамките на договорените с тях обеми. В този смисъл и на пръв поглед изглежда целесъобразно системата да функционира чрез определяне на тримесечни или годишни лимити, в обхвата на които да се заплащат извършените здравни услуги по отношение на обслужените от здравните заведения здравноосигурени лица. В миналото, в случаите, когато тези лимити бяха надвишавани поради обективни причини – множество реално извършени за конкретния период от време здравни дейности, НЗОК можеше да възстанови направените от здравните заведения разходи. В този смисъл вж. Решение № 141 от 21.09.2021г. по т.д. № 2586/2019г., ВКС, I т.о., решение № 47 от 19.04.2022 г. по т.д. № 418 по описа за 2021 г. на ВКС, I т.о. и др.

С разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО (Нова – ДВ, бр. 102 от 2018 г., в сила от 1.01.2019 г.) обаче, законодателят забрани на Националната

здравноосигурителна каса да заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 обеми и стойности. Под „нарушение“ в конкретния случай не се разбира института на извършване на обществено опасно деяние, а обективно надвишаване (надхвърляне) на определените в договора обеми и стойности на договорените медицински дейности. Действително, законодателят може по целесъобразност при задължителното здравно осигуряване да определя обема на медицинската помощ, гарантирана от бюджета на НЗОК, и нейното разделяне в един или повече пакети, само доколкото не се нарушават принципи и разпоредби на Основния закон (в този смисъл вж. Решение № 3 от 8.03.2016 г. на КС по к. д. № 6/2015 г.).

В посочените по-горе случаи лечебните заведения са изправени пред необходимостта да следят ежечасно дали са достигнали определените в договорите си лимити и обеми и в случай на достигането им преди изтичане на срока, да отказват извършването на последващи медицински дейности от вида, чийто обем са изчерпали. Това директно поставя здравноосигурените лица, които ще потърсят съответната медицинска или дентална помощ, в положение да им бъде отказана такава единствено поради финансови причини. Освен, че са поставени в незавидното и застрашаващо живота им положение да са изправени пред необходимостта да търсят лечебно заведение в условията на нужда, без да могат да ползват достъпното такова, тези лица са дискриминирани минимум по два начина – първо, защото са се „разболели“ по-късно, след изчерпване на съответния лимит или второ, защото са се разболели на „неподходящо място“, в случаите, когато в населеното място няма друго лечебно заведение, което да разполага с достатъчно предварително одобрен от Здравната каса обем от медицински услуги. Именно в това се състои противоречието на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО с принципа на равнопоставеност, прокламиран в чл. 6, ал. 2 от Конституцията.

Противоречието на законодателното решение, възприето от Народното събрание, за физическите лица се състои в следното: От една страна те имат правното задължение да внасят здравна осигуровка в зависимост от техния трудовоправен статус, от статуса по пребиваване в страната и в чужбина и пр. При неизпълнение се реализира репресивния държавен апарат, чрез данъчната система

и съответно се налага санкция, в зависимост от вида и тежестта на нарушението. От друга страна, тези лица не могат пълноценно да ползват правата си като здравноосигурени лица, поради усложнения в правната регулация на административната система на здравно осигуряване в страната. Достъпът им до медицинска помощ се ограничава именно чрез правно регламентирани лимити (горни граници) на брой медицински услуги и обем от медицинска дейност за лечебните заведения, които те имат правото да изберат. Систематичното тълкуване на правната уредба формално води, както в теоретичен, така и в практически план до извода, че на физическите лица пряко не са ограничени правата им за качествено и достатъчно медицинско обслужване, срещу правните задължения да извършват задължителни финансови вноски. Тези права обаче са категорично накърнени, което законодателството постига косвено - чрез ограничаване на възможността лечебните заведения да извършат медицинската услуга, дължима на всяко физическо лице, поради незаплащането ѝ, когато тя попада в така нар. „финансово надлимитно пространство“.

На този аргумент не може да се възрази с мотива, че здравните заведения не могат да откажат медицинско обслужване. Напротив, нормата задължава лечебното заведение да изпълни само тези медицински услуги, за които фискът му заплаща. Ако лечебното заведение изпълни по-голям брой медицински услуги от горната граница, която е поставена нормативно, то ще ги е изпълнило „за своя сметка“. В същото време, ако лечебното заведение ги изпълни „за своя сметка“, то финансовата му издръжка ще е невъзможна и ще подлежи на санкциониране от държавата (чрез съответните компетентни органи – НЗОК). В този смисъл е и необходимостта от друго правно разрешение за равномерното и най-вече справедливо разпределение на обществения ресурс. Здравноосигурените лица следва да имат възможност за достъпна медицинска помощ за нещо, което „предварително са обезпечили“ чрез здравноосигурителните си вноски и което с нововъведената в законодателството ни ал. 2 на чл. 55а от ЗЗО се ограничава.

Допълнителен аргумент за противоконституционността на посочената разпоредба на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО е и фактът, че разпределението на ограничения публичен ресурс става не със закон или подзаконов нормативен акт, а с договора между НЗОК и изпълнителите на болничната помощ. Да, законодателят преценява

по целесъобразност каква система на здравно осигуряване да приеме и на какви принципи то ще се осъществява в съответствие с конституционните норми. Той може да даде едно или друго конкретно разрешение по целесъобразност, стига то да е в съответствие с принципите на Основния закон (вж. Решение № 10 от 13.09.2012 г. по к. д. № 15 от 2011 г.). Законодателят може по целесъобразност при задължителното здравно осигуряване да определя обема на медицинската помощ, гарантирана от бюджета на НЗОК, доколкото не се нарушават принципи и разпоредби на Основния закон. Установяването на условия и ред за заплащане на медицинската помощ по избор на пациента в никакъв случай не отменя и не накърнява основните конституционни права на гражданите, прокламирани с чл. 52, ал. 1 от Конституцията (в този смисъл Решение № 8 от 2.04.1998 г. по к. д. № 3 от 1998 г. за тълкуване на чл. 52, ал. 1 от Конституцията). Въвеждането на лимити в обемите на медицинската помощ обаче накърнява тези права. От конституционната разпоредба на чл. 52, ал. 1 се налага изводът, че основните обществени отношения, свързани с правото на здравно осигуряване, трябва да бъдат уредени със закон. Основният закон изрично възлага на Народното събрание уреждането на условията и реда да става със закон, а не с подзаконов нормативен акт (Решение № 3 от 8.03.2016 г. на КС по к. д. № 6/2015 г.) Според настоящия състав обаче, не може да бъде използвана системата на сключване на договори с изпълнителите на болнична помощ за определяне на лимити в обемите и стойностите, което пряко би ограничило упражняването на основните права на гражданите по чл. 52 от Конституцията.

Именно поради изложените причини, настоящият състав на ВАС, Трето отделение намира, че въведеното ограничение с нормата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване НЗОК да заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска и дентална помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 обеми и стойности, директно влиза в противоречие с гарантираното от чл. 52, ал. 1 от Конституцията право на здравноосигурените лица да получат достъпна медицинска помощ, в случаите когато лечебните заведения са достигнали определените им с договорите лимити.

С оглед на изложените аргументи настоящият състав на Трето отделение на Върховния административен съд счита, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона

за здравното осигуряване противоречи на чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията.

По изложените съображения и на основание чл. 150, ал. 2 от Конституцията, внасяме искане за образуване на конституционно дело и установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване.

Предлагаме да конституирате като заинтересувани институции: президента на Република България, Министерския съвет, министъра на здравеопазването, управителя на Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз, „Национално сдружение на частните болници“, „Сдружение на общинските болници в България“, „Национално сдружение на областните многопрофилни болници за активно лечение“, организациите за защита правата на пациентите, признати за представителни по смисъла на чл. 86б, ал. 1 от Закона за здравето (такива официално признати и публикувани на сайта на министерство на здравеопазването са „Българска асоциация за закрила на пациентите“, „Сдружение за развитие на българското здравеопазване“), министъра на правосъдието, Върховния касационен съд, главния прокурор, Висшия адвокатски съвет и омбудсмана на Република България.

Съгласно чл. 18, ал. 5 и ал. 7 ПОДКС, прилагаме в цялост, в оригинал административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение, както и заверено копие на определение по хода на делото от 18.09.2023 г., постановено по административно дело № 5915/2022 г. на Върховния административен съд, Трето отделение,

Председател: 

Членове: 1.

2. (