

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

изм. №

476

22.10.2015г.

УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ

*За Венцислав
к.г. № 6 / 2015г.
26.10.15г.*

До
КОНСТИТУЦИОНЕН СЪД НА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

1594 София, бул. Дондуков № 1

Конституционно дело № 6/2015г.

СТ А Н О В И Щ Е

От

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ, с Булстат № 121855943, със седалище и адрес на управление: гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ №15, представлявано от Председателя на Управителния съвет – д-р Венцислав Грозев.

ПОЧИТАЕМИ КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,

Представяме на Вашето внимание настоящото становище по отношение на искането на 62 народни представители от 43-то Народно събрание за установяване на противоконституционност на чл. 40, ал. 4а (Нова - обн., ДВ, бр. 102/2012 г., в сила от 21.12.2012 г., изм., ДВ, бр. 48/2015 г, в сила от 1.01.2016 г./ и 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 2015г., последно изменен, ДВ, бр. 72 от 18 септември 2015 г.), както и за несъответствието на тези разпоредби с общопризнатите норми на международното право и с международните договори, по които България е страна.

На първо място считаме за уместно да подчертаем важното значение на оформената от двете разпоредби на Закона за здравното осигуряване тема. По своята същност цитираните по-горе норми са съществен елемент от обобщения образ на българското здравеопазване и неговата адекватност за целите на осигуряване на здравето на нацията.

Сумирайки вложения смисъл в разпоредбите от Конституцията на Република България /К на РБ/ /чл. 4, ал. 1 и ал. 2, чл. 6, чл. 52, ал. 1 и ал. 3/, от Международния пакт за икономически, социални и културни права /чл. 2, ал. 2 и чл. 5/, от Конвенцията за защита на правата на човека и основните свободи /чл. 14/, от Международния пакт за граждански и политически права /чл. 25, б. „с“ и чл. 26/, от Хартата на основните права на европейския съюз /чл. 20 и чл. 21/, Европейска социална харта (ревизирана) /чл. Е, част V/, от Всеобщата декларация за правата на човека /чл. 2/, ползвани от народните представители в искането им до Конституционния съд на Република България за установяване на противоконституционност, респективно – противоречие с

норми от наднационален висш порядък, то бихме били в състояние да изградим следната теза. При условие, че здравето се приема за нормативнопризнато право, то в контекста на изброените в предходното изречение норми същото е основно и неотменимо човешко право, закриляно от правовата държава, чието ограничаване на основата на дискриминация е недопустимо. Привързвайки синтезираното твърдение с дефиницията на Световната здравна организация /СЗО/ за здраве - „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг“, то дефиницията би придобила това съдържание: „Човешкото здраве, като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг, е основно и неотменимо човешко право, закриляно от правовата държава, чието ограничаване на основата на дискриминация е недопустимо“. В логиката на това съждение всяка законова норма, приета в дисонанс с предложената дефиниция би имала противоконституционен или противоположен, на основата на наднационалното право характер.

Вземайки отношение по евентуалното противоречието на нормата на чл. 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 2015г., последно изменен, ДВ, бр. 72 от 18 септември 2015 г.) на изброените по – горе норми от по-висш характер и като цяло на предложената дефиниция, то следва да отбележим, че във всичките си редакции разпоредбата на ал. 2 е предвиждала пакетът медицинска помощ да бъде приеман с наредба на Министъра на здравеопазването, независимо дали същият е определен като минимален, основен, а към настоящия момент основен и допълнителен. Дали самото разделяне на пакета на основен и допълнителен крие потенциална възможност за нарушаване на правото на здраве е важният въпрос, който следва да бъде изследван от съда. От съществено значение са мотивите за това разделяне. При хипотеза на разделяне с цел подобряване достъпа на пациентите до качествена и навременна помощ, при зачитане на равноправието на гражданите, независимо от пол, раса, цвят на кожата, език, религия, политически и други убеждения, национален или социален произход, принадлежност към национално малцинство, имуществено, рождение или друг някакъв признак, то тази законодателен акт не би влязъл в колизия с визираните по-горе норми. 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. Това е така, тъй като социално-икономическият статус на българското население е изключително разнороден. Не е налице и развита система на допълнително здравно осигуряване, която да гарантира със своята финансова адекватност равноправие в допълнителния пакет. Напълно възможно е едни граждани, със заболяване, което макар да не е животозастрашаващо или чието незабавно лечение не е наложително, да се наложи да чакат за лечение за определен период от време, тъй като не разполагат със средства да изберат сега да им бъде оказана медицинската

помощ. Връщайки се по-горе към дефиницията за здраве на СЗО здраве ще видим, че едни лица биха били поставени в хипотеза на „по-здрави“, а други на „по-малко здрави“.

В общностните актове от вторичен характер, например Регламент (ЕО) № 883/2004 на Европейския парламент и на Съвета /чл. 20/ или Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване /чл. 8, ал. 5/, когато въпросното здравно обслужване не може да бъде предоставено на територията на осигурителя в обосноваван от медицинска гледна точка срок, въз основа на обективна медицинска оценка на здравословното състояние, историята и вероятното развитие на заболяването на пациента, степента на болка при пациента и/или естеството на увреждането на пациента, то същият има възможност да избере и трансгранична помощ. Тоест самото отлагане на лечението е обусловено от различни фактори, а не само от групиране по диагноза във съответния пакет на медицинската помощ.

В общи линии, инструментариумът от законодателни ходове във сферата на здравеопазването не следва да бъде подчинен на идеята за абдикация на държавата от ангажимента ѝ да закриля здравето на гражданите, от ангажимента на изпълнителна власт, на основата на чл.3, ал. 1 и чл. 5, ал. 1 от Закона за здравето под делегацията на чл. 52, ал. 1 и ал. 3 от К на РБ, да проведе адекватна за здравния статус на населението политика.

Що се касае до противоречието на нормата на чл. 40, ал. 4а (Нова - обн., ДВ, бр. 102/2012 г., в сила от 21.12.2012 г., изм., ДВ, бр. 48/2015 г, в сила от 1.01.2016 г./ на изброените по - горе норми от по-висш характер, то винаги сме застъпвали и сме били убедени в тезата, че държавата, чрез законодателя, създава за себе си привилегировано положение, позволяващо ѝ да внася здравноосигурителни вноски за посочените в чл. 40 от ЗЗО категории лица, осигурени за нейна сметка, в занижен размер. Същевременно с тази акт държавата дискриминира посочените лица по редица от изброените в чл. 4, ал. 1 от Закона за защита от дискриминация категории на дискриминационното отношение към индивида. Тук изрично могат да бъдат споменати лично и обществено положение, възраст, имуществено състояние и др. Подходът на законодателя е в пълно противоречие с чл. 6 от Конституцията на Република България и предполага занижено здравно обслужване, компенсирано единствено от и за сметка на изпълнителите на здравна помощ. Тази политика на държавата предполага натрупването на сериозен дефицит в системата на здравното осигуряване и рефлектира върху качеството на здравната помощ. Самото дискриминационно отношение би могло да бъде разгледано в две посоки - като дискриминиране на тези, които заплащат повече, тъй като не попадат в категориите лица осигурени от държавата или като дискриминиране на тези, за които е платено по-малко, например за българските деца. Обръщайки внимание на проблемите в сектора на детското здравеопазване, ще се убедим, че те са обусловени изцяло от липсата на средства в системата. Интересен е и въпросът дали суверенът

желае държавата да осигурява децата му в занижени граници, zlepоставяйки живото и здравето им. В това отношение сме категорични, че разпоредбата на чл. 40, ал. 4а от ЗЗО е в остра диспропорция с основните идеи, заложиени в упоменатите норми от К на РБ и международните актове. Държавата следва да внася за осигурените от нея лица осигурителна вноска в размер, определен със закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за съответната година, върху минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица и то като долна граница.

С ПОЧИТ:

Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УПРАВЛЕНИЯ СЪВЕТ
НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

