



КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД

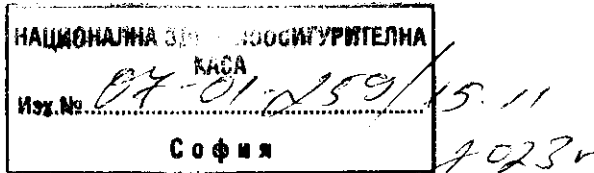
Вх. № 405 КЗ
Дата 16.11.23г.

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659121



ДО
КОНСТИТУЦИОННИЯ СЪД
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

СТАНОВИЩЕ

**ОТ СТАНИМИР МИХАЙЛОВ - УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА**

ПО КОНСТИТУЦИОННО ДЕЛО 15/2023 г.

Относно: Искане на тричленен състав на Върховния административен съд за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (обн., ДВ бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. бр. 66 от 2023 г.)

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,

УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

На основание чл. 150, ал. 2 от Конституцията на Република България и в съответствие с чл. 17, ал. 1 и 2 от Закона за конституционен съд (ЗКС) и чл. 18 от Правилника за организацията и дейността на Конституционния съд (ПОДКС), тричленен състав на Върховния административен съд е сезирал Конституционния съд на Република България с искане за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (обн., ДВ бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. бр. 66 от 2023 г.).

Вносителят поддържа противоречие на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) с чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България.

С искането вносителят обосновава, че „въведеното ограничение с нормата на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване НЗОК да заплаща за оказана от лечебните заведения медицинска помощ в нарушение на посочените в техните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО обеми и стойности, директно влиза в противоречие с гарантираното по 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“.

Вносителят излага съображения за противоконституционност на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, поради противоречие на оспорената разпоредба с чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Посочва, че законодателят при задължителното здравно осигуряване може по

целесъобразност да определя обема на медицинската помощ, гарантирана от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и нейното разделяне в един или повече пакети, само доколкото не се нарушават принципи и разпоредби на Основния закон. Вносителят приема, че в случая разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО ограничава възможността за достъпна медицинска помощ, която здравноосигурените лица „предварително са обезпечили“ чрез здравноосигурителните си вноски. Според тричленния състав на Върховния административен съд „системата на сключване на договори с изпълнителите на болнична помощ не може да бъде използвана за определяне на лимити в обемите и стойностите, което пряко би ограничило упражняването на основните права на гражданите по чл. 52 от Конституцията“. В искането е направен извод и за противоречие на оспорената разпоредба с чл. 6, ал. 2 от Конституцията.

С Определение от 17 октомври 2023 г. Конституционният съд е допуснал за разглеждане по същество искането на тричленен състав на Върховния административен съд за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО (обн., ДВ бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. бр. 66 от 2023 г.). На основание чл. 20а, ал. 1 от ПОДКС е конституиран НЗОК като заинтересована институция по делото.

С оглед предоставената възможност и предвид компетентността на НЗОК, в определения от Конституционния съд 30-дневен срок изразявам становище, че искането от тричленен състав на Върховния административен съд е **неоснователно и необосновано**, като излагам подробни съображения по аргументите в искането за установяване на противоконституционност на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, както следва:

I. Чл. 6, ал. 2 от Конституцията е част от глава първа „Основни начала“ и гласи: „Всички граждани са равни пред закона. Не се допускат никакви ограничения на правата или привилегии, основани на раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние.“

Съгласно чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, НЗОК 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.

В искането си вносителят посочва, че здравноосигурените 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, според тричленния състав на Върховния административен съд, се състои противоречието на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО с принципа на равнопоставеност, прокламиран в чл. 6, ал. 2 от Конституцията.

От така изложеното в искането за установяване на противоконституционност на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО не става ясно по кой от изброените социални признаци в чл. 6, ал. 2 е твърдяното ограничение.

Защото ограничаване на правата на гражданите, извън изчерпателно изброените социални признаци в чл. 6, ал. 2 от Конституцията, е допустимо, и с това и в най-малка степен не се нарушава Конституцията. В този смисъл е Решение № 14 от 1992 г. на Конституционния съд.¹

¹ В Решение № 14 от 1992 г. Конституционният съд е приел, че признаците, въз основа на които не се допуска ограничение на правата на гражданите, са изчерпателно изброени в Конституцията в разпоредбата на чл. 6, ал. 2. На това основание не се допускат никакви ограничения на правата на гражданите, основани на раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние. Служителите на бившата Държавна сигурност са били в определено служебно - трудово или договорно, положение по смисъла на чл. 6, ал. 2 от основния закон и не може да се определя като дискриминационен критерий, защото не съществува в изчерпателно изброените в чл. 6, ал. 2 критерии, гарантиращи равенството на всички граждани пред закона.

Член 6, ал. 2 от Конституцията прогласява равенство на всички граждани пред закона като конституционен принцип, присъщ на всяко демократично общество. Тази разпоредба конкретизира основанията, на които не се допуска ограничаване на правата. Ограничаване на правата на тези основания нарушава принципа на равенство пред закона. По този начин Конституцията изрично изключва възможността за неравенство в правната система на основанията, предвидени в този конституционен текст.

Прокламирацията в чл. 6, ал. 2 от Конституцията принцип не допуска законодателят да въвежда нито ограничения в правата на гражданите, нито привилегии, основани на изчерпателно изброените признаци. От съпоставянето на оспорената разпоредба от ЗЗО с утвърденото съдържание на принципа се налага изводът, че соченото противоречие не е налице. Оспореният законов текст не води до неравно третиране, не предвижда нито привилегии, нито дискриминация и не нарушава конституционния принцип. Както правото на достъп до медицинска помощ не може да се приеме за нарушено, ако пациент е избрал лечебно заведение за болнична помощ – изпълнител по договор с НЗОК, и се окаже, че не може да бъде хоспитализиран в същия ден, поради запълване на 100% на болничния капацитет (т.е. на всички разкрити легла в лечебното заведение са хоспитализирани за лечение пациенти), така и това право не може да се приеме за нарушено при изразходване на месечна стойност, утвърдената от Надзорния съвет на НЗОК съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК, и записана в индивидуалния договор на изпълнителя. И в двата случая пациентът следва да бъде приет по реда на плановия прием чрез планиране на лечението му от лекуващ лекар – това е редът за упражняване на правото на достъп до медицинска помощ, предвиден в наредбата по чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето (ЗЗ) и в Националния рамков договор (НРД) по чл. 4а от ЗЗО. Така, съгласно чл. 22 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ (обн. ДВ. бр.45 от 2006 г., посл., изм.и доп., бр. 87 от 2021 г.) при липса на капацитет за планова хоспитализация лечебните заведения изготвят и поддържат актуална листа за планов прием за всяка клиника и/или отделение. В листата се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение.

Прякото реализиране на принципа на равнопоставеност касае непосредствено базисната за цялата система рамка, определяща, че здравноосигурените лица имат право да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, гарантиращ им достъпно лечение в съответствие със стадия, развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване. В аналогична насока е и Решение № 32 от 1998 г. по к.д. № 29/1998 г. на Конституционния съд, даващо тълкуване на понятието „достъпна медицинска помощ“, съгласно което същата „означава възможност за медицинско лечение на всички граждани в случай на заболяване и равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението“. В допълнение, в Решение № 2 от 22.02.2007 г. по к. дело № 12/2006 г. се приема, че конституционната разпоредба „гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни помощи, както и избор на изпълнител, договорил се с касата“, откъдето и заключението, че „в юридически смисъл равенството означава, че към едни и същи лица, равни от правна гледна точка на действащото право, с оглед целите на правното регулиране, законът се обръща еднакво“.

Основното човешко право на здравеопазване се изразява в правната възможност на всеки на достъп до най-високия достижим стандарт на здравеопазване, тъй като опазването на здравето на гражданите е национален приоритет и се гарантира от държавата чрез прилагане на принципите на равнопоставеност и осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ - чл. 2, ал. 1, т. 1 и 2 от ЗЗ. Принципът на равнопоставеност гарантира възможност за ползване на здравни грижи от всички граждани на справедлива основа. Принципът на достъпност гарантира наличността и възможността за използване на здравната помощ там и тогава, където и когато е необходима. Принципът на качествена

здравна помощ гарантира на нуждаещите се здравна помощ, която е медицински най-подходящата, предоставена своевременно и по най-щадящия за гражданина начин.

В тази връзка, изложените от вносителя твърдения за дискриминация по два начина – „по-късно разболяване“ и „на неподходящо място“ са **извън** изчерпателно изброените социални признаци в чл. 6, ал. 2 от Конституцията, а направеният извод за противоречие на разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО с принципа на равнопоставеност е **необоснован и неправилен**.

II. Член 52, ал. 1 от Конституцията е част от глава втора „Основни права и задължения на гражданите“ и е със съдържание: „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.“

Правото на здравно осигуряване по чл. 52, ал. 1 от Конституцията не е право от класически тип, а е от категорията социални права. То не е универсално, отнасящо се до всички граждани, а в случая само за нуждаещите се от здравна помощ. Тази характеристика на правата по необходимост налага държавна намеса, поради което самата Конституция посочва, че здравното осигуряване и, общо казано, медицинската помощ се осъществяват по ред, определен в закон.

Затова, за да бъде определен смисълът на оспорената разпоредба, е необходимо да се държи сметка за общата уредба на здравното осигуряване и свързаните с него обществени отношения. Общите принципи и цели са залегнали в чл. 4, ал. 1 от ЗЗО, който гласи: Задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. В посоченото по-горе Решение № 2 от 2007 г. по конституционно дело № 12/2006 г., Конституционният съд е направил следният извод: „Грамотичното тълкуване на текста води до извода, че обхватът и обемът трябва да бъдат определени, т.е. не са неограничени. Прилагателното „определен“ показва дадено, определена мяра. Ако целта на закона е достъпът до здравните нужди да бъде неограничен, подчиненото изречение „чрез определени по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности“ би било излишно.“

Законът за здравното осигуряване има като своя функция Закона за бюджета на НЗОК. Законът за бюджета на Касата по същество представлява финансов план за разходване на средства. Има едногодишно действие, отразява налични средства и представлява финансов план за разходването им, в т. ч. и диференцираните разходи по здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ (чл. 29, ал. 3, т. 6 от ЗЗО). Обичайно, разпоредбата на член 4 от всеки закон за бюджета на НЗОК предоставя на НЗОК да определя общата стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за болничната медицинска помощ на изпълнителите на помощта, разпределена по месеци.

С оглед на това, че след като бюджетът на Касата на основание чл. 29 от ЗЗО е елемент от системата на осигуряването и здравната помощ, то тълкуването, което му се дава, трябва да държи сметка за другите елементи от нея.

Тези съображения налагат извода, че обхватът и обемът на пакета от здравни дейности, чрез които здравноосигурените лица имат достъп до медицинска помощ по реда на задължителното здравно осигуряване, трябва да бъдат определени, т.е. не са неограничени. Както всяко социално право, а това следва и от чл. 52, ал. 2 от Конституцията, и правото по чл. 52, ал. 1 от върховния закон може да бъде реализирано само в рамките на наличните материални и финансови ресурси на държавата, като еманация на обществото, живеещо на нейната територия. Обществото (държавата) може да осигури само такива и толкова социални и здравни услуги, колкото позволяват финансовите му възможности. Ресурсите са ограничени, а обществените нужди са многобройни и принципно незадоволими в пълна степен. Дисбалансът между желания и възможности е присъщ за всеки човек, а и за държавата като цяло. Обществото чрез съответните държавни институции определя каква част от създадения от него брутен

вътрешен продукт следва да се задели за определена дейност и как целесъобразно да се разпредели. Това неизбежно предопределя ограничения и върху вида, обхвата и количеството услуги, които обществото (държавата) може да осигури като престации на лицата, имащи право да ги ползват. По тази причина лимитирани са напр. размерите на минималната и максимална пенсия за осигурителен стаж и възраст, на минималния и максимален размер на обезщетението за безработица, на обезщетението за отглеждане на дете до 2-годишна възраст, и като цяло – на всички осигурителни, социални и други престации, предоставяни от държавата на нейните граждани. Не по-различно е положението и със здравните услуги, чрез които се реализира правото на достъп до медицинска помощ по чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Тези услуги не са безплатни – те се заплащат на изпълнителите на медицинската помощ. За това заплащане обаче обществото може да отдели ограничен ресурс, поради което и обхватът и количеството на услугите, които държавата може да осигури, са принципно ограничени в рамките на този ресурс.

Следва да се има предвид, че извън обхвата на задължителното здравно осигуряване държавата финансира и редица други медицински услуги, изброени в чл. 82 от ЗЗ, част от които и медицинската помощ при спешни състояния. Извън спешната медицинска дейност, правото на достъп до болнична медицинска помощ се осъществява по реда на т.нар. **планов прием** по чл. 22 и сл. от Наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ. Определянето на обема и стойността на медицинската дейност в индивидуалните договори с изпълнителите по силата на чл. 55а от ЗЗО не противоречи на това право на достъп, а напротив – осигурява го за всички здравноосигурени лица съобразно ограничения държавен ресурс, което изисква неговото целесъобразно разпределение между изпълнителите в цялата страна, така че 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. Следователно, определянето на месечни стойности в договорите с изпълнителите в едногодишен период, съобразно заложените средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ по приет от Народното събрание ЗБНЗОК, е средство, чрез което правото на достъп до медицинска помощ се гарантира за всеки здравноосигурен в обема, който обществото (държавата) може да си го позволи на съответния етап от икономическото си развитие.

Сочената в тази връзка от вносителя на искането „необходимост от друго правно разрешение за равномерното и най-вече справедливо разпределение на обществения ресурс“, **не може да се приеме като относим довод**, още повече за противоконституционност на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, а по-скоро като несъгласие с начина на разпределение на този ресурс, чието законово основание е това на чл. 4 от ЗБНЗОК.

В тази връзка следва да бъде отбелязано, че ЗЗО е именно нормативният акт, определящ два вида здравно осигуряване на гражданите, а именно задължително и доброволно. За осъществяването на задължителното здравно осигуряване е създадена НЗОК – юридическо лице на публичното право със самостоятелен бюджет, който е отделен от бюджета на държавата. Бюджетът на НЗОК, като финансов план, предполага и изисква строга бюджетна дисциплина. Затова чл. 24, т. 1 от ЗЗО гласи: „средствата на Националната здравноосигурителна каса се разходват за заплащане на медицинска помощ, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите.“ Това правило несъмнено има императивен характер и се заплаща не всяка медицинска помощ, а само определената в договора по вид, обхват, обем и стойност медицинска помощ и реално изпълнената такава. Затова всеки изпълнител на медицинска помощ е длъжен да се съобразява със съдържанието на своя договор с НЗОК, защото този договор е пряка проекция на ЗЗО, ЗБНЗОК и основно на НРД.

Нормата на чл. 45 от ЗЗО урежда задължението на НЗОК да заплаща оказването на медицинска помощ, която се определя като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК с наредба на министъра на здравеопазването. Закупуването на оказаната на осигуреното лице медицинска помощ се извършва от НЗОК, като средствата се превеждат на

предоставилия я изпълнител - чл. 47 от ЗЗО. Медицинската помощ извън обхвата на чл. 45 и договореното в НРД не се закупува от НЗОК - чл. 51 от ЗЗО.

Обслужването на конкретния публичен интерес обуславя функциите на НЗОК, на която законодателят е предоставил съответните правомощия и икономически механизми за осигуряване на необходимия финансов ресурс за реалното осъществяване на правата на здравноосигурените лица - да планира собствен бюджет. Бюджетът на НЗОК трябва да гарантира пакета от здравни дейности като ангажимент на държавата към здравноосигурените лица. Финансовата рамка на бюджета е заложена в чл. 22 - чл. 32 от ЗЗО и се доразвива със ЗБНЗОК за съответната година. Бюджетът на НЗОК, както бюджетът на всеки орган в системата на държавната администрация, е лимитиран в рамките на определена крайна сума и правилното му планиране и правилното управление, разпределение и контрол за целесъобразното разходване на средствата несъмнено би следвало да обезпечи заплащането на регламентирания пакет от медицински дейности. Националната здравноосигурителна каса действа предимно в условия на обвързана компетентност и в много малки случаи има оперативна самостоятелност. Бюджетът ѝ се приема от Народното събрание с отделен закон, а разходването му подлежи на контрол от Сметната палата.

В контекста на изложеното следва да бъде разгледана оспорената норма на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО, но не самоцелно, **а в систематичната ѝ връзка с ал. 1, и с останалите относими законови разпоредби.** Според чл. 2, ал. 3 от ЗЗО, НЗОК закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности по ал. 1, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност, в съответствие с този закон. Разпоредбата на чл. 4, ал. 1 от ЗЗО постановява, че задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса. По смисъла на § 1, т. 2 от Допълнителните разпоредби (ДР) на ЗЗО, "Пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК" са определени по вид и обхват дейности, по отделни специалности, дейности за лечение на определени заболявания или на група заболявания, които са достъпни за всички здравноосигурени лица в обем, при условия и по ред, определени в Националния рамков договор. Съгласно чл. 55а, ал. 1 от ЗЗО, НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година, а съгласно ал. 2 от същата разпоредба НЗОК 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. Съобразно § 1, т. 10 от ДР на ЗЗО "обемът на медицинска помощ" е количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които осигурените лица имат достъп при определени условия, регламентирани в НРД и в договорите за доброволно здравно осигуряване.

Следва да бъде отбелязано също, че съгласно чл. 4 от действащия ЗБНЗОК за 2023 г. (аналогични разпоредби се съдържат и в предходни ЗБНЗОК, действали през съответните предходни години), НЗОК утвърждава за всяка РЗОК годишна обща стойност на разходите за здравноосигурителни плащания, разпределена по месеци, за да се изпълни условието на чл. 55а от ЗЗО, според което НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори, които следва да бъдат в съответствие с размера на заложените средства за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ по бюджета на НЗОК за съответната година. В изпълнение на чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г., Надзорният съвет на НЗОК приема Правила за условията и реда за прилагане на ал. 1, 2 и 3 от същата разпоредба, с които се регламентира определянето на стойности по изпълнители на болнична медицинска помощ по сключените им

индивидуални договори с РЗОК, разпределени по месеци за закупуване на обеми здравни дейности от пакета по чл. 2, ал. 1 от ЗЗО в рамките на утвърдените им стойности.

Съгласно чл. 4, ал. 5 от ЗБНЗОК за 2023 г., условията и редът за наблюдение, анализ и контрол по изпълнението на обемите по чл. 55а от ЗЗО и на утвърдените стойности за изпълнителите на болнична медицинска помощ по сключените им договори се определят в Националния рамков договор за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. и в анексите по чл. 53, ал. 3 от ЗЗО, а когато не са приети такива - в решението по чл. 54, ал. 9 от ЗЗО. Самият ЗЗО в чл. 58 - чл. 62 очертава предметните рамки на индивидуалния договор, сключван между НЗОК и съответния изпълнител на медицинска помощ, който при всички положения следва да е в съответствие с НРД, с решението по чл. 54, ал. 9 от ЗЗО и със самия ЗЗО (чл. 59, ал. 1 ЗЗО).

В НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. са съобразени горесцитираните разпоредби на ЗЗО и ЗБНЗОК за 2023 г. От друга страна, следва да бъде обърнато внимание, че в изпълнение на чл. 54, ал. 1 и ал. 5а от ЗЗО, изготвянето на НРД за медицинските дейности се извършва от представителите на НЗОК и представителите на Българския лекарски съюз и се съобразява с параметрите на средносрочната бюджетна прогноза, изготвена съгласно Закона за публичните финанси. В тази връзка, Министерство на финансите издава указания на основание икономическа макрорамка за тригодишна бюджетна прогноза за приходите на НЗОК като първостепенен разпоредител с бюджет за съответните календарни години, за които се планират средствата за разходи на НЗОК, имайки предвид, че бюджетът на НЗОК е част от консолидираната фискална програма на държавата. На тази база се изготвят годишните параметри на съответните ЗБНЗОК. В НРД за медицинските дейности се разчитат годишните средства за здравноосигурителни плащания по обеми и цени, а с подписването на индивидуални договори с изпълнителите на болнична медицинска помощ, последните се съгласяват да прилагат договорените между НЗОК и БЛС текстове.

В тази връзка, следва да бъде уточнено, че в същите индивидуални договори изпълнителите на болнична медицинска помощ се съгласяват и с въведените текстове, които описват процесите при работа на договорения в чл. 410 от НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. Механизъм за гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ по ЗБНЗОК за съответната календарна година (Механизма).

Механизмът се прилага по следния начин:

Директорът на РЗОК сключва договори с изпълнителите на болнична медицинска помощ за закупуване на медицински дейности в рамките на утвърдените по чл. 409, ал. 4, т. 2 стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК съгласно чл. 28, ал. 4, т. 2 се определя месечна стойност при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г. Районната здравноосигурителна каса текущо анализира постъпващата информация по чл. 405 за достигнатото изпълнение на стойностите по чл. 409. В случай на констатирана от РЗОК при анализа по ал. 2 тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определените стойности по чл. 409 РЗОК извършва внезапен контрол с цел да се установи с документ от двете страни по договора наличието на лекувани пациенти и планираните за хоспитализация за същия месец. Стойностите по чл. 409 по финансово-отчетните документи не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори на изпълнителите. В месечните известия 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.** Изпълнител на болнична медицинска помощ може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност за случаите на спешна диагностика и лечение по клинични пътеки, клинични процедури или амбулаторни процедури за сметка на до 5 % от утвърдената стойност за следващия месец в приложение

№ 2 от индивидуалния договор за периодите февруари – декември 2023 г. (период на извършване на дейността: януари – ноември 2023 г.). Промените в приложение № 2 към индивидуалния договор се договарят между изпълнителя на болнична медицинска помощ и директора на РЗОК в срока за представяне в РЗОК на отчетите за заплащане на дейността за съответния месец.

Следва да се има предвид, че освен случаи **на надвишаване на месечните стойности** с приети и лекувани пациенти в дадено лечебно заведение за болнична помощ, **са налице и случаи на лечебни заведения, при които няма планирани** за лекуване достатъчно брой пациенти или спешни състояния, които **да изчерпват определената месечна стойност**. В последната хипотеза, 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, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност. В този случай изпълнителят на болнична медицинска помощ **може да прехвърля разликата** в средствата по предходното изречение в рамките на общия размер на определените стойности по приложение № 2 към договорите си за периодите по чл. 409, ал. 1 (на тримесечие). Разликата в средствата в края на текущия период на извършване на дейност по предходното изречение (тримесечие) не се прехвърля за следващ период (тримесечие) в увеличение за този конкретен изпълнител.

Когато за предходен месец изпълнител на болнична медицинска помощ е формирал **надвишение** на утвърдената си месечна стойност в договора, същото се компенсира в случаите на икономия на средства от месечните стойности по договора на същия изпълнител, което се отразява и в приложение № 2 от индивидуалния договор.

Директорите на РЗОК изготвят доклади за Надзорния съвет на НЗОК, в които се обобщават данните от прилагането на Механизма за информация и управленски решения, свързани с коригиране на утвърдените месечни и годишни стойности за РЗОК и изпълнители на болнична медицинска помощ.

В Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г., определени от Надзорният съвет на НЗОК, след наблюдение, анализ и контрол на изпълнението на здравноосигурителните плащания на тримесечие, на национално ниво и на ниво РЗОК, се дава възможност да се утвърждават корекции по стойностите на разходите на РЗОК и на изпълнители на болнична медицинска помощ в съответствие с параметрите на национално ниво на изпълнението на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ по бюджета на НЗОК.

От друга страна, с горните Правила е дадена възможност, с цел гъвкаво управление на утвърдените месечни стойности от Надзорния съвет на НЗОК по сключените договори с изпълнителите на болнична медицинска помощ, директорите на РЗОК да могат в рамките на определените стойности за съответната РЗОК да предлагат компенсирани промени между утвърдените стойности по изпълнители на болнична медицинска помощ при наличие на структурни и организационни промени в дейността им, на територията на съответната РЗОК, като предложените месечни стойности от директорите на РЗОК се придружават от мотиви и ясно описание на начина на изчислението за всеки изпълнител. Мотивираните предложения от директорите на РЗОК за компенсирани промени на ниво РЗОК в месечните стойности на лечебните заведения в региона, за оперативност се разглеждат и утвърждават от Управителя на НЗОК.

Не на последно място, е предвидено със същите Правила директорите на РЗОК да могат да внасят предложения до Надзорния съвет на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2 по договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ, на основание получено от конкретен изпълнител на болнична медицинска помощ мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности, след края на всяко тримесечие, при наличие на неусвоени средства.

В тази връзка, и доколкото основните обществени отношения, свързани с правото на здравно осигуряване, са уредени на законово ниво и в изпълнение на закона са доразвити на подзаконово ниво, съобразно Закона за нормативните актове, изложеното от вносителя мнение, че „системата на сключване на договори с изпълнителите на болнична помощ не може да бъде използвана за определяне на лимити в обемите и стойностите“, **се явява необосновано**. Още повече, че видно от изложеното, **не е налице „лимитиране“** на обема и стойността на извършената дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ, тъй като първоначално утвърдените месечни стойности по договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ се променят динамично в рамките на годишния план на средствата по ЗБНЗОК, който план се утвърждава с решение на Надзорния съвет на НЗОК във връзка с неговите правомощия по Закона за публичните финанси.

Неоснователен е и изводът за накърняване на основни конституционни права на гражданите чрез въвеждането на „лимити“ в обемите на медицинската помощ. С въвеждането на обем на медицинската дейност не се нарушава конституционното право по чл. 52, ал. 1 от Конституцията за достъп до медицинско обслужване, тъй като средствата за същото не са неограничени, а са базирани на разпределението по нива на ограничения ресурс, който обществото може да отдели за този вид социални услуги: 1) на национално ниво – чрез глобалното определяне на стойността на този ресурс с ежегодния ЗБНЗОК и разпределянето му за различните видове и обеми медицински дейности чрез НРД или решението по чл. 54, ал. 9 от ЗЗО, 2) на ниво РЗОК – чрез последващото разпределение с решение на НС на НЗОК между всички РЗОК на конкретни стойности и обеми медицински дейности в рамките на националното ниво, и 3) на ниво конкретен изпълнител – чрез възлагането с всеки индивидуален договор на част от отредените за съответната РЗОК стойности и обеми медицинска дейност. В рамките на този модел се реализира и правото на гражданите на достъпна медицинска помощ. Определянето на стойности от Надзорния съвет на НЗОК е регламентирано в чл. 4 от ЗБНЗОК, на чието основание НС приема правилата за определяне на стойности, с които изпълнителите на медицинската помощ се съгласяват, подписвайки Приложение № 2 – неразделна част от сключените с изпълнителите на болнична медицинска помощ индивидуални договори. В тази връзка, не се нарушава правото на достъп, а напротив – осигурява се за всички здравноосигурени лица съобразно ограничения държавен ресурс, което изисква неговото ефективно разпределение между изпълнителите в цялата страна, така че 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. Следователно, разпределението на стойностите за дейностите по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури, които се изпълняват в болничната медицинска помощ по силата на НРД, е средство, чрез което правото на достъп до медицинска помощ се гарантира за всяко здравноосигурено лице в обема, който обществото (държавата) може да си го позволи на съответния етап от икономическото си развитие.

Следва да бъде отбелязано още, че в чл. 55а от ЗЗО е въведено правило, че НЗОК планира, договаря и закупува за здравноосигурените лица медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година. Съгласно чл. 24 от ЗЗО, средствата на НЗОК се разходват за закупуване на медицинска помощ, посочена в чл. 45, договорена с НРД и с договорите с изпълнителите. Посочените норми на ЗЗО са израз на принципа на ежегодност в бюджетното планиране, т. е. бюджетните процеси са свързани с една бюджетна година, бюджетните приходи за поети задължения и за плащания през текущата година трябва да бъдат използвани през същата година. Националната здравноосигурителна каса следва да изплаща дейностите, попадащи в обхвата на гарантирания на здравноосигурените лица пакет здравни дейности, и извършени в рамките на месеците за заплащане в бюджетната година. За целта са установени различни

механизми за осигуряване на средства за здравноосигурителни плащания за медицинска помощ, извън предвидените в индивидуалните договори месечни стойности. В чл. 25 от ЗЗО е предвиден резерв в бюджета на НЗОК, включително и за непредвидени и неотложни разходи. Съгласно чл. 26, ал. 2 от ЗЗО със средствата от резерва се заплащат разходи в случай на значителни отклонения от равномерното разходване на здравноосигурителните плащания. В § 1, ал. 1 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2023 г. е предвидена възможност изпълнението на приходите от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи да се ползва като източник за допълнителни здравноосигурителни плащания над утвърдените разходи и предоставени трансфери по бюджета на НЗОК по решение на Надзорния съвет на НЗОК. В чл. 23, ал. 2 от ЗЗО е предвидена и възможност при недостиг на средства, НЗОК да ползва краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет. Тези правомощия могат да се осъществяват в рамките на съответната финансова година за осигуряване на средства за здравноосигурителни плащания за закупени медицински дейности през годината. В тази връзка, може да бъде направен извод, че **регламентираните механизми** във връзка с изпълнението на средствата в годишните закони за бюджета на Касата **дават възможност при необходимост да бъдат предприети мерки, с които да се гарантира** достъпа на здравноосигурените лица до болнична медицинска помощ. Годишните стойности на разходите за здравноосигурителни плащания се утвърждават от Надзорния съвет на НЗОК в месечното разпределение на средствата и след отчитането им могат да се променят периодично през годината, следователно имат характер на прогнозна финансова рамка в текущото изпълнение на средствата по закона и не обосновават извода, че с тях се нарушава правото на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ.

Предвид изложеното, **необосновани** се явяват твърдението, че „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.“, както и направеният извод за накърняване на правата на здравноосигурените лица чрез „въвеждането на лимити в обсемите на медицинската помощ“.

Неоснователно е и твърдението, че оспорената разпоредба води до ограничение в конституционния принцип на достъпност на медицинската помощ, тъй като самият конституционен текст допуска ограничение. Разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията въвежда принципа на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, но не въобще, а само при условия и по ред, определени със закон. Както бе посочено по-горе и съгласно чл. 4, ал. 1 от ЗЗО, задължителното здравно осигуряване гарантира свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса.

В своето Решение № 2/22.02.2007 г. по к.д. № 12/2006 г. Конституционния съд е приел, че определянето на рамка, в която да се извършва заплащането на медицинските дейности от НЗОК, не е противоконституционно. Законът за бюджета на НЗОК и ЗЗО не отричат посочените в чл. 52, ал. 1 от Конституцията принципи на здравното осигуряване и не водят до неравно третиране на гражданите. Същите имат общо приложение и не се отнасят само за определена категория болни лица и медицински дейности. Както бе посочено по-горе, равенството означава, че към едни и същи лица, равни от правна гледна точка на действащото право, с оглед целите на правното регулиране, законът се обръща еднакво.

Предвид всички изложени по-горе съображения, равенството на всички граждани пред закона, прогласено в Конституцията, е спазено от законодателя, тъй като няма разпоредба в осигурителния закон, която да третира по различен начин нуждаещите се от здравна помощ лица. Тъкмо напротив, чл. 5, т. 5 от ЗЗО прогласява равнопоставеност при

ползването на медицинската помощ. Не може да е аргумент за противоконституционност на закона, че това правило се нарушава. Нито от чл. 52 от Конституцията, нито от ЗЗО, ЗЗ, Закона за лечебните заведения може да бъде изведено абсолютно положение, че с включването на гражданите в създадената от държавата специална осигурителна система, те придобиват право на еднаква медицинска помощ. Осигурителните рискове, осигурителните случаи и разходите, които следва да бъдат понесени от осигурителната система под формата на дължими медицински дейности, изискват да бъдат планирани, за да бъдат обществено понесени. В контекста на изложеното се налага извод, че разпоредбата на чл. 55а, ал. 2 от ЗЗО не противоречи на чл. 6, ал. 2 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България.

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,**

Предвид изложеното, моля на основание чл. 149, ал. 1, т. 2 от Конституцията на Република България да постановите решение, с което да отхвърлите като неоснователно искането на тричленен състав на Върховния административен съд за установяване на противоконституционност на чл. 55а, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (обн., ДВ бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. бр. 66 от 2023 г.).

С уважение,

**УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА:**

СТАНИМИР МИХАЙЛОВ