

**А Д З З**

**АСОЦИАЦИЯ НА ДРУЖЕСТВАТА ЗА  
ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ**

**ДО  
КОНСТИТУЦИОННИЯ СЪД НА  
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**НА ВАШ № 23.30.09.2015 г.**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОЖИ И ГОСПОДА  
КОНСТИТУЦИОННИ СЪДИИ,**

Асоциацията на дружествата за здравно застраховане подкрепя Искането на народните представители за установяване на противоконституционност и 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 и чл.40, ал.4а от Закона за здравното осигуряване поради следните мотиви:

1. Параграф 10.т.2 от Закона за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване (обн.ДВ бр.48 от 27.06.2015 г.) е в противоречие с 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. Здравното осигуряване съгласно Решение № 32 на Конституционния съд от 26 ноември 1998 г. по конституционно дело № 29/1998 г. трябва да гарантира медицинска помощ, която е достъпна. Конституционният съд е приел, че понятието “достъпна” по смисъла на тази разпоредба означава възможност за медицинско лечение на всички граждани в случай на заболяване при равни условия и еднакви възможности за ползване на лечението. Като се има предвид съдържанието

на това понятие, следва да се приеме, че гаранция за достъпност на медицинската помощ са принципите по чл.5, т.1, 3 и 5 от ЗЗО, въз основа на които се осъществява задължителното здравно осигуряване. Те изискват задължително участие, солидарност на осигурените при ползването на набраните средства и равнопоставеност при ползването на медицинска помощ. В съответствие с тях следващите разпоредби на Закона за здравното осигуряване предвиждат, че задължително осигурени в Националната здравноосигурителна каса са всички български граждани (чл.33, т.1), те правят вноски, които са съобразени с финансовото им състояние (чл.40 и чл.41) и без да заплащат извършените разноски, получават медицински услуги и лечение в зависимост от здравословното си състояние и тежестта на заболяването (чл. 35). По такъв начин и чрез приложението от законодателя на тези принципи се създава система за социална здравна защита на населението, която предоставя максимален достъп до медицинска помощ и равенство при получаването ѝ. С приетото изменение на чл.45, ал.2 от Закона за здравното осигуряване се нарушава принципа на равнопоставеност на българските граждани при ползването на гарантираното от задължителното здравното осигуряване безплатно медицинско обслужване и се създава правна възможност една част от гражданите, които имат 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 това. Законът в цитираната разпоредба предвижда определянето на основен и допълнителен пакет да става с наредба на министъра на здравеопазването, която ще се актуализира веднъж годишно до 31 октомври на съответната година. В мотивите на Министерския съвет към законопроекта, който е внесен в Народното събрание липсва каквато и да е обосновка за необходимостта от разделянето на пакета на основен и допълнителен, което противоречи на чл.26 и чл.28 от Закона за нормативните актове. Липсва и анализ за съответствието с правото на Европейския съюз. Разделянето на пакета медицинска помощ, включващ видовете медицинска помощ по ал.1 на чл.45 без тази по точки 11,12 и 15, на основен и допълнителен изисква законодателят да определи в самия закон разграничението на пакетите, а не да го делегира като правомощие на министъра на здравеопазването, т.е да определи кое заболяване, медицинска грижа и т.н. се определят като “основен пакет” и какво законът разбира под понятието “допълнителен пакет”. Кой ще взема решение в кои случаи заболяването се определя като допълнително и кой ще носи отговорност (наказателна и гражданска) в случай на погрешно определяне на дадено заболяване като допълнително вместо основно. Ако целта на приетия закон е гражданите да заплащат за медицинска помощ, определена като допълнителен пакет, когато не искат да чакат или вместо

него да заплащат застрахователите при сключена медицинска застраховка “Заболяване” застрахователите ще бъдат изправени пред невъзможността да спазят чл.31 от ДИРЕКТИВА 92/49/ЕИО НА СЪВЕТА от 18 юни 1992 година относно координирането на законовите, подзаконовите и административните разпоредби, свързани с прякото застраховане, различно от животозастраховането и за изменение на Директиви 73/239/ЕИО и 88/357/ЕИО (Трета директива за застраховането, различно от животозастраховане) (консолидирана версия, в сила от 21.03.2008 г. до 31.10.2012 г.)(отм., в сила от 01.11.2012 г.). Съгласно чл.31 от цитираната директива преди сключването на застрахователен договор застрахователното предприятие информира титуляра на полица за приложимото право към договора, когато страните нямат свободен избор или факта, че страните са свободни да избират приложимото право и в последния случай, правото, което застрахователят предлага да бъде избрано. При създадената правна възможност наредбата да се актуализира ежегодно до 31 октомври на съответната година ще бъде невъзможно да се сключват застрахователни договори за покриване на допълнителния пакет от медицинска помощ като се определя приложимото действащо право за срока на съответния договор или застрахователите ще трябва да сключват договори за застраховка Заболяване само на 1 ноември на съответната година, тъй като срока на договорите е едногодишен и договори сключени преди 31 октомври не могат да отразят услугите в допълнителния пакет, след тази дата. Задължението за българските граждани да заплащат вноски по задължителното здравно осигуряване произтича от Конституцията и Закона за здравното осигуряване, а правото им на ползване на безплатно медицинско обслужване се урежда на практика с нормативен акт на министъра на здравеопазването, като в случаите в които заболяването им ще попада в “допълнителния” пакет ще заплащат два пъти лечението си – веднъж 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. С приетия законен текст на чл.45, ал.2 от Закона за здравното осигуряване законодателят заобикаля императивния текст на чл. 52, ал. 1 от Конституцията и узаконява нерагламентираните плащания в лечебните заведения, които гражданите са принудени да правят или вместо тях застрахователите. Анализът на оспорената разпоредба налага извода, че чрез създадената фикция за разделянето на медицинската помощ на основен и допълнителен пакет се поражда неравнопоставеност между българските граждани и по този начин се прегражда правото на безплатно медицинско обслужване. С оглед на изложеното оспорената разпоредба противоречи и на принципите в чл. 81. ал.2 от Закона за здравето досежно правото на достъпна медицинска помощ между които са: своевременност, достатъчност и качество на

медицинската помощ и зачитане правата на пациента. Въведената с чл.45, ал.2 фикция делигираща правомощие на министъра на здравеопазването да определя кои заболявания са основни и кои допълнителни противоречи на чл.52, ал.1 от Конституцията и се нарушава чл.15, ал.2 от Закона за нормативните актове, тъй като не може подзаконов нормативен акт, чрез фикция да ограничава гарантирани права на гражданите със закон и с Конституция, което е константна практика на административните съдилища. С приемането на измененията в ал.2 на чл.45 на практика се цели да се узаконят лимитите на средствата, които НЗОК налага на лечебните заведения за болнична помощ, обявени от административния съд като незаконни и да се узакони принудата пациента да заплаща за своето лечение.

2. Изцяло подкрепяме мотивите в искането на вносителите относно противоконституционността на чл.40, ал.4а от Закона за здравното осигуряване, с която държавата създава за себе си привилегия като се задължава да внася здравноосигурителни вноски за определени категории граждани в размер на половина по-малък от минималния осигурителен доход.

21.10.2015 год.

Председател АЛДЗЗ  
Д-р Мими Виткова

