



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД

РЕШЕНИЕ № 10

София, 4 ноември 2025 г.

Конституционният съд в състав:

Председател: Павлина Панова

Членове: Атанас Семов

Красимир Влахов

Янаки Стоилов

Соня Янкулова

Борислав Белазелков

Десислава Атанасова

Галина Тонева

Сапо Пенев

Невин Фети

Орлин Колев

при участието на секретар-протоколиста Гергана Иванова разгледа в закрито заседание на 04.11.2025 г. конституционно дело №32/2024 г., докладвано от съдия Красимир Влахов.

Производството е по чл. 149, ал. 1, т. 2 от Конституцията на Република България във фазата за решаване на делото по същество.

Делото е образувано на 06.11.2024 г. по искане на тричленен състав на Трето отделение на Върховния административен съд, Първа колегия, за установяване на противоконституционност на разпоредбите на чл. 55, ал. 2, т. 3б и 3в от Закона за здравното осигуряване (обн. ДВ, бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. ДВ, бр. 64 от 2025 г.; ЗЗО).

Сезирацията съд излага в искането си, че разглежданото от него административно дело №10774/2023 г. е образувано по жалба на Националното сдружение на частните болници срещу разпоредби от Националния рамков договор №РД-НС-01-2 от 01.09.2023 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Българския лекарски съюз (БЛС) за 2023 – 2025 г. (НРД 2023 –

2025 г.), като при решаване на делото е длъжен да извърши преценка за това дали оспорените разпоредби отговарят на материалноправните изисквания на закона. Тази преценка включва проверка за съответствието на оспорените пред него разпоредби от НРД 2023 – 2025 г. със ЗЗО и конкретно с оспорените в настоящото производство разпоредби на чл. 55, ал. 2, т. 3б и 3в „предвид обстоятелството, че оспорените чл. 374, ал. 1, т. 6, чл. 392, чл. 397 и чл. 398 от НРД за МД 2023-2025 г. са издадени по законовата делегация на чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в“.

Вносителят твърди, че разпоредбите на чл. 55, ал. 2, т. 3б и 3в ЗЗО противоречат на разпоредбите на чл. 4, ал. 1, чл. 19, ал. 1 и 3 и чл. 52, ал. 1 и 2 от Конституцията на Република България.

Според него „изискването за определяне на размера на основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти и съотношението между тях в съдържанието на националните рамкови договори, финансирани от НЗОК, и финансирането също от нейния бюджет на лечебни заведения, определени с методика като част от съдържанието им“ нарушават принципа на свободна стопанска инициатива и принципа на правовата държава, защото законодателят не е въвел „ясни критерии за предоставяне на паричните средства“. Поддържа, че „недопустимо е с подзаконов нормативен акт да се определят критерии за приоритетни многопрофилни болници, за чиито медицински персонал законодателят е регламентирал финансиране от бюджета на НЗОК“, защото по този начин се накърнява равнопоставеността при осъществяване на стопанската дейност на болничните заведения като „конкурентни предприятия“.

Сезирацията съд заявява също, че Основният закон изисква здравеопазването да се финансира от държавния бюджет, работодателите, лични и колективни осигурителни вноски и други източници, съгласно условия и ред, установени със закон (чл. 52, ал. 2 от Конституцията). Според него „Конституцията на Република България предвижда специална защита на здравето на човека като най-важна обществена ценност, т.е. на ценност с

приоритетно значение и от надделяващ обществен интерес“. Посочва, че законът „гарантира свободен достъп до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител“, като „правото на избор е валидно за цялата територия на страната и не може да бъде ограничавано по географски и/или административни основания“ (чл. 4, ал. 1 и 2 ЗЗО). Поддържа, че разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО, определяща лечебните заведения, които могат да получат финансиране за възнагражденията на медицинския персонал, нарушава тези принципи, тъй като въвежда неясни критерии за допълнително финансиране на лечебни заведения (намиращи се в „труднодостъпни и/или отдалечени“ райони или които са единствени изпълнители на съответната дейност в дадена община), а по отношение на лечебните заведения по чл. 45, ал. 2а ЗЗО „залага административни основания, които не са регламентирани в закон, а са уредени в подзаконов нормативен акт, който във всеки един момент може да бъде изменян“.

Конституционният съд с определение от 10.12.2024 г. е допуснал искането за разглеждане по същество.

В отговор на предоставената им на основание чл. 20а от Правилника за организацията на дейността на Конституционния съд възможност становища и правни мнения по предмета на делото са представили: президентът, министърът на здравеопазването, изпълняващият функцията на главен прокурор, Комисията за защита на конкуренцията, Висшият адвокатски съвет, Българският лекарски съюз, Асоциацията на университетските болници в Република България, Конфедерация „Защита на здравето“, Националната асоциация на работодателите от здравеопазването в Република България, Националното сдружение на частните болници, Сдружение „Българска болнична асоциация“, Сдружението на общинските болници в България, Сдружението за развитие

на българското здравеопазване, Центърът за защита правата в здравеопазването, доц. д-р Иван Стойнев и д-р Мария Шаркова.

В първата група становища и правни мнения, представени от Комисията за защита на конкуренцията, Националното сдружение на частните болници, Асоциацията на университетските болници в Република България, Националната асоциация на работодателите от здравеопазването в Република България, Сдружението на общинските болници в България, Асоциацията на университетските болници, Центъра за защита на правата в здравеопазването, Сдружението за развитие на българското здравеопазване, Сдружение „Българска болнична асоциация“, доц. д-р Иван Стойнев и д-р Мария Шаркова, се излагат съображения за противоконституционност на оспорените законови разпоредби.

Комисията за защита на конкуренцията (КЗК) аргументира, че „болниците, сключили договор с НЗОК, са конкурентни предприятия, осъществяващи стопанска дейност и като такива попадат в обхвата на приложимостта на правилата по конкуренцията“. В този контекст се заявява, че „въвеждането в националното право на разпоредбите на чл. 55, ал. 2, т. 3б от ЗЗО и чл. 397, ал. 1 и 3 от Националния рамков договор за 2023-2025 г. представлява ограничения на конкуренцията по цел“, което „препятства дейността на болниците като стопански субекти, ограничава свободата им при осъществяване на стопанска дейност и е във вреда на гражданите в качеството им на пациенти“. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО КЗК посочва, че не е в състояние да се ангажира със становище относно конституционността ѝ, тъй като „съгласно разпоредбите на ДФЕС и ЗЗК правилата по държавните помощи на ЕС са извън нейните правомощия“.

Националното сдружение на частните болници (НСЧБ) поддържа, че „оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3б от ЗЗО не урежда въпроси на здравното осигуряване, а с нея се делегира власт на НЗОК и БЛС да уреждат

с подзаконов акт материя, която е извън тяхната компетентност, поради което противоречи и на чл. 4, ал. 1 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията“. Посочва също, че „въвеждането на изискването за определено ниво на заплащане на служители на дружествата като условия за заплащане на договорена и престирана медицинска помощ е извън сферата на отношенията, свързани със здравното осигуряване и противоречи и на чл. 19, ал. 1 от Конституцията“. Обръща внимание, че „НЗОК и БЛС обаче не са законодателен орган, нито орган, който може по какъвто и да е начин да формира и провежда политики, свързани със закрила на труда или регулиране на пазара на труда чрез определяне на възнагражденията в определен сектор. Националният рамков договор също може да съдържа единствено договорените по вид, обхват и обем медицински дейности и критериите за тяхното качество“. Същевременно НСЧБ заявява, че когато Конституцията е възложила регулирането на определени обществени отношения на законодателната власт, то последната не може да делегира на орган на изпълнителната власт да уреди с подзаконов нормативен акт обществени отношения, за които на конституционно ниво (чл. 52, ал. 1) е предвидено да бъдат предмет само на законодателна уредба. Според становището „държавата е изпълнила конституционното си задължение, произтичащо от изискването на чл. 48, ал. 5 от Конституцията, като е регулирала със закон посочените основни трудови права, включително на минимално възнаграждение, и е предвидила възможност за сключване на колективни трудови договори по отрасли, което отново е доброволен и договорен процес, оставен на преценката и избора на страните“. В обобщение на изложеното НСЧБ поддържа, че „разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б делегира функции, които са несъвместими с правния статут на субектите (НЗОК и БЛС) и недопустими като форма на регулация и намеса в стопанската дейност, с оглед основните конституционни принципи“. По отношение на оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО се заявява, че същата нарушава чл. 4, ал. 1 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията, тъй като

„плащане за покриване на текущите разходи на лечебните заведения и изготвяне на критерии при договаряне на НРД за получаване на такова плащане, са извън делегираните правомощия по закон“ на НЗОК. Във връзка с това се поддържа, че средствата от бюджета на НЗОК „могат да се използват само за дейностите, включени в предмета на правно регулиране на ЗЗО – за медицинска помощ на здравноосигурените лица“ и следователно е „недопустимо разписване на критерии в рамковите договори за отнемане от бюджета на НЗОК на средства, които са с различно целево предназначение“. Посочва се, че „разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО допуска средствата, които НЗОК акумулира от здравноосигурителните вноски, да се разходват за конституционно недопустими цели – плащания за разходи, които не са здравни дейности“. По отношение на тази разпоредба се излагат и аргументи за противоречие с правото на Европейския съюз (ЕС), като се застъпва, че получаването на финансова помощ за осигуряване на възнаграждения на медицинските специалисти „в конкретни болници от бюджета на НЗОК е индивидуална мярка“, представляваща „непозволена държавна помощ в полза на конкретни лечебни заведения по смисъла на член 107, параграф 1 от ДФЕС“.

Националната асоциация на работодателите от здравеопазването в Република България споделя изцяло изложените от Върховния административен съд аргументи за противоконституционност на чл. 55, ал. 2, т. 3б и т. 3в ЗЗО, като излага в тяхна подкрепа и допълнителни съображения. По отношение на първата от оспорените разпоредби подчертава, че според съдържащата се в чл. 50 – 60 от Кодекса на труда (КТ) законова уредба колективните трудови договори, вкл. на отраслово и браншово равнище, имат действие само между страните по тях и членуващите в тях предприятия, респ. работници и служители. Разпростирането на колективен трудов договор или на отделни негови клаузи по отношение на всички предприятия от отрасъла и бранша се

извършва по специална процедура, предвидена в чл. 51б, ал. 4 КТ, изискваща изразено писмено съгласие от всички организации на работниците и служителите и на работодателите, признати за представителни на национално равнище. Във връзка с това се поддържа, че разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО „на практика предвижда нов ред за законово разпростиране на договорен отраслов КТД“, с което се нарушават „правото на сдружаване, правото на колективно договаряне и доброволността на преговорния процес за сключване на колективен трудов договор“. Посочва се, че „постигането на по-висок минимален стандарт на работниците, разбира се, е желана цел и задължение на държавата съгласно чл. 48, ал. 5 от Конституцията, което обаче е недопустимо да се постига силово чрез механизмите на здравното осигуряване (за работниците в сектор Здравеопазване) за сметка на поетото от държавата задължение за гарантиране на достъпна медицинска помощ“. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО се заявява, че „наемането и заплащането на трудовите възнаграждения на медицинския персонал категорично не е здравна дейност“ и в този смисъл е „недопустимо финансирането с конституционно определени за друга цел средства да се пренасочва за други дейности, както предлага разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“. Обръща се внимание на възможността за произволно тълкуване на понятието „отдалечени райони“ предвид липсата на „ясно регламентирани критерии за посочения тип райони“, както и на засягането на „принципа на равнопоставеност на изпълнителите на медицинска помощ при сключване на договори с РЗОК“, тъй като „финансирането на немедицински дейности от бюджета на НЗОК на приоритетни лечебни заведения, по неясни критерии, ги поставя в по-благоприятно положение в сравнение с останалите и има за последица ограничаване на правото на конкуренция между болничните заведения“.

Сдружението на общинските болници в България изразява становище, според което оспорената законова уредба е „дискриминационна и противоконституционна, тъй като пряко нарушава принципите, заявени в чл. 6 от Конституцията, и накърнява принципа на равнопоставеност на лечебните заведения в чл. 4, ал. 2 от ЗЛЗ, както и принципа на равнопоставен достъп до здравна помощ на гражданите, заявен в чл. 2, т. 1 на ЗЗ, основан на чл. 52, ал. 1 от Конституцията“. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО заявява, че е „недопустимо овластените и задължени от закона публични органи да заобикалят собствените си задължения и закона, като делегират правомощията си на един обществен финансов институт, какъвто се явява НЗОК“. Във връзка с това е обърнато внимание, че „дейността на НЗОК няма нищо общо с колективното трудово договаряне, пък било то и в сферата на здравеопазването“. Поддържа се, че цялата оспорена законова уредба „създава реална и пряка неравнопоставеност между лечебните заведения за болнична помощ, а оттам и между пациентите им по признак „лично положение“.

Асоциацията на университетските болници в Република България заявява, че разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО „излиза извън предметния обхват на Закона за здравното осигуряване“, тъй като „трудовите възнаграждения не са и не следва да са част от НРД“. Във връзка с това поддържа, че оспорената уредба е в противоречие със съдържащите се в чл. 51 КТ правила за разпростиране на действието на отраслов колективен трудов договор, а „въвеждането на взаимноизключващи се правила“ в КТ и ЗЗО е несъвместимо с конституционния принцип на правовата държава. По отношение на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО се подчертава, че необходимостта „да се намери добър баланс между принципа на конкурентноспособност и свободата на действие на публичните органи, действащи в общ интерес“ налага да се изясни „дали предоставянето на предимство чрез въвеждането на методика за финансиране на конкретни лечебни заведения не попада в

обхвата на държавните помощи по чл. 107, параграф 1 от Договора за функционирането на Европейския съюз“.

Центърът за защита на правата в здравеопазването (ЦЗПЗ) посочва, че и двете оспорени разпоредби от ЗЗО противоречат на принципа на правовата държава, тъй като „уреждат правна материя по неясен и противоречив с други законови текстове начин“. Във връзка с това се посочва, че разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО въвежда механизъм за определяне на минимални възнаграждения на медицинския персонал в лечебните заведения за болнична помощ, който е в противоречие с уредбата на КТ за разпростиране на отраслови колективни трудови договори, при това „императивно и без съгласието на страните, изземвайки функциите на друг държавен орган – министърът на труда и социалната политика“. По този начин според ЦЗПЗ „наличието на два противоречиви механизма за уреждане на една и съща материя в два различни закона безспорно също свидетелства за нарушение на чл. 4 от КРБ“. Заявява се също така, че разпоредбата „създава предпоставки за икономическо неравенство между най-ниско платените и най-високо платените работници и служители, което се постига за сметка на неравенство в правото, защото така част от работниците и служителите ще получат незаслужено по-високи възнаграждения, а друга част от тях незаслужено по-ниски“. Според поддържаното в становището „очевидно е, че субсидирането на едни болници за сметка на други е държавна помощ и противоречи както на чл. 107 от ДФЕС, така и на чл. 19, ал. 2 на КРБ“. Обръща се внимание, че на практика лечебните заведения в „труднодостъпни и/или отдалечени райони“ по чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО са общинска собственост, а лечебните заведения за болнична помощ по чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. б) във връзка с чл. 45, ал. 2а ЗЗО са многопрофилни държавни болници. В този смисъл се поддържа, че целта на оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО „няма нищо общо нито със здравното осигуряване, нито с качеството и достъпа до

медицинска помощ“, а е насочена „да се осигури незаконно подпомагане на закъсали финансово държавни и общински болници“.

Сдружението за развитие на българското здравеопазване поддържа в становището си, че оспорените законови разпоредби противоречат на Основния закон. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО посочва, че „съгласно Конституцията НЗОК има задача да набира целеви средства, основно формирани от здравноосигурителни вноски, да ги управлява законосъобразно и целесъобразно и да закупува с тях здравни дейности“, но „няма вменени правомощия да бъде регулатор на всички елементи в процеса на организиране и предоставяне на здравни дейности“. Заедно с това се заявява, че разпоредбата нарушава и правото на свободна стопанска инициатива по чл. 19 от Конституцията, тъй като „е допустимо държавата да поставя изисквания към определени категории субекти, но не и да регулира техните вътрешни отношения със служителите им“. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО се застъпва, че нарушава фондовия принцип, на който е изградена системата на здравното осигуряване, с което по същество се нарушава „икономическата основа на държавата, имаща своята принципна уредба в Конституцията“. Във връзка с това се посочва, че с оспорената законова уредба „се регламентира предоставяне на държавна помощ за финансово подпомагане на болници, но за сметка на бюджета на НЗОК“, като по този начин със средствата от здравноосигурителните вноски ще бъде заплатено не лечение на пациентите, а разходи на определени лечебни заведения.

Сдружение „Българска болнична асоциация“ (СББА) застъпва становище за противоконституционност на оспорените законови разпоредби поради противоречие с чл. 4, ал. 1, чл. 19, ал. 1 и 3 и чл. 52, ал. 1 и 2 от Конституцията. Обръща внимание, че „[п]арите на НЗОК за здравноосигурителни вноски не са държавни пари, това не е държавен бюджет, това са парите на гражданите, поради което не са „обществени средства“. В този смисъл всяко „директно финансиране на заплати, на едни

само участници на пазара на медицински услуги означава нерегламентирано вмешателство на държавата в разходването на тези обществени средства“. Заявява, че „ако на едни лечебни заведения държавата отдава приоритет, се накърнява правото на равнопоставеност и на гражданите, които търсят и очакват здравна помощ от останалите, „неприоритетни“ лечебни заведения“. Според СББА възнагражденията на медицинските специалисти трябва да бъдат уредени не в ЗЗО, а в КТ „поради техния трудовоправен произход“, като размерът на трудовото възнаграждение се определя „по волята на сключващите договора страни – наемащото лечебно заведение и служителя“. Акцентираще се, че „лечебните заведения се финансират от НЗОК, но това не променя правното им положение на търговци“, поради което е недопустимо държавата да осъществява „нормативно вмешателство в правилата на договорната свобода“. Заедно с това се поддържа, че оспорената разпоредба противоречи и на правото на ЕС и конкретно на Договора за функционирането на Европейския съюз (ДФЕС) и негови основополагащи принципи, като „прозрачност, пропорционалност, равно третиране, недискриминация и осигуряване на конкуренция“.

В правното си мнение доц. д-р Иван Стойнев поддържа, че оспорените законови разпоредби противоречат на Основния закон. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО обосновава нарушаване на свободната стопанска инициатива, представляваща „гарант за функционирането на пазарната икономика, закрепена в чл. 19, ал. 1 от Конституцията“. Във връзка с това посочва, че „болниците са лишени от възможността да определят самостоятелно своята политика на възнаграждения, да моделират вътрешни стимули или да диференцират заплати според резултатите, квалификацията и пазарното търсене. Фундаменталният принцип на индивидуално и колективно трудово договаряне отстъпва място на императивна законова намеса, която трансформира едно отраслово колективно споразумение – по дефиниция

доброволен акт на социално партньорство – във всеобщ, задължителен нормативен минимум, приложим само към болници с договор с НЗОК“. Обосновава, че „това селективно регулиране поражда въпрос за равнопоставеността между конкурентите“, тъй като болничните заведения, „опериращи изцяло извън задължителната осигурителна схема (частни клиники, специализирани центрове), запазват свободата да формират собствена политика на възнаграждения и разполагат с по-голяма гъвкавост да оптимизират разходите си или да предлагат алтернативни стимули“, докато за останалите болници се установява „регулаторно фиксиран разходен минимум, без да получават насрещна корекция в системата на НЗОК“. Като резултат според доц. д-р Стойнев се нарушава конституционното изискване държавата да осигурява „еднакви правни условия за стопанска дейност“, тъй като за едни от конкуриращите се лечебни заведения се въвежда по-строг регулаторен режим спрямо останалите. По отношение на оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО се аргументира, че предвиденият механизъм за финансиране на осигуряването на медицински персонал в определени лечебни заведения за болнична помощ „предвижда предоставяне на селективно икономическо предимство от публични ресурси на определени предприятия“ и като такъв „представлява държавна помощ по смисъла на чл. 107, §1 от ДФЕС, тъй като кумулативно са налице всички необходими елементи: предоставяне на публични ресурси, икономическо предимство, селективност на бенефициерите и потенциално засягане на конкуренцията и търговията между държавите членки“. Във връзка с това се поддържа, че „в съответствие с утвърдената практика на Съда на Европейския съюз, за целите на конкурентноправния анализ болниците – независимо от своята собственост (държавна, общинска, частна) или правен статус (търговско дружество, публично предприятие или нестопанска организация) – следва да се разглеждат като „предприятия“, доколкото осъществяват стопанска дейност, а именно предоставяне на вземездни медицински услуги на

пазарен принцип“. Според доц. д-р Стойнев „участието им в договорни отношения с НЗОК не променя този факт – напротив, то подчертава публичноправното значение на тяхната икономическа роля в системата на здравноосигурителните доставки“.

В правното мнение на д-р Мария Шаркова се поддържа, че оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО е противоконституционна поради нарушаване на принципа на правовата държава. Във връзка с това се аргументира, че уредбата е неясна поради използвана „непрецизна законодателна техника“ – не е посочено до кои конкретни параметри на трудовите възнаграждения се отнасят изискванията, които трябва да се съдържат в националните рамкови договори (размер, начин на формиране, структура и др.). Така според нея уредбата създава „неопределеност в обхвата на тези изисквания, които ще се уредят с подзаконов нормативен акт, какъвто е НРД“. Същевременно поддържа, че е налице неопределеност и относно това дали пояснението „в изпълнение на договори с НЗОК“ се отнася до самите медицински специалисти, или до лечебните заведения за болнична помощ. Противоречието на оспорената разпоредба с конституционния принцип на правовата държава се обосновава и с това, че „с нея се създават изисквания за трудовите възнаграждения в отклонение от режима, предвиден в Кодекса на труда“, тъй като „трудовите правоотношения на работещите в здравната система не са и не могат да бъдат обект на регулиране в ЗЗО, а в КТ“. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО д-р Шаркова обосновава противоречие както с принципа на правовата държава, така и с чл. 107 ДФЕС. Обръща внимание, че „лечебните заведения в страната са търговски дружества и същите са равнопоставени при сключване и изпълнение на договори с НЗОК, респ. заплащането на оказаната медицинска помощ както на държавните и общинските, така и на частните болници се извършва по един и същ начин и при изпълнението на едни и същи условия“. Според нея „непрецизно формулираната разпоредба пречи да се установи кои лечебни заведения ще

получават такова финансиране, за да се направи задълбочен анализ дали същите ще получат неоправдано предимство или с посочената мярка се цели и ще се постигне единствено подобряване на достъпа до медицинска помощ, доколкото при липса на яснота какво означават „отдалечени“ или „труднодостъпни“ места тази методика на практика може да обхваща всяка една болница или нито една, или подбрани лечебни заведения по неясни критерии“. Като изразява съгласие, че държавата следва да предприеме мерки, за да осигури равен достъп до здравеопазване на всички граждани, д-р Шаркова заявява, че тези мерки „не следва да нарушават общностното законодателство“.

Втората група становища, представени от президента, министъра на здравеопазването, изпълняващия функцията на главен прокурор, Висшия адвокатски съвет, Българския лекарски съюз и Конфедерация „Защита на здравето“, намира искането за установяване на противоконституционност на оспорените разпоредби от ЗЗО за неоснователно.

В становището на президента се акцентира на необходимостта да се обезпечи конституционният стандарт за достъпна медицинска помощ, изискваща „както съобразяване с принципите на стопанска дейност, така и тяхното пропорционално ограничаване“. Посочва се, че предвидените в оспорената уредба мерки 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“. В този смисъл тези мерки „са в съответствие с легитимната конституционна цел да подобряват достъпността на медицинската помощ“ и „не се отклоняват и от основни положения, изведени в актове на ЕС“.

Министърът на здравеопазването поставя в основата на становището си задължението на държавата да реализира признатото от Конституцията

право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, като обръща внимание, че определянето на вида система на здравно осигуряване се преценява от законодателя по съображения за целесъобразност в съответствие с конституционната уредба. Обръща внимание, че осигуряването на възнаграждения за персонала е „идентично на осигуряването на персонал изобщо“ и в този смисъл обезпечаването на необходимите средства за медицинския персонал в лечебните заведения за болнична помощ „гарантира осигуряването и достъпа до самите медицински дейности за здравноосигурените лица“. Акцентираща на наложителността на „намесата с оглед гаранции за осигуряване на персонал и достъп до услугите за районите, в които поради определени дадености (труднодостъпност и др.) той е труден за населението“, поради което „държавната намеса в такива случаи е по-скоро задължително условие за обезпечаване на здравните дейности, отколкото държавна помощ“. Според министъра на здравеопазването икономическата свобода не е абсолютна конституционна ценност и „тя отстъпва пред необходимостта да се осигури в условията на ограничен публичен ресурс постигането на приоритетната цел в здравеопазването – равен достъп до медицинска помощ, гарантиране на живота и закрила на здравето на гражданите. В този смисъл държавната интервенция в случая е не само конституционно търпима, но и обществено потребна и социално оправдана от легитимната цел на закона“.

Изпълняващият функцията на главен прокурор също посочва, че „правото на здравно осигуряване на гражданите е прокламирано в разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от Конституцията като основно и неотменимо право, гарантиращо им достъпна медицинска помощ“ и като такова изисква държавата да гарантира неговата реализация. Заявява, че на това право не може да се противопостави правото на свободна стопанска инициатива и на еднакви правни условия за стопанска дейност, които нямат абсолютен характер, като във връзка с това следва да се отчете, че „социалната функция

на държавата се поставя на по-преден план пред търговския интерес“. Обръща внимание също така, че съгласно чл. 52, ал. 5 от Конституцията държавата има правомощието да осъществява контрол върху всички лечебни заведения.

Висшият адвокатски съвет (ВАДвС) аргументира становище, според което искането за установяване на противоконституционност на оспорените разпоредби на ЗЗО е неоснователно. Поддържа, че законодателното разрешение в чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО „съответства на принципа на справедливостта като конституционна ценност, въздигната в Преамбюла на основния закон, въплътена и в принципа на правовата държава по чл. 4, ал. 1 и 2 от Конституцията“. Според ВАДвС това разрешение е насочено „към осигуряване на качествено и достъпно медицинско обслужване, вменено в дълг на държавата от чл. 52, ал. 1 от Конституцията“. По отношение на разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО се застъпва, че „неоспоримо право на държавата“ е да регулира реда и условията за изразходването на акумулирания в НЗОК „публичен ресурс“ така, че „да бъде осигурено достъпно и качествено медицинско обслужване за всички осигурени лица“. Посочва се, че „няма конституционна преграда за предвиждане на допълнително финансиране от бюджета на НЗОК за осигуряване на медицински персонал за онези потребители на нейни средства, които работят при сравнително по-тежки условия, а именно – лечебни заведения, които извършват дейността си в труднодостъпни и/или отдалечени райони или единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината“. На същата плоскост е разгледано и предвиденото в чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. б) ЗЗО финансиране за осигуряване на медицински персонал в приоритетните многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а ЗЗО, „които осъществяват усложнена медицинска дейност в условията на редица изисквания – за разкрити многобройни структури, обезпечаване на спешен прием, възможност за хоспитализация, гарантирано

24-часово осигуряване на дейността и т.н.“. Колкото до поддържаното от вносителя на искането противоречие на оспорената законова уредба с чл. 19 от Конституцията, ВАдвС обръща внимание, че макар и оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в ЗЗО действително да отдава „известно предимство на определени изпълнители на здравни дейности“, това предимство е „напълно оправдано с оглед на задоволяване на отразения в основния закон обществен интерес – да бъде надлежно удовлетворено правото на всички граждани на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ“.

Българският лекарски съюз намира оспорената законова уредба за конституционносъобразна като обезпечаваща предвидени в Конституцията основни права на гражданите – право на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, както и право на безплатно ползване на здравно обслужване. Обръща внимание, че разпоредбите на чл. 19, ал. 1 и 2 от Основния закон, гарантиращи на всички граждани и юридически лица свобода на стопанска инициатива и равни правни условия за стопанска дейност, не могат да бъдат противопоставени на тези основни права, като се изтъква и конституционното изискване държавата да контролира дейността на лечебните заведения (чл. 52, ал. 5 от Конституцията).

Конфедерация „Защита на здравето“ застъпва, че разпоредбите на чл. 55, ал. 2, т. 3б и 3в ЗЗО не противоречат на Конституцията, тъй като „правната основа на системата на здравното осигуряване има конституционно основание, посочено в чл. 52, ал. 1 от Конституцията“. По отношение на предвиденото в чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО финансиране на осигуряването на медицински персонал в лечебни заведения, които извършват медицински дейности в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони или единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината, посочва, че уредбата представлява „вътрешни правила за организиране на работна заплата“.

В изпълнение на предоставената му с определението за допускане на искането до разглеждане възможност сезирацият съдебен състав на Върховния административен съд, Трето отделение, е представил становище, в което се излагат допълнителни съображения в подкрепа на искането.

Конституционният съд, като обсъди доводите в искането, постъпилите по делото писмени становища и правни мнения, както и относимата правна уредба, за да се произнесе, взе предвид следното:

Относно разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО

Оспорената разпоредба предвижда, че националните рамкови договори (според чл. 53, ал. 1 ЗЗО за осъществяване на дейностите, предвидени в този закон, НЗОК и БЛС приемат чрез подписване Национален рамков договор за медицинските дейности, а НЗОК и Българският зъболекарски съюз (БЗС) приемат чрез подписване Национален рамков договор за денталните дейности) трябва да съдържат изисквания 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“. Понятието „медицински специалисти“ е дефинирано в §1б, т. 5 от Допълнителните разпоредби на ЗЗО – лица, упражняващи медицинска професия по чл. 183, ал. 1 от Закона за здравето (ЗЗ), т.е. лица, притежаващи диплома за завършено висше образование по специалности от професионални направления „Медицина“, „Дентална медицина“, „Фармация“ и „Здравни грижи“, както и медицински сестри, акушерки, асоциирани медицински специалисти, лекарски асистенти, зъботехници, магистър-фармацевти и помощник-фармацевти.

Целта, с оглед на която е създадена оспорената законова уредба, е свързана с обезпечаване на лечебните заведения за болнична помощ с квалифицирани медицински специалисти. Тази цел изрично е изведена в

мотивите на законопроекта за изменение и допълнение на ЗЗО (със сигнатура 48-254-01-106, внесен от група народни представители на 23.12.2022 г.), в които е посочено, че „осигуряването на достатъчен медицински персонал е гаранция за оказването на качествена медицинска помощ“. Отчетена е липса на достатъчен медицински персонал в лечебни заведения, разходващи „публичен ресурс“, във връзка с което е установена практика лечебни заведения да сключват „фиктивно“ договори с медицински специалисти, за да осигурят „необходимия персонал“ за изпълнение на договорите с НЗОК. В мотивите е посочено също, че съобразно данни от Националния статистически институт за м. септември 2022 г. средната работна заплата в хуманното здравеопазване изостава спрямо други регулирани сектори, като образование, и това налага предприемане на законодателни мерки за осигуряване на минимални нива на възнаграждения. Заедно с това според вносителите България е една от малкото държави в ЕС, която не предвижда изисквания за минимални възнаграждения на медицинските специалисти при разходване на публичен ресурс, което води до задълбочаване на недостига на медицински персонал. Обоснована е необходимостта размерите на трудовите възнаграждения на медицинските специалисти да бъдат „не по-малко благоприятни от определен обективен критерий“, какъвто са договорените нива на основно и допълнително трудово възнаграждение в колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“.

Като изходна позиция при извършване на контрол за конституционност на оспорената законова разпоредба Съдът посочва, че според Основния закон гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ (чл. 52, ал. 1 от Конституцията), като във връзка с това държавата има конституционното задължение да закриля здравето на гражданите (чл. 52, ал. 3 от Конституцията). Конституционният съд е имал възможност да подчертае в

практиката си, че „правата на гражданите на достъпна медицинска помощ чрез здравно осигуряване и безплатно ползване на медицинско обслужване са основни конституционни права и са неотменими съгласно разпоредбата на чл. 57, ал. 1 от Конституцията“ (Решение №8/1998 г. по к.д. №3/1998 г.; Решение №3/2016 г. по к.д. №6/2015 г.). Според практиката на Съда понятието „достъпна медицинска помощ“ по смисъла на чл. 52, ал. 1 от Конституцията следва да се разбира като „възможност за медицинско лечение на всички граждани в случай на заболявания при равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението“ (Решение №32/1998 г. по к.д. №29/1998 г.; Решение №6/2024 г. по к.д. №15/2023 г.).

Гарантирането на достъпна медицинска помощ по смисъла на чл. 52, ал. 1 от Основния закон е насочено да обезпечи правото на здраве на гражданите. Както е посочено в Решение №3/2016 г. по к.д. №6/2015 г., „конституционната разпоредба изхожда от правото на здраве като основно право на гражданите, макар да не го формулира изрично“ (всъщност правото на здраве се реализира чрез прокламираното в чл. 52, ал. 1 от Конституцията право на здравно осигуряване, гарантиращо на гражданите достъпна медицинска помощ). Във връзка с това Съдът намира за необходимо да отбележи, че правото на здраве е основно право, признато в редица обвързващи Република България международни актове. Член 12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права (приет от Общото събрание на Организацията на обединените нации (ООН) на 16 декември 1966 г., ратифициран с Указ №1199 на Президиума на Народното събрание от 23.07.1970 г., ДВ, бр. 60 от 1970 г., обн. ДВ, бр. 43 от 28.05.1976 г., в сила от 23.03.1976 г.; МПИСКП) признава „правото на всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве“; чл. 24 от Конвенцията за правата на детето (приета от Общото събрание на ООН на 20.11.1989 г., ратифицирана с решение на Великото народно събрание от 11.04.1991 г., обн. ДВ, бр. 32 от 23.04.1991 г., в сила от 03.07.1991 г.) признава „правото на детето да се ползва от най-високия

достижим стандарт на здравословно състояние и от здравните услуги за лечение на заболяванията и за възстановяване на неговото здраве“, като държавите – страни по Конвенцията, „се стремят да осигурят никое дете да не бъде лишено от правото си на достъп до такива здравни услуги“; чл. 5, буква „е“, точка „iv“ от Международната конвенция за премахване на всички форми на расова дискриминация (ратифицирана с Указ №515 на Държавния съвет от 23.06.1966 г. – ДВ, бр. 51 от 1966 г., издадена от Министерството на външните работи, обн. бр. 56 от 10.07.1992 г., в сила от 04.01.1969 г.) гарантира „правото на всеки, на равенство пред закон без разлика по отношение на раса, цвят, национален или етнически произход“ по отношение на правото на обществено здравеопазване и медицинско обслужване.

Един от принципите, посредством които държавата гарантира „опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие“ като „национален приоритет“, е осигуряването на „достъпна и качествена здравна помощ“ (чл. 2, ал. 2 ЗЗ). Така и чл. 86, ал. 1, т. 3 ЗЗ изрично предвижда, че всеки пациент има право на „достъпна и качествена здравна помощ“, а според чл. 81, ал. 2, т. 1 ЗЗ един от принципите, въз основа на които се осъществява правото на достъпна медицинска помощ, е качеството на медицинската помощ. Същевременно според чл. 55, ал. 2, т. 4 ЗЗО част от задължителното съдържание на националните рамкови договори за медицинските дейности е включването на „критерии за качество и достъпност“ на медицинската помощ и в този смисъл изискването за качество е обвързано с разходването на публични средства чрез закупуване от НЗОК на медицинска помощ в рамките на обемите, договорени в националните рамкови договори и в съответствие с бюджета на НЗОК за съответната година (чл. 55а, ал. 1 ЗЗО). В същия контекст и общата разпоредба на чл. 2, ал. 3 ЗЗО обвързва

закупуването от НЗОК на здравни дейности, „съответстващи на критерии за качество и достъпност“.

От своя страна качеството на медицинската помощ е логически обусловено от наличието на квалифицирани медицински специалисти, които непосредствено да я осигуряват. Във връзка с това според чл. 59в, т. 1 ЗЗО един от критериите за „достъпност и качество на медицинската помощ“ е „обезпеченост на лечебното заведение по чл. 9 от Закона за лечебните заведения с медицински специалисти на основен трудов договор“. В Решение №9/2010 г. по к.д. №4/2010 г. Конституционният съд изрично е обърнал внимание, че „обезпечеността на лечебното заведение с квалифициран персонал на основен трудов договор“ пряко се свързва с правото на достъпна медицинска помощ, произтичащо от задължението на държавата да закриля здравето на гражданите и да контролира всички лечебни заведения (чл. 52, ал. 3 и 5 от Конституцията). В този смисъл и според чл. 12(d) от Общо коментарно становище №14 на Комитета по икономически, социални и културни права към ООН относно „Правото на най-високия достижим стандарт на здраве (член 12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права)“ от 11.08.2000 г. (E/C.12/2000/4) едно от измеренията на достъпността на „здравните съоръжения, стоки и услуги“ е качеството, поради което „здравните заведения, стоки и услуги трябва да бъдат и научно и медицински подходящи и с добро качество“, което изисква, „наред с другото, квалифициран медицински персонал“.

Съдът намира за необходимо да отбележи, че необходимостта от обезпечаване на правото на здраве на гражданите чрез осигуряване на квалифицирани медицински специалисти е призната като задължение на Република България в качеството ѝ на държава – членка на ЕС, в Препоръка на Съвета на ЕС от 8 юли 2025 година относно икономическата, социалната, трудовата, структурната и бюджетната политика на България (C/2025/3976),

където в §38 изрично е посочено, че „броят на медицинските сестри и общопрактикуващите лекари в България отново намаля през 2023 г.“, което „подкопава достъпа до медицински услуги и тяхното качество“. Въз основа на това на Република България е препоръчано през 2025 и 2026 г. да предприеме действия, с които „да подобри достъпа до здравни услуги“, както и да се справи с „недостига и неравномерното разпределение на здравните специалисти с цел повишаване на ефективността, достъпността и капацитета на системата на здравеопазване“.

Осигуряването на квалифицирана медицинска помощ посредством обезпечаване на лечебните заведения за болнична помощ с медицински специалисти от своя страна се намира във връзка с осигуряване на справедливо и достойно заплащане на техния труд, като по този начин се гарантира самото конституционно право на труд на тези лица в изпълнение на задължението на държавата да създаде „условия за осъществяване на това право“ (чл. 16 и чл. 48, ал. 1 от Конституцията). Във връзка с това разпоредбата на чл. 48, ал. 4 от Основния закон предвижда, че работниците и служителите имат право на „заплащане, съответстващо на извършената работа“. В същия смисъл и според чл. 1, ал. 3 от Кодекса на труда (КТ) уредбата на трудовите правоотношения цели да осигури „свободата и закрилата на труда“, както и „справедливи и достойни условия на труд“. Изискването за „справедливи“ условия на труд се свързва с необходимостта работникът или служителят да получава равностойно и еквивалентно заплащане на положения труд като предпоставка за осигуряване на стандарт на живот, съобразен с прокламираното в Преамбюла на Конституцията достойнство на личността като „върховен принцип“. Тази необходимост произтича и от обвързващите Република България международни актове. Така според чл. 7 МПИСКП осигуряването на „справедливи и благоприятни условия на труд“ изисква гарантиране на „справедлива заплата“ и „сносен живот“ за работещите и семействата им.

Съдът също така обръща внимание, че наред с правото на труд Конституцията прогласява изрично правото на минимално трудово възнаграждение, както и на заплащане, съответстващо на извършената работа (чл. 48, ал. 5 от Конституцията). В този смисъл правото на достойно и справедливо трудово възнаграждение е съществен елемент от съдържанието на правото на труд, а същевременно определянето на минимален размер на трудовото възнаграждение не само е конституционно допустимо, но и представлява произтичащо от Основния закон задължение на държавата да регулира трудовите правоотношения така, че да гарантира това право. Тази конституционно закрепена длъжима от държавата закрила на трудовите правоотношения е намерила израз в уредбата относно определянето на минималните трудови възнаграждения и обезщетения от Министерския съвет (чл. 244 КТ). Задължението за това на държавата произтича не само от Основния закон, но и от обвързващите Република България международни договори, както и от принципите на правото на ЕС. Във връзка с това следва да се има предвид, че Република България е ратифицирала Конвенция №131 на Международната организация на труда за определяне на минимална работна заплата, приета на 22.06.1970 г. в Женева (със закон, приет на 24.01.2018 г., обн. ДВ, бр. 12 от 2018 г., в сила за България от 20.03.2018 г.). По силата на чл. 1, т. 1 от Конвенцията „всеки член на Международната организация на труда, който ратифицира настоящата Конвенция, се задължава да създаде система за определяне на минималната работна заплата, която обхваща всички групи наети лица, чиито условия на трудова заетост са такива, че обхващането им би било целесъобразно“. Същевременно установяването на „надеждни правила, процедури и ефективни практики за определяне и актуализиране на законоустановените минимални работни заплати“ не само не нарушава правилата на правото на ЕС относно свободната конкуренция, но напротив – създава условия за „равнопоставени условия и конкурентоспособност на предприятията“ (съображение 26 от мотивите на Директива (ЕС) 2022/2041

на Европейския парламент и на Съвета от 19 октомври 2022 година относно адекватните минимални работни заплати в Европейския съюз), с оглед на което се насърчава колективното договаряне за определяне на работните заплати.

Като се има предвид изложеното, Съдът намира, че посочената цел на оспорената законова разпоредба – обезпечаване на лечебните заведения за болнична помощ с медицински специалисти посредством гарантиране със закон на определени минимални размери на трудовите им възнаграждения, е от конституционен ранг и е насочена към обезпечаване реализирането на основни конституционни права на гражданите, каквито са правото на здраве и правото на труд.

Съдът също така обръща внимание, че според чл. 35 от Хартата на основните права на Европейския съюз (ХОПЕС) „всеки има право на достъп до здравна профилактика и да ползва медицински грижи при условията, установени от националните законодателства и практики“, и съдържанието на националните здравни политики е в компетентността на държавите членки, което включва регулация на възнагражденията на медицинските специалисти. Според чл. 168, ал. 7 ДФЕС „действията на Съюза са съобразени изцяло с отговорностите на държавите-членки що се отнася до определянето на тяхната здравна политика, както и в организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи. Отговорностите на държавите-членки включват управлението на здравните услуги и медицинските грижи, както и разпределянето на ресурсите, които са им предоставени“.

Съдът отбелязва също така, че установяването със закон на задължителни минимални възнаграждения на медицинските специалисти е конституционно оправдано и поради това, че държавният контрол върху дейността на всички здравни заведения е въздигнат в конституционен принцип (чл. 52, ал. 5 от Конституцията), тъй като тази дейност е

предназначена да обезпечи висши конституционни ценности – живота и здравето на гражданите. По тази причина според Решение №9/2010 г. по к.д. №4/2010 г. „медицинската помощ е регулирана от държавата дейност“.

Следва да се съобрази, че трудовото законодателство изрично предвижда възможност колективният трудов договор на отраслово и браншово равнище да се разпростре по отношение на всички предприятия от отрасъла или бранша след изразено писмено съгласие от всички организации на работниците и служителите и на работодателите, признати за представителни на национално равнище, със заповед на министъра на труда и социалната политика (чл. 51б, ал. 4, 5 и 6 КТ), като по този начин обвърже и работодатели, които не членуват в съответните представителни организации – страна по договора. В този смисъл оспорената уредба на чл. 55, ал. 2, б. 3б ЗЗО отразява един утвърден в законодателството подход на намеса на държавата в трудовите правоотношения, което се вписва в конституционната рамка на закрила на правото на труд (чл. 16 и чл. 48, ал. 1 от Конституцията). Същевременно обаче оспорената разпоредба не предвижда разпростиране по смисъла на чл. 51б КТ на колективния трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ и по отношение на всички предприятия в бранша и в този смисъл не урежда изключение от общата уредба на трудовите правоотношения, а само препраща към определения в съответния колективен трудов договор минимален размер на трудовите възнаграждения на медицинските специалисти като „определен обективен критерий“ (според мотивите на законодателя) за законово гарантираните минимални размери на тези трудови възнаграждения. В този смисъл нормата осигурява необходимата гъвкавост на законовата уредба, позволявайки съобразяване на настъпилите в периода на действие на съответния Национален рамков договор икономически и инфлационни процеси, които по подразбиране се отчитат при колективното трудово договаряне за следващия 3-годишен период (чл. 53, ал. 2 ЗЗО). Съдът намира за необходимо да отбележи също

така, че оспореният закон не дава на страните по националните рамкови договори (според чл. 53, ал. 1 ЗЗО това са НЗОК, БЛС и БЗС) нормотворческа компетентност относно задължителния минимален размер на трудовите възнаграждения на медицинските специалисти в лечебните заведения, изпълняващи договори с НЗОК, а посредством препращането към предвиденото в отрасловия колективен трудов договор по този въпрос единствено установява ясен и задължителен законов стандарт на справедливо и достойно заплащане на техния труд, чрез който от страна на държавата се обезпечават основни конституционни права на гражданите.

Съдът обръща внимание, че гарантирането на определен задължителен праг на трудовите възнаграждения на медицинските специалисти обвързва в еднаква степен всички лечебни заведения за болнична помощ, получаващи средства от бюджета на НЗОК по силата на сключени договори за закупуване на медицинска помощ, и в този смисъл не накърнява тяхната равнопоставеност. Във връзка с това следва да се има предвид необходимостта оспорената законова уредба да се тълкува в цялостния нормативен контекст, в който е разположена и проявява действието си, а чл. 5, т. 10 ЗЗО установява като принцип на задължителното здравно осигуряване по смисъла на чл. 1, ал. 2 от закона „свободен избор от осигурените на изпълнители на медицинска помощ“. От тази гледна точка лечебните заведения за болнична помощ, изпълняващи договори с НЗОК, се намират в еднакво правно положение както по отношение на законово установения задължителен стандарт за заплащане на труда на медицинските специалисти, така и с оглед на свободната конкуренция на предоставяните услуги, което именно отговаря на изискването на чл. 19, ал. 2 от Конституцията за гарантиране на „еднакви правни условия за стопанска дейност“. В този контекст в Решение №9/2010 г. по к.д. №4/2010 г. е посочено, че разпоредбата на чл. 59, ал. 10 ЗЗО (според която всяко лечебно заведение за болнична помощ може да сключи договор по ал. 1 само за тази

дейност за оказване на болнична медицинска помощ по чл. 45, за която има специалисти, работещи на основен трудов договор) установява еднакви правни изисквания към лечебните заведения за болнична помощ за наличие на специалисти на основен трудов договор, които могат да изпълняват пакета от дейности, финансирани от НЗОК. В този смисъл оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО кореспондира и със законовия принцип, според който „лечебните заведения са равнопоставени независимо от собствеността им“ (чл. 4, ал. 2 от Закона за лечебните заведения; ЗЛЗ).

Съобразно изясненото ѝ по-горе съдържание в контекста на формулираните от законодателя цели за обезпечаване на конституционно признати права на гражданите, оспорената разпоредба според Съда не е неясна, което да обуслови противоречие с принципа на правовата държава, изискващ прецизност, яснота и непротиворечивост на законите, а оттук и предвидимост на правното регулиране (Решение №8/2012 г. по к.д. №16/2011 г.; Решение №3/2016 г. по к.д. №6/2015 г.; Решение №12/2016 г. по к.д. №13/2015 г.).

Съдът отчита, че по същество с оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО, с която се предвижда минимален задължителен размер на трудовите възнаграждения на медицинските специалисти в лечебните заведения за болнична помощ, държавата в лицето на законодателя се намесва в частноправни правоотношения между равнопоставени субекти, каквито са страните по трудовото правоотношение. Според чл. 66, ал. 1, т. 7 КТ съдържанието на трудовия договор и в частност „основното и допълнителните трудови възнаграждения с постоянен характер, както и периодичността на тяхното изплащане“ се определят от страните. Въздействието на държавата върху съдържанието на такива правоотношения, които според българското законодателство се основават на свобода на договарянето, е несъвместимо с правовата държава и следователно е несъвместимо с Основния закон, но само когато се

надхвърлят „конституционно установените и допустими граници на държавна намеса“ (Решение №17/1999 г. по к.д. №14/1999 г.). Във връзка с това Съдът намира, че в конкретния случай намесата на държавата в съдържанието на трудовите правоотношения по въпроса за минималното трудово възнаграждение на медицинските специалисти е конституционно оправдано, тъй като е насочено към гарантиране на такива висши конституционни ценности, каквито са здравето и животът на гражданите, както и правото им на труд.

Във връзка с формираните по-горе изводи относно конституционносъобразността на оспорената законова уредба Съдът намира за необходимо изрично да отбележи, че съгласно чл. 367, ал. 1 от Националния рамков договор №РД-НС-01-2 от 01.09.2023 г. за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2023 – 2025 г. „Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща, медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба №9 от 2019 г.“, а същевременно методиката за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ по чл. 372 от същия Национален рамков договор не посочва отделните разходи, които се включват в цената на закупуваните от НЗОК дейности по клинични пътеки. По този начин се оказва, че нормативната уредба, като не определя като част от цената на клиничните пътеки разходите за труд на медицинските специалисти, всъщност не съдържа гаранции за възмездяване на техния труд със средствата от бюджета на НЗОК, предназначени за заплащане на оказването на посочените в чл. 45 ЗЗО видове медицинска помощ, а по смисъла на ал. 2 бюджетът на НЗОК би трябвало да гарантира оказването на тази помощ. В резултат се поставя под въпрос както реализирането на практика на конституционното право на гражданите на достъпна медицинска помощ, което се осъществява чрез труда на квалифицирани

медицински специалисти, така и правото на труд на последните, изискващо заплащане, съответстващо на извършената работа (чл. 48, ал. 5 от Конституцията).

Като се има предвид посоченото по-горе, искането за установяване на противоконституционност на чл. 55, ал. 2, т. 3б ЗЗО следва да бъде отхвърлено.

Относно разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО

Оспорената разпоредба предвижда, че националните рамкови договори за медицинските и за денталните дейности трябва да съдържат методика за финансиране на осигуряването на медицински персонал в 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 ЗЛЗ (изключението се отнася до субсидирани от Министерство на здравеопазването лечебни заведения за болнична помощ – многопрофилни болници за активно лечение със смесено държавно и общинско участие в капитала, респ. със 100 на сто държавно участие в капитала, с оглед готовността им за оказване на медицинска помощ при извънредни ситуации, аварии и катастрофи).

Според мотивите на законопроекта целта на уредбата е „създаване на допълнителен механизъм за финансиране на структури, които са от ключово значение за достъпа до медицинска помощ в отдалечени, труднодостъпни райони“, като е отчетена „невъзможността на част от лечебните заведения за болнична помощ, в които държавата и общините са принципал, да постигнат необходимите нива на заплащане“. Посочено е, че „този инструмент постига и допълнителна цел, а именно – предметът и обхватът на националните рамкови договори не предвиждат механизми за провеждане на регионална здравна политика по осигуряване на достъп на

здравноосигурени лица от отдалечени, труднодостъпни и населени места с недостатъчен или липса на изпълнители на дейности по договори с НЗОК“. Казано иначе, оспореният закон има за цел да обезпечи лечебните заведения, които са разположени в труднодостъпни и/или отдалечени райони или които единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината, с медицински специалисти чрез осигуряване на средства за техните възнаграждения. Тази цел кореспондира с предвидения в чл. 59в, т. 1 ЗЗО критерий за „достъпност и качество на медицинската помощ“, а именно „обезпеченост на лечебното заведение [...] с медицински специалисти на основен трудов договор“.

Понятията „труднодостъпен район“ и „отдалечен район“ (в контекста на местоположението на лечебните заведения) имат легална дефиниция, която се съдържа в ЗЛЗ. Според §1, т. 5 от ДР на ЗЛЗ „труднодостъпен район“ е район с неблагоприятен географски терен – планински, полупланински и/или с неблагоприятна пътна инфраструктура и време за достъп до най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт, а според т. 6 „отдалечен район“ е район с отдалеченост от най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт.

Доколкото ЗЛЗ урежда „устройството и дейността на лечебните заведения в Република България“ (чл. 1 от закона), посочените легални дефиниции се отнасят и до оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО, която, макар и да е инкорпорирана в друг нормативен акт, се отнася именно до лечебни заведения, още повече че самият ЗЗО не дефинира тези понятия по различен начин.

Като се има предвид целта, с оглед на която е създадена оспорената законова уредба съобразно мотивите на законопроекта, предвиденото в нея

финансиране на медицинския персонал в посочените категории лечебни заведения е мярка, която трябва да се разглежда във връзка с необходимостта да се гарантира на гражданите равен достъп до болнична помощ. Тази цел има наднационално значение и поради това според чл. 12(b) от цитираното по-горе Общо коментарно становище №14 на Комитета по икономически, социални и културни права към ООН относно „Правото на най-високия достижим стандарт на здраве (член 12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права)“ от 11.08.2000 г. (E/C.12/2000/4) здравните заведения, стоки и услуги трябва да бъдат достъпни за всички, без дискриминация, в рамките на юрисдикцията на държавата. Конкретно е пояснено, че тази достъпност изисква и „физическа достъпност“, т.е. „здравните заведения, стоките и услугите трябва да бъдат на безопасно разстояние за всички групи от населението, особено за уязвимите или маргинализирани групи, като етническите малцинства и коренното население, жените, децата, юношите, възрастните хора, хората с увреждания и хората с ХИВ/СПИН. Достъпността също така предполага, че медицинските услуги и основните детерминанти на здравето, като безопасна и питейна вода и адекватни санитарни съоръжения, са на безопасно физическо разстояние, включително в селските райони“.

Осигуряването на равен достъп на гражданите до медицинска помощ като цел е залегнало и в Програмата до 2030 г. за устойчиво развитие на ООН (приета на 25.09.2015 г. в Ню Йорк), и по-конкретно в Цел 3: „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“. Още по-конкретно в Подцел 3.8 е предвидено: „Постигане на всеобщо здравно осигуряване, включително защита срещу финансов риск, достъп до качествени основни здравни услуги и достъп до безопасни, ефективни и качествени жизненоважни лекарства и ваксини за всички на достъпни цени“, а в Подцел 3.c: „Значително увеличаване на финансирането за здравеопазване и наемане, развитие, обучение и

задържане на работна сила в здравния сектор в развиващите се страни, особено в най-слабо развитите страни и малките островни развиващи се държави“.

Посочените цели за устойчиво развитие (ЦУР) са припознати и като цели на ЕС в Резолюция на Европейския парламент от 15 юни 2023 г. относно прилагането и изпълнението на целите за устойчиво развитие (2023/2010(INI)), като е потвърдено, че тези цели са „обща грижа за човечеството като цяло“, и е подчертано, че „в средата на срока за изпълнение на Програмата до 2030 г. водещата роля на ЕС в глобалното изпълнение на ЦУР продължава да бъде от решаващо значение и трябва да бъде убедително демонстрирана в още по-голяма степен“, както и е отчетена „необходимостта членовете на ЕС и Европейската комисия да насърчават съгласуваността на политиките и приобщаването на всички равнища на управление, като дават приоритет на ЦУР и ги включват във всички оценки на въздействието“.

Необходимостта от обезпечаване на медицински специалисти във връзка с достъпа на гражданите до медицинска помощ в отдалечени и труднодостъпни райони от страната е отчетена в Националния план за възстановяване и устойчивост на Република България (одобрен с Решение на Министерския съвет №203 от 2022 г. и съгласуван с решение на Съвета на ЕС от 04.05.2022 г.) – част 2.Г.3 „Здравеопазване“ и конкретно в Реформа 3: Подобряване на привлекателността на здравните професии и насърчаване на по-балансирано разпределение на здравните специалисти на територията на цялата страна, където е посочено: „Неравномерното разпределение на медицински специалисти и специалисти по здравни грижи в страната, както и недостига на лекари и медицински сестри в малките населени места и отдалечените региони, са сред основните проблеми пред ограничения достъп до медицинска помощ в страната. С реформата се цели решаване на този проблем, както и реформиране на сектора по отношение на развитието

на човешките ресурси и прилагането на реални мерки за задържането на кадри в системата на здравеопазването и професионалната им реализация в определени райони на страната“. Също така: „Разработена е процедура за осигуряване на финансови стимули за медицинските специалисти, които ще обслужват населението в отдалечените райони, чрез разкриване на индивидуални практики и създаване на оборудвани и обзаведени амбулатории за извън болнична помощ [...] Финансовите стимули ще се подсикуряват със средства от националния бюджет и европейските структурни фондове“. Подобряването на достъпа до здравни услуги и необходимостта от „справяне с недостига и неравномерното разпределение на здравните специалисти с цел повишаване на ефективността, достъпността и капацитета на системата на здравеопазване“ се съдържат и в посочената по-горе Препоръка на Съвета на ЕС от 8 юли 2025 година относно икономическата, социалната, трудовата, структурната и бюджетната политика на България (C/2025/3976).

Въз основа на изложеното Съдът намира, че предвид съдържанието и поставените от законодателя цели на оспорената законова уредба тя е насочена към защита на международно признатото и конституционно гарантираното право на достъпна медицинска помощ на тези граждани, които не трябва да бъдат поставени в по-неблагоприятно положение спрямо останалите граждани поради териториалната им връзка с определен район, който по причини, които стоят вън от тяхната воля и възможности, не е обезпечен със съответната здравна инфраструктура. Законодателната уредба, по силата на която лечебните заведения по преценка на законодателя имат правноорганизационната форма на търговци (чл. 3, ал. 1 ЗЛЗ), не е в състояние да се противопостави на конституционно гарантираното право на гражданите на достъпна медицинска помощ, което е неотменимо и което държавата е длъжна да гарантира. Именно в този смисъл, както е подчертано в Решение №8/1998 г. по к.д. №3/1998 г., с предвиждането в закон на условия и ред за заплащане на медицинска помощ по избор на пациента „в никакъв

случай не се отменят и не се накърняват основните конституционни права на гражданите, прокламирани с чл. 52, ал. 1 от Конституцията“. Следователно упражняването на това основно конституционно право не може да е поставено в зависимост от активността и интереса на частноправните субекти, на които държавата по своя преценка е предоставила правото да създават лечебни заведения, извършващи търговска дейност на собствен риск с цел реализиране на печалба. Макар и лечебните заведения да се създават и функционират под контрола на държавата и въз основа на преценка на потребностите на населението от медицинска помощ съгласно Националната здравна карта (чл. 37б, ал. 1, т. 1 ЗЛЗ), то е очевидно, че свободната стопанска инициатива на физическите и юридическите лица по чл. 19, ал. 1 от Конституцията не само обективно не е в състояние да осигури реализирането на правото на гражданите на здраве, но по смисъла на Конституцията не може да освободи държавата от изпълнението на задължението да гарантира това право при условията на равнопоставеност на правоимащите. Именно по тази причина държавата не само може, но и от гледна точка на Основния закон е длъжна да предприеме такива мерки, с които да гарантира на всички свои граждани достъпна медицинска помощ, когато свободният пазар и конкуренцията не могат да обезпечат такава в едни или други части на страната, респ. по отношение на една или друга специфична потребност от здравна грижа.

Следва също така да се има предвид, че за разлика от правото на гражданите на достъпна медицинска помощ, което е неотменимо (чл. 57, ал. 1 от Конституцията), правото на свободна стопанска инициатива няма абсолютен характер и Основният закон допуска неговото ограничаване с оглед необходимостта да се защитят други конституционни ценности (Решение №6/1997 г. по к.д. №32/1996 г.; Решение №8/2023 г. по к.д. №21/2022 г.). Според практиката на Съда конкретно „народното здраве“ е ценност, за защитата на която „може да бъде ограничавано упражняването на редица права и свободи“ (Решение №10/2020 г. по к.д. №7/2020 г.). От

тази гледна точка правото на достъпна медицинска помощ представлява легитимно основание за ограничаване на свободната стопанска инициатива, но обратното не е вярно – свободната стопанска инициатива не може да оправдае каквото и да е ограничение на това основно право, нито да обуслови освобождаване на държавата от задължението да го гарантира.

Необходимостта държавата да предприема активни действия, с които да преодолее географски и икономически обусловеното неравенство на гражданите от различните части на страната от гледна точка на достъпа им до медицинска помощ, на общо основание следва и от разпоредбата на чл. 20 от Конституцията, която задължава държавата да създава условия за балансирано развитие на отделните райони на страната. В същия смисъл и чл. 174 ДФЕС предвижда, че за да насърчи цялостното си хармонично развитие, Съюзът трябва да разработва и осъществява инициативи, които водят до укрепването на неговото икономическо, социално и териториално сближаване, във връзка с което Съюзът има за цел намаляването на неравенството между нивата на развитие на различните региони и изостаналостта на най-необлагодетелстваните региони, като 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.

Що се отнася до лечебните заведения, които „единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината“ (чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а), предл. 2 ЗЗО), съобразно посоченото в мотивите на законопроекта същите са определени от законодателя като „структури, които са от ключово значение за достъпа до медицинска помощ“, доколкото тяхното съществуване и функциониране е обуславящо за реализация на конституционното право на гражданите на достъпна медицинска помощ (чл. 52, ал. 1 от Конституцията). Достъпната медицинска помощ, както вече беше посочено, има и физическо измерение, изискващо „безопасно разстояние“

до лечебните заведения, още повече като се има предвид, че тази помощ обхваща и спешни състояния, изискващи животоспасяваща неотложност на медицинската грижа. В този смисъл според чл. 81, ал. 2, т. 1 ЗЗ, първият принцип, въз основа на който се осъществява правото на достъпна медицинска помощ, е своевременността. Именно във връзка с това разпоредбата на чл. 82, ал. 1, т. 1 ЗЗ предвижда, че медицинската помощ при спешни състояния е извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани, т.е. финансира се от държавния бюджет, тъй като осигуряването на тази помощ непосредствено гарантира най-висшата човешка ценност – живота.

Като се има предвид изложеното, Съдът намира, че предвиденото в оспорената уредба финансиране на осигуряването на медицински персонал в лечебни заведения, които единствени осигуряват болнична помощ в съответната община, е мярка, насочена към обезпечаване на произтичащо от Основния закон задължение на държавата да закриля здравето на гражданите и да им осигури достъпна медицинска помощ, с което те да не бъдат поставени в по-неблагоприятно положение в сравнение с останалите граждани по отношение на дължимите от държавата гаранции на правото им на здраве, респ. на живот. От тази гледна точка финансирането на медицинския персонал в тези лечебни заведения трябва да се разглежда на същата плоскост, на която се намира и въпросът за осигуреното такова финансиране на лечебните заведения в труднодостъпни и/или отдалечени райони. Именно защото държавата има конституционното задължение да гарантира правото на гражданите на достъпна медицинска помощ, разпоредбата на чл. 52, ал. 2 от Конституцията предвижда, че здравеопазването на гражданите се финансира и от държавния бюджет.

По отношение на твърдяното от вносителя противоречие с чл. 19 от Конституцията във връзка с правото на ЕС Съдът не споделя поддържаното от него, според което оспорената законова уредба нарушава правилата на

правото на ЕС, забраняващи всяка помощ от държава членка, която нарушава или заплашва да наруши конкуренцията чрез поставяне в по-благоприятно положение на определени предприятия (чл. 107 ДФЕС). Следва отново да се обърне внимание, че според чл. 168, ал. 7 ДФЕС „действията на Съюза са съобразени изцяло с отговорностите на държавите-членки що се отнася до определянето на тяхната здравна политика, както и в организирането и предоставянето на здравни услуги и медицински грижи. Отговорностите на държавите-членки включват управлението на здравните услуги и медицинските грижи, както и разпределянето на ресурсите, които са им предоставени“. Следователно начинът, по който държавата обезпечавя правото на достъпна медицинска помощ на гражданите, до голяма степен е въпрос на национална здравна политика, чието съдържание се преценява по целесъобразност в съответствие с принципите и разпоредбите на Конституцията (Решение №10/2012 г. по к.д. №15/2011 г.; Решение №3/2016 г. по к.д. №6/2015 г.). В този смисъл и в т. 23 от Известие на Комисията относно понятието за държавна помощ, посочено в член 107, параграф 1 от Договора за функционирането на Европейския съюз (2016/С 262/01) е обърнато внимание, че в Съюза системите на здравеопазване се различават значително в отделните държави членки, и дали и до каква степен различните доставчици на здравни грижи се конкурират помежду си, до голяма степен зависи от особеностите на националната уредба. Също така и в съображение 6 от Регламент (ЕС) 2021/522 на Европейския парламент и на Съвета от 24.03.2021 г. за създаване на програма за действията на Съюза в областта на здравето (програма „ЕС в подкрепа на здравето“) за периода 2021 – 2027 г. и за отмяна на Регламент (ЕС) №282/2014 е подчертано, че „държавите членки носят отговорност за своите здравни политики“. Същевременно Съдът обръща внимание, че при определяне на националната здравна политика следва да се отчита преди всичко произтичащото от Основния закон задължение на държавата да гарантира на гражданите достъпна медицинска помощ, във връзка с което

„здравеопазването на гражданите“ се финансира и от държавния бюджет (чл. 52, ал. 2 от Конституцията).

Като се има предвид изложеното, Съдът намира, че оспорената законова уредба не противоречи на конституционното изискване за осигуряване на еднакви условия за стопанска дейност по чл. 19, ал. 2 от Основния закон, включително при тълкуването му в съответствие с чл. 107 ДФЕС, определящ като несъвместима с вътрешния пазар „всяка помощ, предоставена от държава-членка или чрез ресурси на държава-членка, под каквато и да било форма, която нарушава или заплашва да наруши конкуренцията чрез поставяне в по-благоприятно положение на определени предприятия или производството на някои стоки, доколкото засяга търговията между държавите-членки“. Това е така, тъй като поставянето в по-благоприятно положение на конкуриращи се субекти логически предполага конкуренцията между тях да се развива при еднакви или съпоставими условия, при което държавата не може да поставя някои от тях в по-благоприятно положение чрез предоставяне на помощ под една или друга форма. Казано по друг начин, както според правото на ЕС, така и по смисъла на Конституцията правилата за конкуренцията не позволяват юридически равните да станат фактически неравни в резултат на по-благоприятно третиране на някои от тях от страна на държавата. Във връзка с това Съдът многократно е подчертавал в практиката си, че „в правовата държава повелата за равно третиране задължава нормотвореца да урежда подобните случаи по еднакъв начин, а различните – различно, така щото да бъде осигурено юридическото равенство“ (Решение №1/2005 г. по к.д. №8/2004 г.; Решение №11/2010 г. по к.д. №13/2010 г.; Решение №10/2022 г. по к.д. №21/2021 г.; Решение №4/2021 г. по к.д. №1/2021 г.; Решение №9/2023 г. по к.д. №4/2023 г.).

Именно в горепосочения смисъл принципът на равенство пред закона е уреден и в правото на ЕС (чл. 20 и чл. 21 ХОПЕС), както и е развит в

практиката на Съда на ЕС. Според нея „различното третиране на несравними положения не води автоматично до извода, че е налице дискриминация. Следователно привидната дискриминация по форма може в действителност да съответства на липса на дискриминация по същество. Дискриминацията по същество би се състояла в това сходни положения да се третират различно или различни положения – еднакво“ (Решение на Съда от 17 юли 1963 г. по дело 13/63). В практиката на СЕС е утвърдено разбирането, че принципът за равно третиране като общ принцип на правото на Съюза, предвиден в членове 20 и 21 ХОПЕС, изисква да не се третират по различен начин сходни положения и да не се третират еднакво различни положения, освен ако такова третиране не е обективно обосновано (Решение (Голям състав) от 10 януари 2006 г. по дело C-344/04; Решение от 10 януари 2006 г. по дело C-344/04; Решение от 3 май 2007 г. по дело C-303/05; Решение от 14 септември 2010 година по дело C-550/07; Решение (Голям състав) от 3 май 2007 година по дело C-303/05; Решение (Голям състав) от 16 декември 2008 година по дело C-127/07; Решение от 12 ноември 2014 година по дело C-580/12). В Решение от 13 декември 1984 г. по дело C-106/83 изрично е акцентирано, че от забраната сравними ситуации да се третират по различен начин, а различни ситуации да се третират по един и същ начин, освен ако подобно третиране е обективно обосновано, следва, че „различните елементи на общата организация на пазарите, като защитни мерки, субсидии, помощи и други, не могат да бъдат диференцирани по региони или по други фактори, засягащи производството или потреблението, освен въз основа на обективни критерии, които гарантират пропорционално разпределение на предимствата и недостатъците за заинтересованите лица, без разграничение между териториите на държавите членки“. В този смисъл и практиката на Конституционния съд приема, че „[м]ногообразието и спецификата на различните стопански сфери предполага необходимост от различни правни режими за ефикасно осъществяване на съответстващите им различни дейности. [...] Така

конституционното правило на чл. 19, ал. 2, според което законът създава и гарантира на всички граждани и юридически лица еднакви правни условия за стопанска дейност не е абсолютно. То има предвид еднакви правни условия за всички стопански и правни субекти, осъществяващи еднакви или сходни дейности в определена сфера, но не непременно еднаквост между всичките многообразни стопански сфери. Съображения за целесъобразност, както и наличието на потребност от постигането на обществено приоритетни и значими цели [...] допускат различия в законодателните решения, без това да противоречи на конституционния принцип по чл. 19, ал. 2“ (Решение №5/2002 г. по к.д. №5/2002 г.).

Като се има предвид посоченото, Съдът намира, че оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО не противоречи на чл. 19 от Конституцията, тълкуван в съответствие с чл. 107 ДФЕС, тъй като не поставя в по-благоприятно положение съответната категория лечебни заведения, до които се отнася (извършващи медицински дейности в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони или единствени изпълняващи съответната дейност на територията на общината), спрямо останалите лечебни заведения, извършващи медицинска дейност на територията на страната, тъй като едните и другите не се намират в еднакво или сходно положение. По същество оспореният закон е насочен да гарантира правото на достъпна медицинска помощ на гражданите от райони, които обективно не разполагат с такава по причини от географски и инфраструктурен характер. Така законът не само не създава неравенство, но напротив, предназначен е именно да преодолее неравенството по отношение на достъпа до болнична помощ за гражданите от различните региони на страната. В противен случай формалната юридическа равнопоставеност на гражданите, прокламирана в Основния закон, по отношение на достъпната медицинска помощ би била компрометирана поради различното фактическо положение, в което се намират гражданите от различните населени места и

региони, включително защото държавата не е изпълнила задължението си да осигури балансирано развитие на отделните райони на страната съобразно чл. 20 от Конституцията. Проблемът е в необходимостта държавата да гарантира заплащане на адекватно възнаграждение на труда на медицинските специалисти, които работят в лечебни заведения за болнична помощ, извършващи медицински дейности в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони или единствени изпълняващи съответната дейност на територията на общината.

Въз основа на изложеното Съдът намира, че предвиденото в оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО финансиране на осигуряването на медицински персонал в лечебни заведения, които извършват медицински дейности в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони или единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината, не противоречи на Основния закон, тъй като тази уредба е насочена да обезпечи конституционното право на здраве на гражданите чрез осигуряване на равен достъп до болнична помощ, без да се нарушава конституционното изискване за равни условия на стопанска дейност, разглеждано в контекста на относимата уредба в правото на ЕС. Като се има предвид националната правна уредба относно организирането и предоставянето на здравни грижи, абсолютизирането на забраната за оказване на държавна помощ на лечебните заведения не само би било несъответно на Основния закон, но и би обусловило крайно несъстоятелната от житейска и правна гледна точка невъзможност държавата да осигурява финансиране и на лечебните заведения, създадени от нея (възможност, с която тя разполага на общо основание и която изрично е закрепена в чл. 4, ал. 1 ЗЛЗ), включително на лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, които са от съществено значение за задоволяване на някои специфични здравни потребности, по отношение на които законодателят е преценил за необходимо да останат ангажимент на самата държава – центровете за

спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, центровете за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания и др.

По изложените съображения Съдът намира, че оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО не противоречи на Основния закон.

Относно разпоредбата на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. б) ЗЗО

Оспорената разпоредба предвижда, че националните рамкови договори за медицинските и за денталните дейности трябва да съдържат методика за финансиране на осигуряването на медицински персонал в лечебните заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а ЗЗО, т.е. в приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ, които осигуряват достъп до дейности от пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК, критериите за класифицирането на които се определят в наредба на Министерския съвет, приета на основание чл. 81, ал. 3 ЗЗ.

Като замисъл на законодателя според мотивите на законопроекта посочените многопрофилни лечебни заведения са от „критично значение за осигуряване на комплексност на лечението“ и трябва да разполагат със съответен „минимален обем структури, които да поемат тежки и усложнени случаи, независимо от вида на собствеността им“. Като неизчерпателни критерии за такива лечебни заведения са посочени структури като спешно отделение, отделение или клиника за интензивно лечение с второ или трето ниво на компетентност по стандарт за анестезиология и интензивно лечение, отделение или клиника по кардиология с възможност за лечение на остри състояния на сърдечносъдовата система, отделение или клиника по неврология с възможност за лечение на остри съдови състояния на нервната система, отделение или клиника по хемодиализа и др.

Критериите, на които следва да отговарят тези многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ, са уредени в чл. 34 от Наредбата за

осъществяване правото на достъп до медицинска помощ (приета с Постановление на Министерския съвет №119 от 22.05.2006 г., обн. ДВ, бр. 45 от 02.06.2006 г., в сила от 02.06.2006 г., посл. изм. и доп. бр. 15 от 20.02.2024 г.). Същевременно в чл. 45, ал. 1 ЗЗО са посочени изчерпателно видовете медицинска помощ, за чието оказване заплаща НЗОК.

Анализът на оспорената законова уредба показва, че тя се отнася не изобщо до всички многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ, а само до такива, които осигуряват спешна помощ, както и лечение на тежки и усложнени клинични случаи в определени области на медицината. Макар и поначало съдържанието на подзаконовата уредба да е без значение при извършване на преценка за конституционносъобразност на закона, Съдът обръща внимание, че според чл. 34, т. 6, б. д) и т. 7, б. а) от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, един от критериите, на които трябва да отговарят лечебните заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а ЗЗО, е наличието на структура/структури, които са единствени за съответния район за планиране (статистически райони NUTS-2) съгласно чл. 4, ал. 3 от Закона за регионалното развитие и/или осъществяват дейност по клинични пътеки и клиничните процедури, за които са единствен изпълнител на същата територия. Този критерий по естеството си е свързан с осигуряване на равен достъп до медицинска помощ на гражданите от всички райони на страната.

Аналогично на изложеното по-горе по отношение на лечебните заведения, попадащи в приложното поле на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. а) ЗЗО, Съдът намира, че разглежданата законова уредба е предназначена да осигури реализацията на конституционно гарантираното право на здраве на гражданите чрез достъпна и качествена медицинска помощ като принцип, на който се основава опазването на здравето на гражданите като задължение на държавата съгласно чл. 2, т. 2 ЗЗ. Съдът отново обръща внимание, че макар и държавата да разполага с дискреция относно определянето на националната здравна политика и на това основание може по своя преценка

да възлага оказването на медицинска помощ на частноправни субекти (физически и юридически лица), които да осъществяват тази дейност на собствен риск и за собствена сметка с цел реализиране на печалба, тя остава задължена да създаде гаранции за реализиране на конституционното право на здраве на гражданите, вкл. чрез финансиране на здравеопазването от държавния бюджет (чл. 52, ал. 2 от Конституцията). От тази гледна точка достъпът до качествена здравна грижа не може да е предоставен само на свободния пазар и на конкуренцията, а изисква и активни действия от страна на държавата. Именно защото дейността на болничните заведения е предназначена да обезпечи висши конституционни ценности – живота и здравето на гражданите, държавният контрол върху дейността на всички здравни заведения е въздигнат в конституционен принцип (чл. 52, ал. 5 от Конституцията). Във връзка с това Съдът отново подчертава, че „медицинската помощ е регулирана от държавата дейност“, както изрично е прието в Решение №9/2010 г. по к.д. №4/2010 г. В същия контекст и в Решение №8/2012 г. по к.д. №16/2011 г. е обърнато внимание, че „държавното управление върху здравето осигуряване има изключително важно значение. То е държавна дейност и служи за удовлетворяване на основно право на гражданите“.

Като се има предвид изложеното, Съдът намира, че оспорената законова уредба, предназначена да осигури заплащането на медицинските специалисти в определена категория лечебни заведения за болнична помощ, които са от обуславящо значение за осигуряване на специализирана медицинска помощ, е насочена към постигане на легитимна цел от конституционен ранг, каквато е гарантирането на правото на здраве на гражданите, което по смисъла на Основния закон е задължение на държавата. Аналогично на изложеното по-горе, тази уредба не поставя една категория лечебни заведения за болнична помощ в „по-благоприятно положение“ по смисъла на чл. 107 ДФЕС, тъй като третира еднакво всички,

които отговарят на предвидени критерии в законовата и подзаконовата нормативна уредба, независимо от формата на собствеността им. Обратно, принципът на равнопоставеност би бил нарушен, ако всички лечебни заведения за болнична помощ, независимо от тяхната структура и предмет на дейност, т.е. независимо от възможността им да отговорят на потребностите от навременна и специализирана в определени области медицинска помощ, биха получили гарантирано финансиране от държавния бюджет за осигуряване на медицинския персонал в тях. От тази гледна точка оспореният закон не третира различно еднаквите, а напротив – изхождайки от еднаквостта в положението на лечебни заведения за болнична помощ, отговарящи на нормативно установени критерии за възможността да се осигури определен стандарт на медицинска помощ, обезпечава по еднакъв начин финансирането на осигуряването на медицинския персонал в тях, за да реализира основно право на гражданите.

Съдът не споделя поддържаното от вносителя, според което препращането към подзаконова нормативна уредба относно критериите, на които трябва да отговарят лечебните заведения по чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. б) ЗЗО, обуславя противоречие с Конституцията предвид възможността този подзаконов нормативен акт да бъде изменен „във всеки един момент“. По същество по този начин сезиращият съд излага твърдение за нарушаване на принципа на правовата държава предвид допускане на произвол като „нарушение на обективен критерий като мащаб за справедливост“ (Решение №1/2005 г. по к.д. №8/2004 г.; Решение №4/2019 г. по к.д. №15/2018 г.; Решение №4/2020 г. по к.д. №9/2019 г.). В разглеждания случай възможност за такъв произвол не е налице, доколкото за част от относимите критерии уредбата се съдържа в самия закон (изискването съответните многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ да осигуряват достъп до дейности от пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК, т.е. посочените в чл. 45, ал. 1 ЗЗО видове медицинска помощ), а по отношение

на критериите за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а законът поставя изискване за определянето им в подзаконова нормативна уредба, която на общо основание трябва да съдържа правила за поведение, приложими към индивидуално неопределен кръг субекти и предназначени за нееднократно действие (чл. 1а от Закона за нормативните актове; ЗНА), както и да съответства на Конституцията и на другите нормативни актове от по-висока степен (чл. 15, ал. 1 ЗНА). Гаранция за изпълнението на тези изисквания е възможността за съдебен контрол по отношение на подзаконовите нормативни актове (чл. 120, ал. 2 от Конституцията и чл. 185 от Административнопроцесуалния кодекс). Оспорената законова уредба въвежда специално правило по отношение на определена категория лечебни заведения за болнична помощ, предвиждайки гарантирано от държавата финансиране за осигуряване на медицинските специалисти в тях въз основа на нормативно установени критерии, и тя е съобразена с практиката на Конституционния съд, според която „в съгласие с чл. 4, ал. 1 от Конституцията трябва случаите, обхванати от изключението да имат детерминиращата ги специфика и тя да е точно и ясно определена, за да не създава двусмислие, съмнения и неопределеност“ (Решение №12/2013 г. по к.д. №9/2013 г.). Същевременно избраният от законодателя подход е съобразен със спецификите на регулираните обществени отношения и конкретно със срочния характер на националните рамкови договори, за които се отнася оспорената разпоредба. Според чл. 53, ал. 2 ЗЗО националните рамкови договори за медицинските и за денталните дейности се приемат за срок от три години. Предвиждането с подзаконов нормативен акт да се определят критериите, на които трябва да отговарят лечебните заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а ЗЗО, за да получат финансиране за осигуряване на медицински персонал в тях, отчита необходимостта тази уредба да е гъвкава и съобразена със „здравното състояние и здравните потребности на гражданите, здравно-демографските

тенденции и ресурсните възможности на националната система за здравеопазване“, т.е. с факторите, които съгласно чл. 3, ал. 4 ЗЗ определят държавната здравна политика.

По изложените съображения Конституционният съд намира, че оспорената разпоредба на чл. 55, ал. 2, т. 3в, б. б) ЗЗО не противоречи на Основния закон.

Воден от горното и на основание чл. 149, ал. 1, т. 2, предл. първо от Конституцията, Конституционният съд

Р Е Ш И:

ОТХВЪРЛЯ искането на тричленен състав на Трето отделение на Върховния административен съд, Първа колегия, за установяване на противоконституционност на разпоредбите на чл. 55, ал. 2, т. 3б и 3в от Закона за здравното осигуряване (обн. ДВ, бр. 70 от 1998 г., посл. изм. и доп. ДВ, бр. 64 от 2025 г.).

Председател:

Павлина Панова