

ДО
КОНСТИТУЦИОННИЯ СЪД НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

СТ А Н О В И Щ Е
от Румен Радев
президент на Република България
по конституционно дело № 32 от 2024 г.

УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

С Определение на Конституционния съд от 10.12.2024 г. президентът на Република България е конституиран като заинтересована институция по конст. дело № 32/2024 г. Производството е образувано по искане на тричленен състав на Върховния административен съд (ВАС) за установяване на противоконституционност на чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в от Закона за здравното осигуряване (обн. ДВ, бр. 70/1998 г., с изм. и доп.).

1. Контекст на искането за конституционен контрол и съдържание на оспорваните разпоредби

Искането пред Конституционния съд (КС) е по повод съдебно производство пред ВАС относно законосъобразността на разпоредбите на чл. 397, чл. 398, чл. 392 и чл. 374, ал. 1, т. 6 от Национален рамков договор № РД-НС-01-2 от 01.09.2023 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2023 – 2025 г., издаден от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 77 от 08.09.2023 г.

Разпоредбите от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), предмет на настоящия конституционен контрол, установяват изисквания спрямо задължителното съдържание на националните рамкови договори. Националните рамкови договори (НРД) трябва да съдържат [...] изискванията относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ в

изпълнение на договори с НЗОК, които са не по-малко благоприятни от предвидените в колективен трудов договор в отрасъл "Здравеопазване" (чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО); [...] методика за финансиране осигуряването на медицински персонал във: а) лечебни заведения, които извършват медицински дейности в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони или единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината, с изключение на лечебните заведения по чл. 106а, ал. 5б от Закона за лечебните заведения; б) лечебните заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а; (чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. „а“ и „б“ ЗЗО). Необходимо е уточнението, че Методика за финансиране осигуряването на медицински персонал в изолирани лечебни заведения и/или в единствени такива (чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. „а“ ЗЗО) трябва да бъде включена както в Национален рамков договор № РД-НС-01-2 от 01.09.2023 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2023 – 2025 г. (НРД за МД), така и в Национален рамков договор № РД-НС-01-3 от 01.09.2023 г. за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2023 - 2025 г. (НРД за ДД).

Разпоредбата на чл. чл. 55, ал. 2, т. 3б от ЗЗО е възпроизведена и доразвита в чл. 397, ал. 1-4 от НРД за МД. С тези разпоредби се въвеждат няколко рамкови стандарта по отношение на основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ в изпълнение на договори с НЗОК. Първото е законово установеното и то е изискванията да не могат да бъдат по-малко благоприятни от предвидените в колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“. Лечебните заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, са задължени да приведат основните трудови възнаграждения в съответствие с определените такива в действащия колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ (чл. 397, ал. 2 от НРД). Въвеждат се изисквания за максимално съотношение между най-високо и най-ниско брутно възнаграждение на зает медицински специалист от категориите на колективния трудов договор. Уреждат се също сроковете за изпълнение на изискванията, като проверки за установяване на изискванията за съотношенията ще се правят при условия и ред, определени от министъра на здравеопазването по предложение на управителя на НЗОК.

По друг начин са отразени в съдържанието на НРД законово зададените ангажименти за насърчително финансиране на медицинския персонал в лечебни заведения в отдалечени, труднодостъпни райони или лечебни заведения, които единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в приоритетни лечебни заведения по чл. 45, ал. 2а (чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. „а“ и „б“ от ЗЗО).

Може да се предположи, че спрямо този обхват на лечебни заведения в НРД за МД са регламентирани формално три Методики за приоритетно финансово осигуряване: в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ - първична извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична медицинска помощ, медико-диагностична дейност (чл. 217 и сл. от НРД за МД); в лечебни заведения, които извършват комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания (чл. 278 и сл. от НРД за МД); в лечебни заведения за болнична медицинска помощ (чл. 398 и сл. от НРД за МД).

Методиката за финансиране на лечебни заведения за болнична медицинска помощ е приложима както за изолирани лечебни заведения за болнична помощ, така и за лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а от ЗЗО (чл. 398 и сл. от НРД за МД). Последната група лечебни заведения (по чл. 45, ал. 2а ЗЗО) се отнася до приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ, които осигуряват достъп до дейности от пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК. За финансовото стимулиране на тези лечебни заведения няма изискване те да са изолирани на база географски фактор или на база липса на други изпълнители на съответната дейност в общината.

От друга страна, НРД за ДД съдържа регламентация на една Методика (чл. 123 и сл.). Тя се отнася до финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения за извънболнична дентална помощ (първична извънболнична дентална помощ и специализирана извънболнична дентална помощ), които извършват дентални дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

Условията, на които трябва да отговаря едно лечебно заведение, за да бъдат реализирани критериите „отдалеченост“, „трудна достъпност“ или „единствен изпълнител на дейност“, са различни в зависимост от това дали лечебното заведение, извършва дентална дейност (чл. 124 НРД за ДД) или медицинска дейност. Налице са разлики и при изпълнителите на медицинска дейност в зависимост от това дали става въпрос за извънболнична медицинска помощ, респективно комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания (чл. 220 и чл. 278, ал. 2 НРД за МД), или за болнична помощ (чл. 401 НРД за МД).

Методиките съдържат критерии и ред за финансиране от здравноосигурителната каса на определените в чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. „а“ и „б“ от ЗЗО и в НРД лечебни заведения, дейности и цели. Съгласно чл. 398, ал. 2 от НРД за МД във вр. чл. 45, ал. 2а ЗЗО по отношение на преимущественото финансово осигуряване на персонала в приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ критерии за финансиране може да бъдат установявани и в наредбата по чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето (ЗЗ) за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ. Видно от направеното искане пред КС макар оспорването на законосъобразността да обхваща само една от Методиките в НРД за МД, се иска обявяването на противоконституционността на законовото основание, послужило за договарянето както на трите Методики в НРД за МД, така и на Методиката в НРД за ДД, които макар да имат обща идея, обхващат различни уязвими групи и различни категории изпълнители на здравни услуги.

Оспорваните разпоредби са резултат на допълнение на Закона за здравното осигуряване, направено със Закон за допълнение на Закона за здравното осигуряване (ДВ, бр. 13 от 2023 г., в сила от 7.02.2023 г.). Съгласно мотивите на внесенния законопроект тъй като законодателството към онзи момент не гарантира заплащането на справедливи възнаграждения на медицинския персонал, който изпълнява дейности в изпълнение на договори между лечебни заведения и НЗОК, с промените се цели създаване на допълнителен механизъм за финансиране на структури, които са от ключово значение за достъпа до медицинска помощ в отдалечени, труднодостъпни

региони, както и такива, които са от критично значение за осигуряване на комплексност на лечението... За обезпечаване на достъп до болнична медицинска помощ е необходимо да се определят критерии за лечебни заведения, които са многопрофилни и имат минимален обем структури, които да поемат тежки и усложнени случаи, независимо от вида на собствеността им. С § 14 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2024 г. (ДВ., бр. 106 от 2023 г., в сила от 01.01.2024 г.) разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО е разделена на две части (б. „а“ и б. „б“), които редакционно обособяват двете алтернативни хипотези, вече регламентирани в т. 3в.

2. Основателност

Конституционен стандарт за достъпна медицинска помощ (чл. 52, ал. 1 от Конституцията). Пропорционалност на оспорваните мерки.

2.1. Трайна е практиката на КС, че постигането на достъпност на медицинската помощ е само по себе си конституционен стандарт на здравното осигуряване като основно право (Решение № 8 от 1998 г. по к. д. № 3/98 г.; Решение № 9 от 2003 г. по к. д. № 10/2003 г.; Решение № 2 от 2007 г. по к. д. № 12/2006 г.). Тази достъпност трябва да бъде постижима и валидна за всички граждани в случай на заболявания при равни условия, за да имат те равни възможности за лечение (Решение № 6 от 2024 г. по к. д. № 15/2023 г.). Така държавата изпълнява и конституционния си ангажимент да гарантира съдържателно правото на здраве на своите граждани.

Здравно осигуряване е право на съдействие, чрез което обществото се грижи за определен индивид, попаднал в ситуация, в която му се налага да ползва медицинска помощ. Самото изпълнение на правото на здравно осигуряване в редица случаи изисква определени позитивни мерки, привилегии и ограничения. Така то е средство за здравна защита, чийто праг не може да бъде установен абсолютно нито в законодателството, нито в Националните рамкови договори. Поради тези причини между медицинската помощ във вида на медицински услуги и личния принос на здравноосигурените във вида на вноски няма абсолютна корелация, доколкото нуждата от съдействие е различна за всеки здравноосигурен съобразно здравословното му състояние. Правата, чиято реализация зависи от осигуряване на значителни публични ресурси, каквото безспорно е правото на здраве, изискват както съобразяване с принципите на стопанска дейност, така и тяхното пропорционално ограничаване.

Съгласно чл. 6, б. „а“ от Договора за функциониране на Европейския съюз (ДФЕС) Съюзът разполага с компетентност да предприема действия за подкрепа, координиране или допълване на действията на държавите членки в областта на опазване и подобряване на човешкото здраве. Също така, Хартата за основните права на Европейския съюз едновременно потвърждава ангажимента на държавите да регулират националната здравна политика, като не изключва компетентността на Европейския съюз (ЕС) в посока гарантиране на механизми на защита на правото на здраве (арг. чл. 35, вр. чл. 52, пар. 4). От тази гледна точка извършването на преценка между оспорваните

разпоредби и принципни положения, заявени в актове на ЕС, ще даде допълнителни аргументи относно конституционносъобразността на визираните разпоредби и яснота относно бъдещото им прилагане (арг. чл. 18, ал. 3 от Правилника за организация на дейността на КС).

2.2. Макар че пряк адресат на оспорените разпоредби не са нито здравноосигурените лица, нито медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения, очевидно те са целевата група субекти на насърчителните мерки, регламентирани в чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в от ЗЗО. Това се потвърждава от съпоставка на мотивите на вносителя с оспорваните текстове, както и със самото искане пред КС. Преследваните цели могат да бъдат сведени до:

- залагане на механизми за увеличаване на основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения в изпълнение на договори с НЗОК;
- допълнително финансиране на изолирани лечебни заведения и приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ.

Така извлечените взаимосвързани цели не се противопоставят на конституционната идея за подобряване на достъпността на медицинска помощ, даже могат да бъдат обединени около нея.

Пряката цел на залагане на механизми за увеличаване на основните трудови възнаграждения на медицинския персонал е като цяло насърчаване на заетостта на медицинския персонал, а така и повишаване на свободния достъп до медицинска помощ. Заложеният праг в чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО за не по-ниски възнаграждения на медицинския персонал от установените в колективен трудов договор не влиза в противоречие, а съдейства за гарантиране на равните възможности на осигурените лица. На техния принос, наред с този на държавата, се базира здравноосигурителната система.

Управлението на държавната политика в насока обезпечаване дейността на лечебните заведения е преимуществено в компетенциите на конкретната държава. Въпреки това, предвид негативната тенденция за прогресивно намаляваща заетост на медицинските специалисти в определени региони, институциите на ЕС имат правомощия за координационни действия в контекста на общата политика за опазване на общественото здраве (по аргумент от чл. 6, б. „а“ от ДФЕС).

Европейската асоциация по общественото здраве констатира наличието на сериозен проблем в насока недостиг на наети здравни работници (доктори, медицински сестри, физиотерапевти, логопеди, болногледачи и други) в рамките на ЕС, което води до *изострени неравенства и неадекватен достъп до здравеопазване*.¹ Най-засегнати са селските и труднодостъпните райони (например *планински или изолирани региони*), както и *общности, обитавани предимно от уязвими малцинства (например ромите)*. Това до голяма степен се дължи на непривлекателността на съответното населено място за здравните работници, които в повечето случаи гравитират към по-големите градове. Недостигът на медицински персонал се обуславя и от тенденцията за затваряне на

¹ Zerbib, Jean-Paul. Medical deserts – A growing problem across Europe. European Public Health Alliance. Opinion. August 31, 2021. < <https://epha.org/medical-deserts-a-growing-problem-across-europe/> >

болници или съкращаване на техния персонал или предлагани здравни услуги *в райони, където се смята, че е твърде скъпо [същите] да бъдат поддържани.*² Европейската комисия в свои актове многократно е адресирала този проблем.³ Това обстоятелство се потвърждава и от държавите членки, които признават необходимостта от европейско сътрудничество за справяне с недостига на лица, заети в здравеопазването, като приканват Комисията да предложи конкретни действия.⁴ В тази връзка е приета програма за Съвместно действие на ЕС за планиране и прогнозиране на работната сила в сектора на здравеопазването (EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2013-2016). Част от предложените действия са насочени към инвестиране в насърчаване на заетостта в сектор „Здравеопазване“.

Посоката, която законодателят задава, е да бъде постигнат и спазван размер на основното трудово възнаграждение, уговорено в колективен трудов договор (чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО). Това законодателно разрешение не се отклонява от възприетия модел в редица държави от ЕС. В някои от тях е налице изрична регулация на минималното възнаграждение в сектор „Здравеопазване“ (такава е ситуацията например в Германия, Полша, Словакия, Естония, Латвия, Хърватия, Унгария, Ирландия, Малта). Минималното възнаграждение в тези случаи се определя в нормативен акт. В Германия минималното възнаграждение на медицинските сестри и на болногледачите е уредено в Наредбата относно задължителните условия на труд за сектора на полагане на грижи (Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche). В Полша минималното възнаграждение на здравните работници (доктори, медицински сестри, фармацевти, физиотерапевти, лабораторни диагностичи и други) е уредено в отделен закон (Закон за реда за определяне на минималната работна заплата на определени служители в лечебните заведения).⁵ В редица други държави членки на ЕС размерът на минималното трудово възнаграждение не се определя в закон (Дания, Финландия, Италия, Австрия, Швеция). Това се случва посредством колективни трудови договори за съответния отрасъл. В актове на ЕС са възприети и двата вида разрешения – установяване на минимален размер на трудово възнаграждение посредством нормативен акт (*закон или други обвързващи правни разпоредби*) и посредством колективен трудов договор.⁶ Освен това, разпоредбата на чл. 4 от Директива (ЕС) 2022/2041 предлага насоки за *[н]асърчаване на колективното договаряне за определяне на работните заплати.* Подобна насърчителна политика е оправдана с оглед обстоятелството, че *[к]олективният трудов договор е правно средство за подобряване на условията на труда.*⁷ В него се изразява *постигнатото между страните споразумение*, т.е.

² Пак там.

³ Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce, Accompanying the document: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Towards a job-rich recovery. European Commission. Strasbourg, 18.4.2012.

⁴ Пак там.

⁵ EUROMED (Europejska Fundacja Rozwoju Medycyny i Edukacji). In 2022 salaries of Polish doctors will increase. News. Warszawa. 18 April 2022. < <https://www.euromed-f.com/en/news/v-2022-g-zarplata-vrachej-v-polshe-uvlechitsya/>>

⁶ Директива (ЕС) 2022/2041 на Европейския парламент и на Съвета от 19 октомври 2022 година относно адекватните минимални работни заплати в Европейския съюз.

⁷ Мръчков, В. Трудово право – 8 издание. С.: Сиби, 2012, с. 826.

*постигнатото от тях общо съгласие.*⁸ Това означава, че разпоредбите в колективния трудов договор са най-тясно съобразени с особеностите на полагане на труд в съответното предприятие, отрасъл, бранш или община. Поради това при определянето на размер на трудово възнаграждение в колективен трудов договор се вземат максимално под внимание изискванията и условията на конкретно полагания труд.

Предвиждането на възможност за плащане на работник/служител на по-високото трудово възнаграждение при съпоставка между фиксирания размер на минималната работна заплата и конкретен размер в трудов договор не е чуждо за българското законодателство (чл. 245, ал. 1 от Кодекса на труда). Това показва ангажираност на държавата и има гаранционен за работника и дисциплиниращ за работодателя характер. (Становище на група съдии по Решение № 1 от 16.01.2018 г. по к.д. № 3/2017).

2.3. Следва да се има предвид, че приоритетното финансиране на изолирани лечебни заведения отговаря и на европейската политика за насърчаване икономическото развитие на селски, планински и други отдалечени или труднодостъпни райони. Тези райони спадат към кръга от изключения от забраната за предоставянето на държавна помощ, която поставя в по-благоприятно положение определени предприятия. Съгласно чл. 107, пар. 3, б. „а“ от ДФЕС съвместими с вътрешния пазар държавни помощи могат да бъдат *помощите за насърчаване на икономическото развитие на региони, където жизненото равнище е необичайно ниско или където има високо равнище на непълна заетост.* Това се отнася и за *помощите, които имат за цел да улеснят развитието на някои икономически дейности или на някои икономически региони* (чл. 107, пар. 3, б. „в“ ДФЕС). Целта, която се преследва с кръга от изключения, е *намалването на неравенството между нивата на развитие на различните региони и изостаналостта на най-необлагодетелстваните региони* (чл. 174, пар. 2 ДФЕС). Изрично е изтъкнато в учредителния договор на Съюза, че измежду споменатите необлагодетелствани региони *специално внимание се обръща на селските райони, на районите, засегнати от индустриалния преход, както и на регионите, които са засегнати от сериозни и постоянни неблагоприятни природни или демографски условия, като най-северните региони с много ниска гъстота на населението и островните, трансграничните и планинските региони* (чл. 174, пар. 3 ДФЕС).

Подобна форма на насърчително финансиране е в унисон и със заложените в Конституцията на Република България принципи. Балансираното развитие на отделни райони на страната като конституционна цел при осъществяването на която и да е от трите вида власти включва в себе си такова подпомагане, което трябва да има за резултат създаване на условия, които да гарантират относително равни възможности на правните субекти от различните райони (чл. 20 от Конституцията). В повечето случаи това ще налага различно отношение чрез финансова, кредитна и инвестиционна политика. Поставените от законодателя условия в чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО са проявление на тези принципи за приоритетно финансиране с оглед балансирано развитие на здравната система.

⁸ Пак там, с. 822.

2.4. Въпрос на законодателна целесъобразност е как законодателят ще съгласува мерките в чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в ЗЗО с фондовата организация и определеност на кумулираните разходи, както и с функциите на субектите от системата на здравното осигуряване.

Бюджетът на НЗОК гарантира пакет от здравни дейности, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност. Средствата могат да се разходват за здравни дейности, услуги и заплащане на стоки, предвидени в ЗЗО, в НРД и в застрахователните договори (чл. 1 - 2 от ЗЗО). Като изпълнение на делегацията в чл. 52, ал. 1 - 2 от Конституцията законовият механизъм на здравно осигуряване по същество съдържа както императивни, така и диспозитивни елементи, които по начало се отразяват и върху дейността на лечебните заведения, която е зависима от НЗОК (чл. 97 от Закона за лечебните заведения).

Определените по съдържание и обем дейности в НРД, съответстващи на установените критерии за качество и достъпност, могат да се осигурят единствено при наличен и качествен обслужващ персонал, за който са налични изискванията относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ. Средствата за работни заплати в този сектор в по-голямата си част се осигуряват от бюджета на НЗОК. Допълнителни механизми за подsigуряване на медицинския персонал на лечебните заведения посредством бюджета на НЗОК, които по начало извършват дейност, заплащана от касата, е конституционно допустима цел, доколкото също се базира на критерии от публичен интерес. Касата извършва публична дейност по управление и разходване на средствата за заплащане на здравни дейности, като така финансира по-голямата част от здравното осигуряване, което поставя изпълнението на медицинската помощ в рамките на събрания финансов ресурс, набран освен от осигурителни вноски, но и от отпуснати субсидии от държавата. Нейният статус се доближава повече до публичен орган, защото *[з]а нея няма предвидени граници за платежоспособност, правила за преобразуване, прекратяване, ликвидация и обявяване в несъстоятелност, не може да притежава акции в лечебни заведения* (Решение № 2 от 2007 г. по к. д. № 12/2006 г.). Ако законодателят предвиди възможност определени средства от бюджета на НЗОК да могат да се използват за допълнително финансово стимулиране на персонала от лечебни заведения, които извършват медицински дейности, които по начало се заплащат от НЗОК, очевидно че предназначението на тези разходи остава фокусирано върху заплащането на медицинска помощ на здравноосигурените лица, поради което пренасочване на разходи няма. Позитивните мерки са свързани с кадрово обезпечаване на болничната помощ, с подпомагане на изолирани райони, като по съществото си са финансово-правни механизми за постигане на качество и достъпност на медицинската помощ, поради което те са в унисон с конституционните разпоредби на чл. 52, ал. 1-2 от Конституцията. Доколкото обаче самите критерии в НРД не биха гарантирали тези цели, това би било порок на самите критерии, а не на законовата разпоредба, въз основа на която са създадени.

Конституционно зададеният стандарт на здравно осигуряване не забранява на законодателя да предоставя допълнителни функции на НЗОК от гледна точка подобряване достъпността на медицинската помощ, заплащана със средства от осигурителни вноски и субсидии от държавата. Конституционно установени са

източниците на финансиране за нуждите на здравното осигуряване на гражданите. Самата организация на фонда относно начин на разпределяне и обхват от услуги, подлежащи на финансиране, обаче, е в рамките на дискрецията на законодателя при съобразяване с всички приложими конституционни гаранции.

Също така, изплащането на средства от бюджета на НЗОК само по себе си е зависимо от предварително заделяне на ресурс за извършване на определени действия. Този ресурс е допълнително разпределен и в НРД, като е налице изчерпателно разграфяване както с оглед същността на съответната медицинска дейност, респективно дентална дейност, и броя пъти, в които същата може да бъде оказана. Това предполага прогноза за количеството и вида здравни услуги, които ще бъдат изпълнени в рамките на годината. Действително самото плащане се извършва след предоставен отчет от страна на медицинските специалисти за извършената от тях в рамките на месеца дейност. Заделянето на сума и обособяването на вида медицински услуги, които ще се заплатят от НЗОК, обаче, има предварителен характер. Също така, здравната каса отделя средства за дейности, които не винаги са тясно обвързани с конкретното изпълнение на медицинска помощ в лечебно заведение. Такива са разходите за издръжка на административните дейности, за диетични храни и други. Това показва, че не само са допустими изключения при вида дейности, обект на финансиране от здравната каса, стига те да се отнасят до съпътстваща предоставянето на здравни услуги функция, но и че самото разпределяне на финансовия ресурс се осъществява преди извършването на самата дейност (медицинска или друга). По този начин законодателят е направил опит да постигне баланс между условия, обусловени в НРД и Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса, и установените в ЗЗО правила.

Може да се направи извод, че сами по себе си законодателните мерки в чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в от ЗЗО са легитимни както от гледна точка на гарантиране конституционното право на здравно осигуряване, изразено в достъпната медицинска помощ, така и от гледна точка на позитивните ангажменти на държавата за осигуряване балансирано развитие на отделните райони. Предвидените мерки не надхвърлят пределите на законодателното усмотрение – те са в съответствие с легитимната конституционна цел да подобряват достъпността на медицинската помощ. По този начин те не се отклоняват и от основни положения, изведени в актове на ЕС.

Съотношение с принципите на свободна стопанска инициатива (чл. 19, ал. 1-3 от Конституцията), на правова държава (чл. 4, ал. 1 от Конституцията) и на равенство (чл. 6, ал. 1-2 от Конституцията)

2.5. Без съмнение оспорените разпоредби съдържат задължение за преференциално третиране на определени групи субекти, повечето от които са търговски дружества. От една страна, това е показателно в установеното задължение за праг и критерии на работните заплати само по отношение на лечебни заведения, които осъществяват болнична помощ (чл. 55, ал. 2, т. 3б от ЗЗО). От друга страна, позитивните мерки за приоритетно финансиране в чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО са сами по себе си законодателно установено предимство за определени лечебни заведения.

Конституционният съд в практиката си последователно застъпва, че свободата на стопанска инициатива не изключва принципите на държавно регулиране и на държавен контрол. *Свободната стопанска инициатива може винаги да бъде ограничена и с оглед защитата на други конституционни ценности* (Решение № 6 от 1997 г. по к. д. № 32/96 г.; Решение № 3 от 2006 г. по к. д. № 4/2006 г.). Лечебните заведения формират пазарна цена само когато медицинските услуги не се оказват по договор с НЗОК (чл. 98, ал. 1 от Закона за лечебните заведения). В останалите случаи цената се заплаща посредством финансирането от НЗОК. Както отбелязват конституционните съдии в Решение № 9 от 2003 г. по к. д. № 10/2003 г., възведеният в чл. 19, ал. 1 принцип за свободна стопанска инициатива, не е накърнен, ако законовите ограничения са в защита на друга, по-висша конституционна ценност, а именно - правото на гражданите на достъпна медицинска помощ (чл. 52, ал. 1 от Конституцията). От друга страна, фактическото и правно положение, че по начало участието на държавата в заплащането на медицинската помощ е значително, легитимно променя начина, по който следва да бъде постигната равнопоставеността на субектите, които осъществяват медицинска помощ. Именно това не само оправдава, но и налага нуждата от редица равенства и неравенства, привилегии и ограничения в публичен интерес. Само така може да бъде постигнато балансиране на правата и на законните интереси на пациентите и лечебните заведения, от една страна, и с възможностите на държавата, от друга. В контекста на свободната стопанска инициатива по чл. 19, ал. 1-2 от Конституцията законът трябва да регламентира такива условия на субектите, които осъществяват медицинска помощ, което да гарантира равното упражняване на правата на потребителите на здравни услуги, които в повечето случаи са осигурените лица. Позитивните мерки в чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в ЗЗО не противопоставят една категория здравно осигурени на друга, не се намесват в избора им на изпълнител на медицинска помощ, като в определен смисъл го правят възможен.

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 следва да се обръща еднакво (Решение № 2 от 2007 г. по к.д. 12/2006 г.). Приоритетното финансиране с оглед осигуряване на допълнителни трудови възнаграждения на определени субекти е насочено към преодоляване на съществуващите де факто неравенства, които по начало стоят както по отношение на пациентите във връзка с избора им на медицинска помощ, така и по отношение на медицинския персонал, който работи в такива региони и/или в такива заведения. В контекста на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО критериите, използвани от законодателя, са във връзка с обективните трудности, свързани с географските и демографски пропорции на страната, а по чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО те са във връзка с характеристика на болничната помощ като специфичен вид медицинска помощ, чието осъществяване има фундаментално значение за осигуряване правото на здраве. Тези характеристики са легитимни от гледна точка на гарантиране на правото на здраве и достъпа до медицинска помощ, поради което може да служат като основания, задължаващи държавата да се намеси в публичен интерес, и по същество не противоречат на конституционния принцип на равенство, а съдействат за неговото прилагане (чл. 6, ал. 1-2).

За да бъде достъпът до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности свободен и за да бъде изборът на изпълнител реален за цялата

територия на страната, следва да се отчитат географските и демографските особености на различните райони. Пазарният принцип сам по себе си не гарантира свободен, валиден и информиран избор на пациента. Мерки, които непряко целят да осигурят медицинската помощ да е по-близко до пациента, не лишават последния да потърси болнична помощ, където намери за добре. Нещо повече, такива мерки принципно биха могли да бъдат разумно улеснение за осигурени лица, които поради уязвимото си положение не биха потърсили болнична помощ, ако същата е отдалечена.

2.6. По отношение на съотношението на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО с конституционния принцип за правова държава следва да се посочи, че и двата НРД имат характеристиките и правната сила на нормативен административен акт (чл. 4а ЗЗО). Те се обнародват в „Държавен вестник“ след съгласуване от министъра на здравеопазването (чл. 54, ал. 7 ЗЗО). Тяхното съдържание и действие са обвързани от поне два закона – Закона за здравното осигуряване и Закона за бюджета на Националната здравно-осигурителна каса (ЗБНЗОК). От една страна, НРД се приемат за осъществяване на дейностите, предвидени в ЗЗО (чл. 53, ал. 1 ЗЗО), и като такива „произтича[т]“ от него. От друга страна, тяхното влизане в сила и отчетен период е *в съответствие с ЗБНЗОК, който се приема, действа и изпълнява за всяка календарна година.*⁹

Те имат едновременно стабилността на нормативен акт, гъвкавостта на административен акт със срочно действие и същевременно се свързват с постигнато съгласие от субектите, спрямо които ще проявят действие. Това е предопределено от предмета на регулиране на НРД и е съобразено с динамичния и променящ се характер на обществените отношения, които същите уреждат. В тази връзка, срочността е необходимо условие за функционирането, развитието и адаптивността на отрасъл „Здравеопазване“. Обвързването на този отрасъл от статични законодателни рамки не гарантира предвидимост и сигурност, имайки предвид тенденцията за константно изменение на средата, обществото и търсените и предлагани здравни услуги. С оглед тази особеност, в разпоредбата на чл. 3, ал. 1 от Закона за нормативните актове (ЗНА) е предвидено, че законът е нормативен акт, който урежда първично или въз основа на Конституцията обществени отношения, които се поддават на трайна уредба. *Per argumentum a contrario* и с оглед правилото в чл. 3, ал. 2 ЗНА, другите отношения или елементи от тях трябва да се уреждат от други актове, предвидени в закон.

Предвид споменатото, предписаното от закона включване на критерии за определяне на методика, обособяваща лечебни заведения, в националните рамкови договори отговаря на духа на чл. 4, ал. 1 от Конституцията. То служи като гарант не само за устойчивостта на една толкова специфична регулация, но и за приспособимостта на същата към променливите условия в отрасъл „Здравеопазване“.

Ето защо считам, че законодателните мерки в чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в от ЗЗО сами по себе си не нарушават конституционните принципи на правовата държава, на равенството и на свободната стопанска инициатива.

⁹ Мръчков, В. Осигурително право – 6 издание. С.: Сиби, 2014, с. 461.

УВАЖАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

По изложените съображения, изразявам становището си, че разпоредбите на чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в от Закона за здравното осигуряване не противоречат на Конституцията, поради което искането следва да бъде отхвърлено.

РУМЕН РАДЕВ

ПРЕЗИДЕНТ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ