



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД

РЕШЕНИЕ № 3

София, 8 март 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 Карагьозова
Константин Пенчев
Филип Димитров
Таня Райковска

при участието на секретар-протоколита Силвия Василева разгледа в закрито заседание на 8 март 2016 г. конституционно дело № 6/2015 г., докладвано от съдията Стефка Стоева.

Производството е по чл. 149, ал. 1, т. 2 и 4, предложение второ от Конституцията на Република България.

Делото е образувано по искане на шестдесет и двама народни представители от 43-ото Народно събрание за установяване на противоконституционност и произнасяне за съответствие с общопризнатите норми на международното право и с международните договори, по които България е страна, на § 10, т. 2 от Закона за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване (обн., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.) и на чл. 40, ал. 4а от Закона за здравното осигуряване (обн.,

ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г., последно изм., ДВ, бр. 102 от 29.12.2015 г.).

С определение от 29.09.2015 г. по к. д. № 6/2015 г. Конституционният съд е счел искането за допустимо с известно уточняване. Приел е, че законът за изменение и допълнение на друг закон след влизането му в сила престава да бъде самостоятелен, тъй като от този момент той става част от закона, който се изменя и допълва, и предметът на искането за обявяване на противоконституционност е изменената или допълнена разпоредба на действащия закон, в която измененията или допълненията са инкорпорирани. Обратно – конституционносъобразността на разпоредби от закон за изменение и допълнение на действащ закон могат да бъдат оспорени самостоятелно единствено от момента на обнародването до момента на влизането в сила, защото до този момент те не са инкорпорирани в изменения и допълнен закон. По тези съображения съдът е допуснал за разглеждане по същество искането за установяване на противоконституционност и произнасяне за съответствие с общопризнатите норми на международното право и с международните договори, по които България е страна, на разпоредбата на чл. 45, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) (обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г., последно изм., ДВ, бр. 102 от 29.12.2015 г.) и на § 9, т. 2 от Закона за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване (ЗИД ЗЗО) (обн., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.), с който е изменен чл. 40, ал. 4а (нова – обн., ДВ, бр. 102 от 21.12. 2012 г.; изм., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г., в сила от 01.01.2016 г.).

В искането групата народни представители твърдят, че разпоредбата на чл. 45, ал. 2 ЗЗО противоречи на принципа на социалната държава, тъй като принципите на социална справедливост, сигурност, солидарност и взаимопомощ означават здравноосигурителната солидарност да важи както при плащането на здравноосигурителните вноски, така и при достъпа до медицинска помощ, който трябва да е равнопоставен.

Вносителите на искането поддържат, че оспорената разпоредба противоречи и на чл. 4, ал. 2 от Конституцията (принцип на правовата държава), защото препраща същностна и важна материя да се регулира не със закон, а с подзаконов нормативен акт на министъра на здравеопазването, с което се накърнява принципът на правна сигурност и стабилност. Твърди се от сезирация орган, че чл. 45, ал. 2 ЗЗО противоречи на чл. 6 от Конституцията. Основният и допълнителният пакет медицинска помощ противоконституционно разделят достъпа до нея, което е дискриминация. Оспорената разпоредба, според групата народни представители, противоречи и на чл. 52, ал. 1 и 3 от Конституцията, защото ограничава конституционното право на осигурените лица до достъпна медицинска помощ.

Вносителите оспорват и разпоредбата на чл. 40, ал. 4а ЗЗО с твърдения, че противоречи на чл. 4, ал. 1 и 2 от Конституцията. Изтъкват, че държавата, като осигурител на определени категории лица, не може да създава за себе си привилегии относно размера на задълженията си за заплащане на здравноосигурителни вноски, с което да се поставя в по-благоприятно положение в сравнение с останалите осигурители. Според вносителите разпоредбата противоречи и на чл. 6 от Конституцията, защото създава противоконституционна привилегия на достъпна медицинска помащ за категория лица, независимо че държавата ги осигурява върху част от осигурителния доход.

Наред с искането за установяване на противоконституционност на чл. 45, ал. 2 и чл. 40, ал. 4а ЗЗО, групата народни представители претендират и за произнасяне за съответствието им с общопризнатите норми на международното право и с международните договори, по които България е страна. Подробни съображения за несъответствие не са изложени, а са посочени само чл. 4 от Конвенцията за защита правата на човека и основните свободи (обн., ДВ, бр. 66 от 1992 г. и бр. 80/1992 г., посл. изм., бр. 38/2010 г.); чл. 2, ал. 2 и чл. 5 от Международния пакт за

109

икономически, социални и културни права (обн., ДВ, бр. 60 от 1970 г. и бр. 43 от 1976 г.); чл. 25, буква "с" и чл. 26 от Международния пакт за граждански и политически права (обн., ДВ, бр. 60 от 1970 г. и бр. 43 от 1976 г.); чл. 20 и 21 от Хартата на основните права на Европейския съюз; част V, чл. Е от Европейската социална харта (обн., ДВ, бр. 30 от 2000 г. и бр. 43 от 2001 г.) и чл. 2 от Всеобщата декларация за правата на човека от 10.12.1948 г.

Съдът е конституирал като заинтересовани страни по делото Народното събрание, Министерския съвет, министъра на здравеопазването, министъра на финансите, Върховния административен съд, Висшия адвокатски съвет, Комисията за защита от дискриминация, Националната здравноосигурителна каса, Националния осигурителен институт, Българския лекарски съюз, Българския зъболекарски съюз, Българския фармацевтичен съюз, Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване, Националната пациентска организация, Съюза на пациентите в България, Центъра за изследване на демокрацията и Института за модерна политика.

Първата група становища са за неоснователност на искането.

Министерският съвет поддържа, че сам по себе си чл. 45, ал. 2 ЗЗО не може да бъде противоконституционен, тъй като не съдържа самостоятелна уредба на обществени отношения, чието съответствие с Конституцията да се прецени. Предвиденото в него издаване на друг акт въз основа и в изпълнение на закона, не е аргумент за противоконституционност. Преценката за конституционосъобразност на оспорената разпоредба следва да бъде единствено с оглед възлагането на уредбата на друг орган и дали тази уредба е в рамките на конституционно предвидената компетентност на министъра – чл. 115 от Конституцията. Разглеждането на спорове относно законосъобразността на акта на министъра на здравеопазването не е в правомощията на Конституционния съд, но той на общо основание подлежи на съдебен контрол и ако министърът е нарушил Конституцията

140

или законите в тази област, актът ще бъде отменен като незаконосъобразен. Законовата делегация на министъра на здравеопазването е субсидиарно да определи конкретното съдържание на здравната помощ в наредба, тъй като обхватът ѝ вече е регламентиран на законово ниво в чл. 45, ал. 1 ЗЗО. Диференцирането на пакета здравна помощ на основен и допълнителен не нарушава конституционното право на здравноосигурените лица за равнопоставеност и за достъпност при ползването на здравна помощ и услуги. Относно чл. 40, ал. 4а ЗЗО сочи, че е въпрос на бюджетна политика, на фискална, управленска и законодателна целесъобразност начинът за определяне на размера на здравноосигурителната вноска, както и на осигурителната база или на осигурителния доход, върху който се внасят вноските, а не пряко произтичащо от Конституцията изискване. При заплащане на здравноосигурителните вноски, съобразени с финансовото състояние на лицата (чл. 40 ЗЗО), всички здравноосигурени лица равнопоставено ползват медицинска помощ, която не зависи от размера на внесените от тях суми и върху каква база те са определени. Няма и несъответствие на двете оспорени разпоредби с общопризнати норми на международното право и с международните договори, по които България е страна, защото те предоставят на държавата ни избора на конституционните и законови механизми за осигуряване на социална защита на гражданите за недопускане на дискриминация и въвеждане на гаранции за постигане на целите в областта на здравеопазването.

Министърът на здравеопазването твърди, че аргументацията в искането стъпва на погрешното допускане, че се „пакетират“ заболявания, а оттук и изводът за възможна дискриминация по признак „имуществено състояние“. В действителност не заболяването, а болестно състояние на индивида, което е динамично във времето и променящо се по характер при всеки вид заболяване, е в основата на очертаване на всеки пакет медицински дейности, грижи, помощ, услуги, като по този начин се прави

181

стъпка към по-висока степен на гарантиране на права. Това, което попада в основния или в допълнителния пакет, няма как да е „заболяване”, защото законът е въвел в чл. 45, ал. 1 ЗЗО именно медицинските грижи като обект на задължително заплащане от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и в рамките на този обхват дейности се предвижда с оспорената разпоредба да бъде извършено подреждането им от министъра на здравеопазването чрез наредба в пакети чрез списък, отразяващ обема на дейностите. В пакетите попадат не заболявания, а дейности, които се считат от законодателя за съответно необходими обществено дължими при определено болестно състояние на индивида. Заболяването не е критерий, а такъв е конкретното болестно състояние при различните заболявания, което би могло да бъде хронично, обострено или животозастрашаващо. Модерният парламентаризъм определя засилена роля на изпълнителната власт и в ръководенето на политиката на държавата, поради което уредбата следва да се извършва от министъра на здравеопазването, върху който се упражнява засилен контрол.

Министърът на финансите поддържа, че въведеното разделяне на пакета на медицински услуги на основен и допълнителен не нарушава достъпа до тях. Всяка държава дефинира типа и нивото на разходите за здраве, които се определят като „приемливи”, и те могат да бъдат свързани с предоставянето на специфичен основен пакет, който съдържа само медицинско необходимите и разходно ефективни здравни грижи. Относно чл. 40, ал. 4а ЗЗО изразява становище, че приходите на НЗОК не се формират само от осигурителни вноски, а и от целеви субсидии от държавния бюджет за изпълнение на задължения, които произтичат от прилагането на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и от други източници, включително субсидии (трансфери) от държавния бюджет. Оспорената разпоредба на чл. 40, ал. 4а ЗЗО не засяга прогласените в чл. 52, ал. 1 от Конституцията права на гражданите да ползват медицинска помощ и обслужване, съответно не

поставя в по-благоприятно положение осигуряваните от държавата лица по чл. 40, ал. 3 ЗЗО за сметка на всички останали.

Националната здравноосигурителна каса изразява становище, че критерий за условното, според нея, разделяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, на основен и допълнителен е болестното състояние на всеки пациент независимо от неговото заболяване. Здравноосигурените лица не се делят на групи от закона, което означава, че се ползват с еднакви права независимо от това, по кой пакет ще бъдат лекувани, а разделянето на пакета единствено дава възможност за индивидуален подход към всеки пациент според състоянието, в което се намира, когато е потърсил медицинска помощ. Същевременно изтъква, че до определянето на основния и на допълнителния пакет ще се прилага основният пакет, действащ към влизане в сила на този закон, защото в настоящия момент не е регламентирано съдържанието на новосъздадените пакети и поради това всички изложени доводи в искането се основават на предположения и субективни „очаквания” от прилагането на закона и твърденията за противоконституционност следва да се разглеждат при условията на евентуалност.

Комисията за защита от дискриминация дава становище, че разпоредбите на чл. 45, ал. 2 и чл. 40, ал. 4а ЗЗО не би следвало да бъдат самостоятелно преценявани като противоречащи на забраната за дискриминация, установена в чл. 6, ал. 2 от Конституцията. Същевременно поддържа, че критериите за предвидената диференциация на основен и допълнителен пакет не биха могли да бъдат изведени от текстовете на Закона за здравното осигуряване, защото последният не дава легални дефиниции за „основен” и „допълнителен” пакет. Прави се предположение, че определени заболявания ще бъдат включени в съответните клинични пътеки, които задължително ще бъдат поети от НЗОК, но ще са налице и такива, за които такава възможност ще липсва и

по отношение на „допълнителния“ пакет не става ясно каква ще бъде листата с включени заболявания и кои дейности ще бъдат обхванати.

Сдружение „Национална пациентска организация“ твърди, че от тяхно национално представително проучване ясно проличава недвусмислената подкрепа на общественото мнение за разделянето на медицинските услуги, предоставяни от здравната система на осигурените лица и че всеки втори пълнолетен гражданин е склонен да заплаща допълнителна здравна осигуровка. Счита, че държавата в лицето на законодателния си орган следва да поеме недвусмислен ангажимент за плащане на пълния размер на здравните осигуровки по отношение на лицата, за които тя се явява осигурител. Държавата се поставя в привилегировано, по-благоприятно положение в сравнение с останалите работодатели, както и се създава противоконституционна привилегия за лицата, които имат достъп до медицинска помощ по солидарния модел, без реално да е заплатен пълният размер на здравното им осигуряване.

Втората група становища са в подкрепа на искането.

Българският лекарски съюз е на мнение, че до този момент във всичките си редакции чл. 45, ал. 2 ЗЗО е предвиждал пакетът медицинска помощ да бъде приеман с наредба на министъра на здравеопазването. Самото разделяне на пакета на основен и допълнителен крие потенциална възможност за нарушаване на правото на здраве и това е важният въпрос, който следва да бъде изследван от съда. В хипотеза на разделяне с цел подобряване достъпа на пациентите до качествена и навременна помощ, при зачитане равноправието на гражданите, този законодателен акт не би влязъл в колизия с Конституцията, международното право и изброените международни договори, по които България е страна. При условие че целта е ограничаване на бюджетното въздействие, тоест на разходването на средствата за здраве посредством отлагането на медицинската помощ в допълнителния пакет напред във времето, то този акт е в състояние да постави в неравностойно положение определени групи лица. Разпоредбата

178

на чл. 40, ал. 4а ЗЗО е противоконституционна, тъй като държавата създава за себе си привилегировано положение, позволяващо ѝ да внася в занижен размер здравноосигурителни вноски за посочените в чл. 40 ЗЗО категории лица, осигурени за нейна сметка.

Висшият адвокатски съвет застъпва становището, че оспорената разпоредба на чл. 45, ал. 2 ЗЗО се отнася до ключов момент от съдържанието на задължителното здравно осигуряване и неговата най-съществена част: да осигури правото на достъпна медицинска помощ, като израз на конституционното право на здравно осигуряване, което пък е основната форма, в която се реализира конституционното право на здраве на гражданите по чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Разделянето на достъпната медицинска помощ на два пакета води до нейното раздробяване, като двете ѝ части, наречени пакети, се степенуват по важност на основен и допълнителен и това нарушава основното конституционно право по чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Разделянето на пакетите не съдържа гаранции, че достъпната медицинска помощ в посочения смисъл ще бъде осигурена и създава реална опасност, че възприетото в закона разрешение е продиктувано от фискални, а не от социални съображения. Оспорената разпоредба е с неясно и неопределено съдържание, защото не установява критериите за извършване на разделянето и разпределението на дължимата медицинска помощ, и възлага извършването на разделението на най-ниския по степен подзаконов нормативен акт по чл. 7 от Закона за нормативните актове (ЗНА) (обн., ДВ, бр. 27 от 3.04.1973 г.) - наредба на министъра на здравеопазването. Не е допустимо такова високо по ранг и свързано с живота на гражданите основно право, каквото е конституционното им право на здраве, да бъде предоставено за уреждане в съществената част от съдържанието си на ведомствен подзаконов нормативен акт. Държавата чрез законодателния си орган е установила в чл. 40, ал. 4а ЗЗО по-благоприятни разрешения при определянето и плащането на дължимите

здравноосигурителни вноски, които тя дължи като осигурител на лицата по чл. 40, ал. 3 ЗЗО. Отрицателните последици от прилагането на оспорената разпоредба не се изчерпват само с неравенството на държавата като осигурител с другите осигурители на здравно осигуряване, а те се отразяват и на финансовото обезпечаване на цялата система на здравното осигуряване.

Асоциацията на дружествата за здравно застраховане излага съображения, че с изменението на чл. 45, ал. 2 ЗЗО се нарушава принципът на равнопоставеност на българските граждани при ползването на гарантираното от задължителното здравно осигуряване бесплатно медицинско обслужване и се създава правна възможност една част от гражданите с по-добри материални възможности да заплащат за своевременното им предоставяне на необходимата медицинска помощ (лично или чрез сключване на застраховка), а останалите да чакат докато се намери възможност за лечението им без да заплащат допълнително за него. Правото на ползване на бесплатно медицинско обслужване се урежда на практика с нормативен акт на министъра на здравеопазването, а в случаите на попадане на заболяването в „допълнителния“ пакет гражданите ще заплащат два пъти лечението си – чрез задължението си да внасят личните си вноски по задължителното здравно осигуряване и втори път ще бъдат принудени да заплатят за него, когато не искат да чакат, и то по цени, свободно определени от всяко лечебно заведение. Заключва, че с изменението на чл. 45, ал. 2 ЗЗО на практика се цели да се узаконят лимитите на средствата, които НЗОК налага на лечебните заведения за болнична помощ, и да се узакони принудата пациентът да заплаща за своето лечение.

Конституционният съд като обсъди установените по делото факти, доводите в искането и съображенията в становищата на заинтересованите страни прие следното:

I. Относно искането по чл. 45, ал. 2 ЗЗО:

В редакцията преди извършеното изменение със ЗИД ЗЗО (обн., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.) разпоредбата на чл. 45, ал. 2 ЗЗО определя цялата медицинска помощ по ал. 1, с изключение на т. 11, 12 и 15, като основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, и делегира на министъра на здравеопазването определянето му с наредба. Легалното определение на понятието „основен” пакет по смисъла на Закона за здравното осигуряване в редакцията преди посоченото изменение се съдържа в § 1, т. 2 от допълнителните разпоредби на закона и представлява определени по вид и обхват дейности, по отделни специалности, дейности за лечение на определени заболявания или на група заболявания, които са достъпни за всички здравноосигурени лица в обем, при условия и по ред, определени в Националния рамков договор.

В оспорената разпоредба на чл. 45, ал. 2 ЗЗО след изменението ѝ, извършено с § 10, т. 2 ЗИД ЗЗО (обн., ДВ, бр. 48 от 2015 г.), в изречение първо думата „основен” е заличена, а в изречение второ се предвижда пакетът да е основен и допълнителен и да се определя с наредба на министъра на здравеопазването, която да се актуализира веднъж годишно в срок до 31 октомври на съответната година. Едновременно с това навсякъде в Закона за здравното осигуряване, включително и в § 1, т. 2 ДР ЗЗО, думата „основен” пред думата „пакет” е заличена, без да са дадени легални определения на новосъздадените „основен” и „допълнителен” пакети, които да дадат представа какво е същностното им съдържание и каква е разликата между тях. Както в оспорения чл. 45, ал. 2 ЗЗО, така и в целия закон не се съдържат разграничителните критерии между двата пакета, не е посочена разликата между тях, в кои случаи осигурените лица ще имат право да ползват дейности от медицинската помощ, включена в „основния” пакет, а в кои случаи ще „попадат” в „допълнителния” пакет, както и по какъв начин и при какви обстоятелства те ще преминават от единия пакет в другия. На практика чл. 45, ал. 2 ЗЗО дава само

наименованията на новите пакети без уредба на съдържанието им. На законово ниво остава неясно какви ще бъдат последиците за осигурените лица.

В мотивите на законопроекта за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване № 502-01-13, внесен от Министерския съвет в 43-ото Народно събрание на 02.02.2015 г. е посочено само, че пакетът от медицински услуги, който заплаща НЗОК, се разделя на основен и допълнителен, а конкретните медицински дейности, които ще се включат в пакетите, ще продължат да се регламентират с наредба на министъра на здравеопазването.

Фактът, че към момента на изменението на оспорения чл. 45, ал. 2 ЗЗО няма яснота относно разграничителния критерий между пакетите, се установява и от § 41 ЗИД ЗЗО (обн., ДВ, бр. 48 от 2015 г.), съгласно който до определянето на основен и допълнителен пакет по реда на чл. 45, ал. 2 ЗЗО се прилага основният пакет, действащ към влизане в сила на този закон.

Критериите за разделянето на единния основен пакет на два нови пакета не са изяснени и в дебатите от пленарните заседания на Народното събрание при обсъждане на законопроекта на 18 и 19 март и на 3, 4 и 16 юни 2015г., видно от стенографските дневници.

Наредба № 11 от 9.12.2015 г. на министъра на здравеопазването за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 98 от 15.12.2015 г. и бр. 99 от 16.12.2015 г.), също не съдържа критерии за разделение на медицинските дейности между основния и допълнителния пакети. Единствената посочена разлика е, че дейностите от основния пакет по ал. 1 се планират за изпълнение без отлагане във времето (чл. 1, ал. 2), докато дейностите от допълнителния пакет по същата алинея в зависимост от състоянието на пациента по медицинска преценка могат да бъдат планирани за изпълнение или

преоценка с отлагане във времето, но не по-късно от два месеца (чл. 1, ал. 3 от наредбата).

Допълнителният пакет здравни дейности има своето място и в одобрената от Министерския съвет на 18.02.2015 г. Концепция „Цели за здраве 2020”, според която предвид ефективното разходване на средствата за здраве, се налага прегрупиране на финансовите ресурси, като се предвиди и допълнителен пакет здравни дейности, заплащани от НЗОК, които да позволят планиране чрез листа на чакащите. И в Приоритет 2, Политика 2.1. от Националната здравна стратегия на Народното събрание (обн., ДВ, бр. 101 от 22.12.2015 г.) е посочено, че ефективното разходване на средствата за здраве налага стратегическо разпределение на ресурсите: по пакети здравни дейности; по видове медицинска помощ; по видове здравноосигурени лица и източници на здравноосигурителните плащания, като в допълнителния пакет на здравноосигурените лица ще бъдат осигурени възможност и право на избор да ползват здравни услуги извън регламентирания ред чрез договор за медицинска застраховка.

Вярно е разбирането, че в пакетите по чл. 45, ал. 2 ЗЗО се включват не болести, а медицинските дейности по алинея първа на чл. 45 ЗЗО (с изключение на т. 11, 12 и 15). Съгласно последната медицинските и денталните дейности, извънболничната и болничната медицинска помощ за диагностика и лечение се свързват от закона със заболяването на осигуреното лице, а не с болестното му състояние, както се сочи в някои от становищата (Министерски съвет, министъра на здравеопазването, НЗОК). Заболяването е динамичен, непрекъснат процес на промяна на различни състояния, който преминава през стадии на възникване, протичане, лечение и излекуване, докато здравословното състояние е само преходен, кратък и измерим момент от процеса на заболяването.

Съществуващата в закона неяснота относно критериите за разграничение на пакетите и последиците от това, предопределя и непълнотата на уредбата относно финансовото обезпечаване на

медицинските дейности и особено за допълнителния пакет. Това води до затруднения на гражданите да се ориентират в уредбата и да упражняват правото си на здравно осигуряване и на изпълнителите на медицинска помощ, които трябва да прилагат пакетите. Пак в резултат от неяснотата на оспорената разпоредба искането на вносителите и част от становищата съдържат различни мнения и заключения, които изхождат от предположения относно разграничителните критерии между двата пакета медицинска помощ.

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, както вече се е произнесъл Конституционният съд с Решение № 8 от 02.04.1998 г. по к. д. № 3/1998 г. за тълкуване на чл. 52, ал. 1 от Конституцията. Правото на здравно осигуряване е основно право и това се определя от конституционната му уредба и от значението му за живота на гражданите (вж. Решение № 8 от 14.07.2012 г. по к. д. № 16/2011 г.).

Правото на здравно осигуряване е уредено в чл. 52, ал. 1 от Конституцията, съгласно който гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Конституционната разпоредба изхожда от правото на здраве като основно право на гражданите, макар да не го формулира изрично, и предоставя уредбата на начина на здравно осигуряване, на видовете осигуряване, на размера на здравноосигурителната вноска, на осигурителната база, на осигурителния доход и на други правила да се уредят в закони. Законодателят преценява по целесъобразност каква система на здравно осигуряване да приеме и на какви принципи то ще се осъществява в съответствие с конституционните норми. Той може да даде едно или друго конкретно разрешение по целесъобразност, стига то да не е

в несъответствие с принципите на основния закон (вж. Решение № 10 от 13.09.2012 г. по к. д. № 15/2011 г.). Законодателят може по целесъобразност при задължителното здравно осигуряване да определя обема на медицинската помощ, гарантирана от бюджета на НЗОК, и нейното разделяне в един или повече пакети, доколкото не се нарушават принципи и разпоредби на основния закон. Установяването на условия и ред за заплащане на медицинската помощ по избор на пациента, в никакъв случай не отменя и не накърнява основните конституционни права на гражданите, прокламирани с чл. 52, ал. 1 от Конституцията (в този смисъл Решение № 8 от 02.04.1998 г. по к. д. №3/1998 г. за тълкуване на чл. 52, ал. 1 от Конституцията).

От конституционната разпоредба на чл. 52, ал. 1 се налага изводът, че основните обществени отношения, свързани с правото на здравно осигуряване, трябва да бъдат уредени със закон. Основният закон изрично възлага на Народното събрание уреждането на условията и реда да става със закон, а не с подзаконов нормативен акт и то с наредба на едноличен държавен орган. Основните обществени отношения трябва да се уреждат със закон. В случая, уредбата им с подзаконов нормативен акт, с предвидената за пръв път възможност за ежегодно актуализиране, прави уредбата временна, нестабилна и нетрайна. Системата на задължителното здравно осигуряване, осъществявано на принципа на солидарност, следва да съдържа ясни правила в закона, за да се гарантират стабилност и предвидимост на правната уредба и защита на основното право на гражданите на здравно осигуряване. В случая конституционното изискване за уреждане на законово ниво на условията и реда за осигуряване на достъпна медицинска помощ е останало изцяло изпълнено, защото липсва уредба на критериите за въвеждане на два различни пакета.

Основните за предмета на регулираното право отношения в случая са правото на здравно осигуряване и достъпна медицинска помощ. Критериите, по които се формира съдържанието на основния и

допълнителен пакет, тоест на самата реализация на правото на здравно осигуряване, принадлежат към категорията основни обществени отношения, предмет на регулиране само със закон. Разграничителните критерии между предоставяните пакети медицинска помощ трябва да се уредени в закона и едва след очертаване на законовата рамка те могат да се детайлизират и конкретизират в подзаконов нормативен акт.

Както многократно е подчертавал Конституционният съд, Народното събрание, на което Конституцията възлага уреждането със закон на определени основни обществени отношения, 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. Липсата на законова уредба на основни обществени отношения противоречи и на принципа за разделение на властите по чл. 8 от Конституцията, тъй като се възлага на орган на изпълнителната власт да осъществи дейност, която е от компетентността на Народното събрание. Без да са посочени дори и в най-схематичен вид основните същностни характеристики на „основния” и „допълнителния” пакети, с оспореното изменение на чл. 45, ал. 2 ЗЗО директно се прогласява разделянето на т.нар. пакет на два отделни. Законът не въвежда критериите, въз основа на които осигурените граждани могат да ползват при необходимост някой от пакетите или преминаването от един пакет в друг. В действителност именно това са условията и редът, по които гражданите могат да получат нужната медицинска помощ, и за тези критерии Конституцията в чл. 52, ал. 1 изрично изисква уредба на ниво закон. Законодателната празнота не може да бъде запълнена от подзаконов нормативен акт, стратегия или концепция. Приетото законодателно решение за директното възлагане на подзаконова нормотворческа компетентност на министъра на здравеопазването относно материя, която подлежи на регламентация единствено със закон, не удовлетворява конституционните изисквания на чл. 8 и чл. 52, ал. 1 от

Конституцията и на тези основания следва да бъде обявена за противоконституционна.

Съдът не споделя разбирането, че критериите за разделяне на два пакета и последиците от това, е невъзможно да бъдат уредени в закон поради динамичност на материята и това трябва да стане с наредба, като предимство на която, при това, се изтъква въведената за пръв път възможност ежегодно да бъде актуализирана от издателя ѝ. Нещо повече, след като уредбата може да се извърши еднолично от министъра на здравеопазването с наредба, на още по-голямо основание тя може да се извърши в синтезиран вид от парламента. Материята, свързана с основното право на гражданите на достъпна медицинска помощ, не е по-динамична от материите, свързани с останалите основни права, за да е налице изключение, което да налага подзаконова уредба.

Съдът не намира за правилно и твърдението, че обхватът на здравната помощ е регламентиран на законово ниво в чл. 45, ал. 1 ЗЗО, а делегацията на министъра на здравеопазването е да определи конкретното съдържание на здравната помощ. Видовете медицинска помощ са бланкетно изброени в чл. 45, ал. 1 ЗЗО, но от това не следва, че обществените отношения, свързани с достъпността на здравната помощ и равния достъп на гражданите, са уредени със закон и то именно в тази алинея. В искането се оспорва изменението в чл. 45, ал. 2 ЗЗО относно създаването на два нови пакета, а не видовете медицинска помощ по чл. 45, ал. 1 ЗЗО. От факта, че видовете медицинска помощ имат законова уредба не следва, че осигурените лица, попаднали в „основния” или „допълнителния” пакети ще получат достъпна медицинска помощ по смисъла на чл. 52, ал. 1 от Конституцията – възможност за лечение на всички граждани и заплащане на цената му от осигурителния орган (НЗОК) в случай на заболяване и равни условия и еднакви възможности за всички граждани за ползване на лечение (вж. Решение № 32 от 26.11.1998 г. по к. д. № 29/1998 г.).

Конституционният съд не споделя становището, че досега пакетът медицинска помощ е уреждан с наредба на министъра на здравеопазването, поради което подходът не е нов и е в съответствие с основния закон. Когато пакетът е само един (основен) и § 1, т. 2 ДР ЗЗО дефинира съдържанието му, няма необходимост законът да обосновава разлики с други пакети.

Твърденията в някои от становищата, че наредбата на министъра на здравеопазването подлежи на съдебен контрол, поради което няма нарушение на чл. 52, ал. 1 от основния закон, не се споделят от съда. При оспорване по реда на чл. 185 и сл. от Административно-процесуалния кодекс пред Върховния административен съд изцяло или частично, на Наредба № 11 от 09.12.2015 г. на министъра на здравеопазването, съдът няма да може да провери нейната валидност и законосъобразност поради липсата на законово ниво на същностното съдържание на пакетите медицинска помощ, което на практика води до изключване на съдебния контрол върху наредбата.

Оспорената разпоредба противоречи и на принципа на правовата държава по чл. 4, ал. 1 от Конституцията. Правилото на сочената конституционна разпоредба държавата да се управлява според Конституцията и законите на страната, е основно начало на конституционния ред, основата на правното регулиране на всички обществени отношения. То може да се спазва само ако съдържащите се в нормативните актове разпоредби са ясни, точни и непротиворечиви, защото в противен случай те не биха могли да регулират основните обществени отношения (в този смисъл вж. Решение № 9 от 1994 г. по к. д. № 11/1994 г.; Решение № 5 от 2002 г. по к. д. № 5/2002 г.; Решение № 4 от 2010 г. по к. д. № 1/2010 г.; Решение № 8 от 2012 г. по к. д. № 16/2011 г.).

Изискването на чл. 52, ал. 1 от Конституцията не е самоцелно, доколкото е обвързано и със съблюдаването на конституционния принцип на правовата държава по чл. 4, ал. 1. Касае се за осигуряването на

дължимата правна сигурност, предвидимост и гаранции за спазването на основните права на гражданите, каквито несъмнено са тези на здравно осигуряване и на достъпна и безплатна медицинска помощ. Проведеният пълно и последователно подход на конституционния законодател е за уреждане на законово ниво на основните права на гражданите и границите на тяхното упражняване и ограничаване, поради което няма основание правото на здравно осигуряване да се отклонява от този принцип. Критериите за обособяване на два различни пакета, осигурявани от бюджета на НЗОК, следва да бъдат очертани в закона, а това не е направено.

Разпоредбата на чл. 45, ал. 2 ЗЗО противоречи на принципа на правовата държава и защото е неясна, и не само създава предпоставки за противоречиво правоприлагане, а и дава възможност да се запълва с различно съдържание сега или в бъдеще. Законът не изяснява на каква основа трябва да се направи разграничението между двата пакета и какви са целените последици от него. Според част от становищата по делото в първия пакет се отделят по-тежките, рисковите състояния на нуждаещите се от лечение осигурени лица, а от това следва по-бързото извършване на съответния вид медицински дейности. Възможно е точно такава да е била идеята на законодателя, но на практика тя е останала лишена от всякаква правна регламентация. Няма конституционна забрана осигурените лица с по-сериозни заболявания, освен неотложната медицинска помощ по чл. 45, ал. 1, т. 5 ЗЗО, да ползват и друг вид медицински дейности с предимство във времето, но по този въпрос в Закона за здравното осигуряване съществува абсолютна празнота.

Разделяне на видовете медицинска помощ, заплащана от бюджета на НЗОК, е напълно възможно да бъде направено от законодателния орган, който да уреди първичните обществени отношения с разделянето на медицинската помощ. Уредбата на разграничителните критерии следва да

стане с понятията, употребявани и дефинирани в действащото законодателство.

По изложените съображения разпоредбата на чл. 45, ал. 2 ЗЗО следва да бъде обявена за противоконституционна.

Поради установената вече противоконституционност на оспорената разпоредба, съдът не счита за необходимо да се произнася по искането в частта за установяване на съответствието ѝ с общопризнатите норми на международното право и международните договори, по които България е страна, тъй като това е безпредметно.

II. Относно искането по чл. 40, ал. 4а ЗЗО:

Оспорената разпоредба на чл. 40, ал. 4а ЗЗО, в сила от 01.01.2016 г., след изменението с § 9, т. 2 ЗИД ЗЗО (обн., ДВ, бр. 48 от 27.06.2015 г.), предвижда за лицата по ал. 3 осигурителната вноска да се внася в размера, определен със закона за бюджета на НЗОК за съответната година, върху 55 на сто от минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица от 1 януари 2016 г., като всяка следваща година се увеличава с 5 на сто до достигане на минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица. Разпоредбата е нова, създадена със ЗИД ЗЗО (обн., ДВ, бр. 102 от 2012 г.). В редакцията към момента на създаването ѝ е предвидено осигурителните вноски да се определят върху половината от минималния осигурителен доход на самоосигуряващите се лица, без да има поетапно увеличение.

Основният закон в чл. 52, ал. 2 прогласява, че здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от личните и колективни осигурителни вноски и от други източници. Както вече беше посочено по-горе, Конституцията не определя размера на осигурителните вноски и на осигурителния доход, а възлага условията и реда за определянето им да стане със закон, при приемането на който парламентът, преценявайки настоящите финансови възможности и ограничения, ги урежда по целесъобразност, защото размерът на

осигурителната вноска е елемент от данъчно-осигурителната политика на държавата. Както вече се е произнесъл Конституционният съд с Решение № 13 от 15.07.2003 г. по к. д. № 11/2003 г., поради динамиката на икономическите възможности на гражданите и обществото регулирането и начинът на подпомагане на нуждаещи се от социално подпомагане лица са възложени на законодателя. Той е свободен, след като съобрази потребностите на лицата и възможностите на обществото, да променя тази уредба и доколкото преценката е по целесъобразност, тя е от компетентност на Народното събрание.

Здравноосигурителните вноски, дължими от осигурените лица, поначало не са в еднакъв размер, въпреки че всички лица независимо от размера на осигурителните вноски имат равен достъп до медицинска помощ и ползват едни и същи здравни дейности, независимо кога е възникнало осигурителното правоотношение, какъв е размерът на осигурителната вноска и кой я внася в бюджета на НЗОК. Конституцията не съдържа изискване за еднакъв размер на здравноосигурителната вноска, дължима от всички осигурени лица. Поради това Законът за здравното осигуряване предвижда за различни групи осигурени лица диференциран осигурителен доход, чийто максимум и минимум са определени със закон, но не по-малък от минималния осигурителен доход. В резултат на това осигурените лица внасят различни по размер осигурителни вноски, но тъй като те не се обособяват в партии, поради изграждането на задължителното здравно осигуряване на фондов принцип, и поради принципа на солидарността по чл. 5, т. 5 ЗЗО, всички лица получават еднакво медицинско обслужване. Същевременно тук следва да се отбележи, че не всички осигурени лица плащат осигурителни вноски съобразно доходите си, защото законът предвижда таван на максималния осигурителен доход, както и че трансферите от държавния бюджет за осигурителни вноски на определени групи лица без или с ограничени доходи са от постъпилите в републиканския бюджет данъци от всички

данъкоплатци. Доколкото действително в бюджета на НЗОК постъпват по-малко вноски поради частичното плащане на осигурителните вноски на лицата по чл. 40, ал. 3 ЗЗО, то държавата предвид особеното си качество при необходимост покрива недостига в бюджета на НЗОК. Следва да се отчете, че оспореното изменение на чл. 40, ал. 4а ЗЗО, което предвижда заплащане от държавата на по-високи осигурителни вноски и ежегодното им увеличение, прави оспорената разпоредба по-благоприятна за финансирането на бюджета на НЗОК.

Полагането на засилени грижи за уязвимите групи граждани е важен елемент на социалната държава. Между тях са лицата, изброени в чл. 40, ал. 3 ЗЗО, които нямат осигурителен доход, който да се ползва като основа за изчисляване на осигурителната вноска по аналогия със сходни случаи с лицата по чл. 40, ал. 1, т. 1, буква „б” и ал. 5, т. 1 ЗЗО. Разпоредбата изрично препраща към алинея 3 на чл. 40 ЗЗО, според която държавата чрез своя бюджет поема отговорността за осигуряване на осигурителните вноски на някои материално затруднени граждани (например младежи, които продължават образованието си; включените в системата на социално подпомагане; задържаните под стража и лишените от свобода; лицата в производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище и др.). Правилото здравноосигурителната вноска да се определя върху дохода на осигуреното лице (чл. 40, ал. 1 ЗЗО) не е приложено по отношение лицата по чл. 40, ал. 3 ЗЗО, защото те на различни основания нямат доходи и поради това законодателят предвижда вноските да се определят върху минималния осигурителен доход и по-точно в настоящия момент върху 55 на сто от него. По този начин законът имплицитно освобождава тази група социално слаби граждани от задължението сами да плащат вноските си за здравно осигуряване, а същевременно им признава пълните права на здравноосигурени лица. Това законодателно решение е обществено необходимо и със своята справедливост и хуманизъм съответства на принципите на социалната и правовата държава, утвърдени

в чл. 4 от Конституцията и нейния преамбюл (вж. Раздели II и III на Тълкувателно Решение № 14 от 10.11.1992 г. по к. д. № 14/1992 г.).

Конституционният съд намира за необходимо да подчертае, че държавата не може да бъде разглеждана и дефинирана като обикновен осигурител, каквито са здравноосигурените лица, които правят индивидуалните си осигурителни вноски, и работодателите или ведомствата, когато е предвидено в закон осигурителните вноски да са изцяло за тяхна сметка. Държавата осигурява изцяло лицата по чл. 40, ал. 1, т. 4 и 8 и ал. 2 ЗЗО за сметка на държавния бюджет. Тя осигурява изцяло и спешната медицинска помощ. Държавата не е абдикирала от грижата да осигури и по друг начин достатъчен финансов ресурс на НЗОК – например чрез субсидии (трансфери) от държавния бюджет по чл. 23, ал. 1, т. 11 ЗЗО (чл. 48, ал. 4 от Закона за публичните финанси) (обн., ДВ, бр. 15 от 15.02.2013 г., изм. ДВ, бр. 95 от 08.12.2015 г.) или чрез ползване на краткосрочни безлихвени заеми от държавния бюджет по чл. 23, ал. 2 ЗЗО (чл. 103, ал. 1 от Закона за публичните финанси) (в същия смисъл вж. Решение № 13 от 15.07.2003 г. по к. д. № 11/2003 г.). Налице е и съществена разлика между осигурителните вноски и трансферите от държавния бюджет – първите са публични държавни вземания, събирането на които се извършва по реда на Данъчно-осигурителния процесуален кодекс, а вторите са бюджетни взаимоотношения на държавния бюджет с бюджетите на социалноосигурителните фондове, за които е приложима Глава четвърта – Бюджетни взаимоотношения от Закона за публичните финанси. Поради това и самият Закон за здравното осигуряване в чл. 23, ал. 1, т. 1 и 2 разграничава в самостоятелни пунктове осигурителните вноски, от една страна, и от друга - трансферите от държавния бюджет за осигурителните вноски на лицата по чл. 40, ал. 1, т. 4 и 8 и ал. 2 и 3. Поради това съдът не счита, че държавата се поставя в по-благоприятно положение от останалите осигурители при извършването на трансфери за осигурителни вноски.

Няма връзка и еквивалентност между размера на осигурителната вноска на осигуреното лице, от една страна, и вида и качеството на медицинската помощ, която то получава, от друга страна. Предпоставката за възникване за осигуреното лице на право на здравно осигуряване и то да може да получи медицински дейности и услуги при необходимост е само наличието на заплатена осигурителна вноска. Поради това лицата по чл. 40, ал. 3 ЗЗО, независимо че за тях трансферът от държавата е направен на база, която е по-ниска от минималния осигурителен доход на самоосигуряващите се лица, не са поставени в неравностойно положение в сравнение с останалите осигурени лица, защото имат равен достъп до медицинско обслужване. Не е нарушен принципът по чл. 6, ал. 2 от Конституцията за равенство на гражданите пред закона, защото лицата по чл. 40, ал. 3 ЗЗО ползват същите права като всички здравноосигурени лица. Осигурените лица по чл. 40, ал. 3 ЗЗО получават медицински услуги в пълен обем независимо от по-малките осигурителни вноски от бюджета на държавата.

Неоснователно е твърдението в искането, че оспореният чл. 40, ал. 4а ЗЗО противоречи на чл. 6 от Конституцията, тъй като създава привилегия за една група граждани да ползват същите права, като всички останали граждани, включени в системата на здравното осигуряване, независимо че внасяните за тях от държавния бюджет осигурителни вноски са по-ниски по размер от вноските на други осигурени лица. Оспорената разпоредба сама по себе си е неотнормирана към конституционните принципи за равенство пред закона и забраната за дискриминация по признаците, посочени в чл. 6, ал. 2 от Конституцията, защото не е нарушено правото на здравно осигуряване и всички осигурени лица получават равен достъп до медицинска помощ. Законната привилегия определени групи граждани да не заплащат сами здравноосигурителните си вноски поради материални затруднения е уредена в неоспорената с искането разпоредба на чл. 40, ал.

3 ЗЗО, съществуването на която е оправдано с оглед на социалния характер на държавата и принципа на справедливостта.

По горните съображения съдът намира искането за установяване на противоконституционност на чл. 40, ал. 4а ЗЗО за неоснователно.

Искането не съдържа конкретни доводи в подкрепа на твърдението, че оспорената разпоредба на чл. 40, ал. 4а ЗЗО не съответства на международното право и на международните договори, по които България е страна. В тази част на искането вносителите само са изброили някои принципни норми и отделни клаузи на различни международни актове, абсолютно идентични с тези, посочени в искането в частта му по чл. 45, ал. 2 ЗЗО.

Поначало изброените в искането актове не са свързани със задълженията на социалната държава за осигуряване на финансовата стабилност на здравноосигурителната система, за да бъдат относими към чл. 40, ал. 4а ЗЗО, а някои от тях не се отнасят и към равенството на гражданите пред закона и към забраната за дискриминация в здравеопазването и съответните здравноосигурителни отношения. Например чл. 14 КЗПЧОС е релевантен към упражняване на правата и свободите, предвидени в конвенцията, сред които не са социалните права, а чл. 25, буква „с“ МПГШП – към достъпа до държавна служба в договарящите се държави. Останалите изброени актове изразяват принципите на равенство на гражданите пред закона и забраната за дискриминация, които не само са уредени в българската Конституция (чл. 6, ал. 1 и 2), но и винаги са тълкувани от Конституционния съд съобразно духа и съдържанието, вложени в съответните обвързващи страната международни правни инструменти. Следователно горните съждения в подкрепа на заключението за конституционосъобразност на оспорената разпоредба на чл. 40, ал. 4а ЗЗО е напълно валидно, а от тях следва заключението за неоснователност на искането за установяване на

1991

съответствието ѝ с общопризнатите норми на международното право и с международните договори, по които България е страна.

По изложените съображения и на основание чл. 149, ал. 1, т. 2 и 4, предложение второ от Конституцията на Република България, Конституционният съд

Р Е Ш И:

Обявява за противоконституционна разпоредбата на чл. 45, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (обн., ДВ, бр. 70 от 19 юни 1998 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 48 от 27 юни 2015 г. ; последно изм., ДВ, бр. 102 от 29 декември 2015 г.).

Отхвърля искането на шестдесет и двама народни представители от 43-то Народно събрание за установяване на противоконституционност и произнасяне за съответствие с общопризнатите норми на международното право и международните договори, по които България е страна, на разпоредбата на чл. 40, ал. 4а от Закона за здравното осигуряване (обн., ДВ, бр. 70 от 19 юни 1998 г.; изм. и доп., ДВ, бр. 48 от 27 юни 2015 г.; последно изм., ДВ, бр. 102 от 29 декември 2015 г.).

/ /

Председател: Борис В.

Членове:

Цанка Цанкова

Гроздан Илиев

Мариана Карагьозова

Румен Ненков

Константин Попов

Кети Маркова

Филип Димитров

Георги Ангелов

Анастас Анастасов