



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД

---

**РЕШЕНИЕ № 8**

София, 28 юни 2016 г.

Конституционният съд в състав:

Председател: Борис Велчев

Членове: Цанка Цанкова

Стефка Стоева

Румен Ненков

Кети Маркова

Георги Ангелов

Анастас Анастасов

Гроздан Илиев

Мариана Карагъзова-Финкова

Константин Пенчев

Филип Димитров

Таня Райковска

при участието на секретар-протоколита Кристина Енчева разгледа в закрито заседание на 28 юни 2016 г. конституционно дело № 9/2015 г., докладвано от съдията Георги Ангелов.

Постъпило е искане от 57 народни представители от 43-то Народно събрание за установяване на противоконституционност, несъответствие с общопризнати норми на международното право и с международни договори, по които България е страна на чл. 34а и чл. 37а от Закона за лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 62/99 г., посл. изм. ДВ, бр.95/15 г.; ЗЛЗ).

Производството е по чл. 149, ал. 1, т. 2 и т. 4 от Конституцията.

С определение от 19 януари 2016 г. на Конституционния съд искането е допуснато за разглеждане по същество.

100

В искането се твърди, че чл. 34а ЗЛЗ противоречи на чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България относно конституционно определения вид нормативен акт за регулация на здравното осигуряване и относно достъпността на медицинската помощ. Според вносителите, законовият текст противоречи също на задължението на българската държава по чл. 12, т. 2 от Международния пакт за икономически, социални и културни права, и на правото на всеки по чл. 11 от Европейската социална харта (ревизирана), да се ползва от мерки, съдействащи му да постигне възможно най-добро здравословно състояние.

Твърди се и че чл. 37а ЗЛЗ противоречи на установените съответно в чл. 19, ал. 1, 2 и 3 от Конституцията свобода на стопанската инициатива, еднакви правни условия за стопанска дейност и закрила на инвестициите.

От конституираните заинтересувани страни Министерският съвет и министърът на здравеопазването считат оспорването за неоснователно; "Национално сдружение на частните болници", Националната организация на частните болници, Центърът за защита на правата в здравеопазването и "Българска асоциация за закрила на пациентите" намират, че е основателно; Българският лекарски съюз не е изразил конкретно мнение по основателността на оспорването, останалите страни не са представили становища.

След като прецени доводите в искането и в становищата на страните, Конституционният съд намира следното:

Процесът на конституционализиране на политиките, особено през последните няколко десетилетия на нарастваща значимост на правата и свободите на индивида, намира опора в конституционната доктрина и бележи конституционната практика на демократичните държави. Действащата българска Конституция от 1991г. , като фундамент на прехода към ценностите и принципите на конституционната демокрация и конституционната правова държава, се вписва изцяло в този процес. Наред с политиката на отбрана и сигурност, на вътрешния ред, на социалната и

107

икономическата политика, националната здравна политика е закрепена на конституционно ниво чрез изричното предвиждане на задължение за държавата да гарантира живота на личността и да закриля здравето на гражданите.

Националната здравна политика като философия, принципите на които се основава и провежда, изграждането, ръководството и осъществяването на контрол в националната здравна система са все въпроси предмет на първична уредба преди всичко от Закона за здравето (ЗЗ). Като ключова и комплексна част на националната здравна система, в съответствие с изискването на чл. 3 от Закона за нормативните актове (ЗНА), лечебните заведения са уредени в отделен закон - Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ). За разлика от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), който урежда реда и условията за упражняване на конституционното право на гражданите по чл.52, ал.1 от Конституцията, ЗЛЗ урежда обществените отношения по осъществяването на здравната политика, свързани по-специално с изграждането и функционирането на лечебните заведения като изпълнители на медицински дейности. Самият ЗЛЗ си служи с термини, обозначаващи управленски функции в здравеопазването и изрично говори за национална здравна политика. Предмет на неговата уредба са преди всичко редът и условията на изграждане и функциониране на лечебните заведения, в качеството им на един от основните елементи на националната здравна структура. Тази уредба поставя акцент върху лечебните заведения като субекти разходващи публичен ресурс, а не като действащи на свободния пазар изпълнители на медицински дейности.

Именно ангажиментът на държавата по чл.4, ал.2 и чл.52, ал.3 и ал.5 от Конституцията е този контекст, в който следва да се преценява разпределението на компететността между законодателната и изпълнителната власт за нейното провеждане, както и предвидените от ЗЛЗ механизми за разпределение на публичния ресурс за здраве.

102

Както се вижда от изложеното по-горе, непосредствената конституционна опора на ЗЛЗ са разпоредбите на чл.4, ал.2 и чл.52, ал.3 и ал.5 от Конституцията, визиращи формирането и осъществяването на здравната политика като задължение на държавата, за разлика от чл.52, ал.1 от Конституцията, който е пряко свързан с реализирането на „правото на здраве“. Това е важно да се подчертае, тъй като няма конституционна разпоредба, която изрично да възлага единствено на законодателя да уреди материята относно реда и условията за финансиране на лечебните заведения, като част от националната здравната политика.

Осъществяването на националната здравна политика, както всяка друга държавна политика, предполага приемането на закони, които са основните правни лостове за държавно въздействие върху социалните процеси за постигане на конституционно дефинираните цели на обществото. Определянето на философията и съдържанието на националните политики е възложено на политическото представителство. Макар и представителното учреждение да е „неограничен творец“, законодателната власт с която то разполага е неограничена, само доколкото не навлиза в компетентността на други държавни органи съобразно принципа на разделение на властите. Съгласно последователната практика на КС, принципът на разделение на властите, прокламиран в чл.8 от Конституцията, има смисъла на сътрудничество, полагане на общи усилия от органите на държавна власт в постигането на легитимните цели на държавното управление. Това означава, че законодателят следва да дава такава регулация, която очертава общия план на уредбата и да остави достатъчно пространство на изпълнителната власт да я попълни.

Важно е също да се отчете, че за осъществяването на реформи в един или друг сектор на политиката е добре да бъдат използвани правни инструменти, които да се създават и променят по много по - облекчена процедура в сравнение със законодателната, което позволява да бъде

отразявана динамиката на обществените потребности. Освен това, върху актовете на правителството и неговите членове има конституционно предвиден съдебен контрол (чл.120, ал.2; чл.125 от Конституцията), което гарантира спазването на принципа на върховенство на правото, установен в чл.4, ал. 1 от Конституцията. Важно е да се отбележи, че управление на публичен ресурс, какъвто е целевият здравноосигурителен фонд, изисква носене на социална и политическа отговорност. Отговорността на изпълнителната власт, и по - специално политическата отговорност на МС, може да се реализира по всяко време чрез способности и механизми, предвидени на конституционно ниво, за разлика от отговорността на политическото представителство, която се реализира периодично с акта на избор.

В контекста на модерния рационализиран парламентаризъм, политическото представителство е това, което със закон определя принципите, съдържанието и насоките на една или друга държавна политика. Правителството обаче е не просто придатък на законодателното учреждение, не е само инструмент за изпълнение на неговите решения. Съгласно чл.105 от Конституцията, Министерският съвет „ръководи и осъществява вътрешната и външната политика на страната в съответствие с Конституцията и законите.”

Както Конституцията, така и Законът за нормативните актове съдържат разпоредби, имащи отношение към разпределението на нормотворческите функции на парламента и изпълнителната власт, като законодателната власт е възложена на политическото представителство - парламента (62,ал.1 от Конституцията), но при активно упражнявана законодателна инициатива от правителството (чл.87, ал.1 и ал.2 от Конституцията). Правителството е, което ръководи и осъществява държавното управление, на основата и в изпълнение на общите правила установени от законодателя, като изборът на подход е оставен на преценката на изпълнителната власт. Критериите за това, коя материя би

101

следвало да бъде уредена със закон се съдържат в ЗНА, наред с изричното конституционно възлагане за законодателна уредба на редица обществени отношения. В решение №11 от 2010г. КС принципно очертава разграничителната линия между основанието и обхвата на законова и подзаконова уредба. Като посочва, че конституционният законодател не е възприел института на делегирано законодателство, при определяне „конкретните параметри на балансите във властта”, Съдът подчертава, че принципът на правова държава изисква не само, когато естеството на материята налага уредба със закон, това да се извършва единствено от законодателя, но и че еднакво изисква ”материята, която не се нуждае от законодателна уредба, ще трябва да се уреди с подзаконов акт.” Конституционният съд се позовава на чл.3 ЗНА, като подчертава, че предмет на законовата уредба следва да бъдат „отношения, които се поддават на трайна уредба”, докато за уреждането на другите отношения по тази материя законът може да предвиди да се издаде подзаконов акт.

Изпълнението на задължението на държавата да формира и осъществява такава здравна политика, че да осигури еднакъв достъп на всички до медицински грижи е динамична материя, която налага непрекъснато балансиране между краткосрочни и дългосрочни интереси на участниците в здравното осигуряване. Тази политика се осъществява в условията на ограничен публичен финансов ресурс и трудно може да бъде подложена на трайна уредба. Поради това естество на регулираните обществени отношения и като следва изискването за справедливост, разбирана като равнопоставеност, законодателят задава основополагащия стандарт за разпределение на публичните средства за лечение – леглата за болнична помощ по вид и нива на компетентност на медицинските дейности. Същевременно, той предоставя на изпълнителната власт със свой акт да уреди критериите и реда за поддържане на равновесието на интересите при гарантиране на здравето на хората като публично благо.

1005

Оспорената разпоредба на чл. 34а ЗЛЗ не урежда въпроси на здравното осигуряване и по отношение на нея не се разпростира изискването на чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Предвид изложеното Съдът приема, че с чл.34а ЗЛЗ не се „делегира“ власт на МС да урежда с подзаконов акт материя, резервирана за законодателна уредба, поради което разпоредбата на чл.34 а ЗЛЗ не противоречи на чл. 4, ал. 1 и чл. 52, ал. 1 от Конституцията.

Тя не противоречи и на чл. 19, ал. 3 от Конституцията по следните съображения:

Задължението на държавата по чл.4, ал.2 и чл. 52, ал.3 и ал.5 от Конституцията е в корелация с „правото на здраве“ на гражданите, уредено по специфичен начин в чл.52, ал.1 от Конституцията като право на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, и безплатно ползване на медицинско обслужване. Това право е в основата на дейностите по осъществяване на държавната здравна политика и има приоритет пред икономическите съображения за ефективност на здравните грижи и минимизиране на разходите. В цитираните конституционни текстове ясно може да бъде разчетено признаването на здравето на хората като публично благо – цел на националната здравна политика.

Публичното благо се характеризира с това, че от ползването му не може да бъде изключен никой. То няма конкурентна природа и всеки се ползва от него едновременно с неограничен брой други индивиди, като това не зависи от размера на техния принос за това благо. Пазарните сили сами по себе си не винаги осигуряват предоставяне на достатъчно публични блага, поради което се налага те да бъдат осигурени с други средства, включително и с държавна намеса.

При изпълнението на своето задължение по чл. 52, ал. 3 от Конституцията държавата разполага с публичен ресурс, който е по правило ограничен. Лимитираният финансов ресурс за здраве налага оптимизиране

106

на разпределението и разходването на наличните средства в провеждането на здравната политика.

Свободният пазар не е в състояние сам да разреши противоречията между интересите на изпълнителите на медицински дейности и държавата, която е длъжна да провежда национална здравна политика с ограничен публичен финансов ресурс. Закрилата на здравето на гражданите като публично благо, чрез осигуряване на равнопоставен достъп до медицински дейности е без съмнение легитимната, конституционно дефинирана цел на ЗЛЗ. Пазарът не може да отговори на социалната потребност от справедливост при осъществяване закрилата на здравето като публично благо. Това предполага интервенция на държавата. Предвидената с разпоредбата на чл.34а от ЗЛЗ възможност за РЗОК да избират с кои лечебни заведения да сключват договори в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности от брой легла по видове, определени с Националната здравна карта, не ограничава свободата на избор на пациентите относно изпълнителите на здравни услуги и не води до неравно третиране на стопанските субекти, до нарушаване на конкурентното начало и до отпадане на достатъчен мотив за инвестиции. Обратното твърдение се основава на идеализирането на свободния пазар, на пренебрегването на социалните детерминанти на този избор и не отчита качеството на здравето като публично благо. То пренебрегва и спецификата на пазара на медицински дейности.

Икономическата свобода не е абсолютна и тя отстъпва пред необходимостта да се осигури, в условията на ограничен публичен ресурс, постигането на приоритетната цел в здравеопазването – гарантиране на живота и закрила на здравето на гражданите. Държавната интервенция тук е не само конституционно търпима, тя е обществено потребна и социално оправдана от легитимната цел на закона. Освен това, предвидената в чл.34а ЗЛЗ възможност за държавна намеса е ограничена във времето и пространството – законът предвижда възможност за актуализация на



107

националната здравна карта и не създава ограничения за инвестиции в областите, в които потребностите от здравни услуги не са задоволени. Сумарният ефект от тази държавна намеса е насърчаване на конкуренцията между изпълнителите на медицински дейности на територията на цялата страна и осигуряване на еднакви възможности за достъпна медицинска помощ на населението, при справедливо разпределение на разполагаемия публичен ресурс. Необходимо е да се подчертае и че актовете, с които се реализира тази държавна политика подлежат на съдебен контрол.

Произтичащите от оспорената уредба ограничения на конкуренцията са пропорционални на преследваната от закона легитимна цел – закрилата на здравето на хората и не нарушават чл. 19 от Конституцията.

Лечебните заведения, с които РЗОК няма да сключи договор, не са лишени от участие на специфичния пазар на медицински дейности, а участието им е само временно ограничено. При ограничен публичен финансов ресурс пределите на икономическата свобода могат да бъдат стеснени за определен период, без лечебните заведения да бъдат изцяло лишени от ползите, произтичащи от дейността им. Така се открива възможност за балансиране на потребността от справедливо предоставяне на медицински дейности за всички с интересите на лечебните заведения.

Икономическата свобода е съществена конституционна ценност. Конституционният законодател, обаче, без да я поставя под, извежда здравето на хората пред икономическата свобода – подход, който в конституционния текст е последователно приложен.

Такава е и постоянната практика на Конституционния съд. Така например, в Решение № 9 от 2003 година, съдът е приел, че ограниченията в откриването на аптеки са допустими, когато по този начин „се защитават по-висши конституционни ценности, като здравето на гражданите“. В същото решение съдът подчертава, че здравето на гражданите е по-висша конституционна ценност от „прокламираните в чл. 19, ал. 1 и ал. 2 от

Конституцията принцип на свободна стопанска инициатива и изискването за създаване и гарантиране на еднакви правни условия за стопанска дейност на правните субекти“. В Решения № 9 от 2010 година, Съдът е подчертал, че „въвеждането на критерии, на които трябва да отговарят лечебните заведения за болнична помощ, за да се включат в здравноосигурителната система е въпрос на управленска концепция и законодателна целесъобразност, които са извън обхвата на контрола за конституционосъобразност“. В решението се посочва и че „медицинската помощ е регулирана от държавата дейност“. Същата логика е залегнала и в основата на Решение № 1 от 2014 година, където се посочва, че „принципът по чл. 19, ал. 2 от Конституцията може да бъде ограничаван в своето прилагане“ и че „изискването правните субекти да имат еднакви правни условия за стопанска дейност търпи държавно регулиране“, чиито граници следва да бъдат „обективно необходими, ясно и безпротиворечиво очертани и да отговарят на критерий пропорционалност“. Този извод кореспондира и с разбирането, изразено в Решение № 6 от 1997 година, където съдът е приел, че „правото на свободна стопанска инициатива няма абсолютен характер“ и „не изключва принципите на държавно регулиране и на държавен контрол“. Същото разбиране дословно е потвърдено и в Решение № 14 от 1998 година.

Разпоредбата на чл. 34а ЗЛЗ не нарушава и международни договори, по които Република България е страна. Тя е напълно в съответствие с чл. 12, б. „г“ от Международния пакт за икономически, социални и културни права (МПИСКП). Като отчита непазарния характер на здравето и спецификата на пазара на медицински дейности, законодателят определя съответната на тази специфика държавна интервенция. Доколкото произтичат ограничения за изпълнителите на медицински дейности, тези ограничения не засягат правата на потребителите на медицински услуги, защото отговарят на основните изисквания, посочени в чл. 4 МПИСКП – те са предвидени в закон, ориентирани са към повишаване

109

благоденствието на обществото и осигуряват ефективно разходване на наличен публичен ресурс за здраве. В едно демократично общество, тези ограничения са легитимирани чрез създаването от тях условия за равнопоставен достъп на всеки гражданин до медицински грижи.

Съдът приема, че чл. 11 от Европейската социална харта (ЕСХ) няма отношение към лечебните заведения като изпълнители на медицински дейности. Акцентът е поставен върху съществена страна от националната здравна политика – превенция и промотиране на здравето, което обаче е извън обсега на Закона за лечебните заведения. По тази причина Съдът не обсъжда съответствието на чл.34а ЗЛЗ с посочения чл.11 от ЕСХ.

Изложените съображения за липса на противоречие на чл. 34а ЗЛЗ с разпоредбата на чл. 19 от Конституцията и с международните договори, по които Република България е страна, изцяло се отнасят и до оспорената разпоредба на чл. 37а ЗЛЗ.

Разпоредбите, съдържащи се в чл. 37а ЗЛЗ показват, че още преди издаване на разрешение за осъществяване на лечебна дейност по чл. 46 ЗЛЗ за новите лечебни заведения за болнична помощ, комисията по чл. 32, ал.1 ЗЛЗ извършва оценка на потребностите на населението от медицинска помощ въз основа на Националната здравна карта /НЗК/. В случай, че комисията даде отрицателно становище по смисъла чл. 37а, ал. 6 ЗЛЗ, новото лечебно заведение не се включва в НЗК и с него няма да бъде сключен договор от РЗОК. Това не води до по-различни условия за новите лечебни заведения в сравнение със заварените, с които при превишаване на леглата по вид и ниво на компетентност в дадена област, РЗОК не сключва договор. При това, тези нови лечебни заведения имат информация за невключването им в НЗК и за липсата на възможност за сключване на договор за участие в разпределението на публичния ресурс в здравеопазването още преди да направят съществени инвестиции. Отказът да се сключи договор с РЗОК почива на установен от закона стандарт и той е общ и за вече създадени и за нововъзникнали лечебни заведения –

110

законът третира еднакво едните и другите като стопански субекти на специфичния пазар на медицински дейности.

Воден от изложените аргументи и на основание чл. 149, ал.1, т. 2 и т. 4 от Конституцията, Конституционният съд

## РЕШИ:

Отхвърля искането на 57 народни представители от 43-то Народно събрание за установяване на противоконституционност и несъответствие с международните договори, по които Република България е страна, на чл. 34а и чл. 37а от Закона за лечебните заведения /обн. ДВ бр. 62 от 1999 г., посл. изм. ДВ бр. 95 от 2015 г./.

Председател:

Борис Велчев

Членове:

Цанка Цанкова

Гроздан Илиев

Стефка Стоева

Мариана Карагьозова - Финкова

Румен Ненков

Константин Пенчев

Кети Маркова

Филип Димитров

Георги Ангелов

Таня Райковска

Анастас Анастасов