



**TA for the implementation of the Health Promotion
& Preventive Maternal and Child Health Care
EuropeAid/122909/D/SER/BG**



**TA for the implementation of the Health Promotion & Preventive Maternal and Child Health
Care, Publication reference:
(Europeaid/122909/D/SER, BG 2004/016 - 711.01.03.0001)**

Elaborated by Consortium:



ПРОУЧВАНЕ НА ЗАКОНОДАТЕЛСТВОТО НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ НА ДЕЦАТА, БРЕМЕННИТЕ ЖЕНИ И МАЙКИТЕ С ДЕЦА ДО ТРИГОДИШНА ВЪЗРАСТ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ПРОМЕНИ /С ФОКУС ВЪРХУ РОМСКОТО МАЛЦИНСТВО/.

СРАВНЕНИЕ СЪС СТРАНИ ОТ ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Съдържание на анализа:

1. Ситуацията в страната - кратко изложение на проблематиката, свързана със здравеопазването и профилактиката при децата, бременните жени и младите майки сред ромското малцинство в България.
2. Преглед на българското законодателство, касаещо детско и майчино здравеопазване, профилактики и превенции, положение на здравно неосигурените, включващ разпоредби на:
 - Конституцията на Република България
 - Закон за здравето;
 - Закон за здравното осигуряване
 - Кодекс за задължително социално осигуряване
 - Кодекс на труда
 - Закон за бюджета на националната здравно осигурителна каса
 - Закон за защита от дискриминацията
 - Релевантни подзаконовни нормативни актове
 - Релевантни международни документи, ратифицирани от България, с които се поемат задължения за равенство на правата на пациентите.
3. Преглед и анализ на съществуващи дискриминационни текстове в българското законодателство, резултиращи в непряка дискриминация по отношение на пациенти, принадлежащи към ромското малцинство.
4. Представяне и анализ на българска съдебна практика по тематиката.
5. Представяне и анализ на добри национални и местни практики по темата /включително постигнати чрез проектно финансиране/.
6. Сравнително преглед на някои законодателни решения в страни членки на Европейския съюз.

7. Препоръки за законодателни промени и решения.

ИЗЛОЖЕНИЕ:

I. Ситуацията в страната - кратко изложение на проблематиката, свързана със здравеопазването и профилактиката при децата, бременните жени и младите майки сред ромското малцинство в България.

Според официалните данни на националната статистика ромското малцинство в Република България представлява 4,68 % от населението в страната¹. Отнесено към общия брой на населението, това в цифри означава около 370 000 души. Следва да се има предвид обаче, че тази официална статистика се разминава повече от чувствително с фактическото положение в страната. Според данни от паралелни проучвания на статистически агенции и български и международни граждански организации, броят на ромското население в страната достига до около 800 000. Причините за тази статистическа некоректност са няколко: На първо място голяма част от ромското население в България, което изповядва мюсюлманска религия, самоопределя себе си като турско население. Някои от ромските групи освен това, се самоопределят със своето групово наименование. Проблемът е задълбочен и от факта, че по време на преброяванията, включително по време на последното цитирано, преброителите не са извършвали коректно работата си на територията на ромските гета, където нерядко преброяването е извършвано само по перифериите. По този начин голяма част от ромите остават невключени в този процес и, следователно, извън статистиката. Тази некоректност резултира в затруднения при планирането на програми и стратегии, свързани с преодоляване на проблемите на ромското малцинство в България, тъй като поради неизвестността на броя на това население не може да се извърши качествено планиране на дейности, територии – бенефициенти и коректно бюджетно планиране на програмите.

През 2005 г. стартира международна инициатива, инициирана от Институт Отворено общество и Световна банка, насочена към включване на правителствата и гражданския сектор на европейските държави с концентрирано ромско малцинство в планови

¹ Данните са от последното Национално преброяване, проведено на 1 март 2001 г.

програми за преодоляване на идентифицираните сериозни проблеми на ромите в Европа – Десетилетие на ромското включване 2005 – 2015. Инициативата се концентрира върху четири основни области на обществения живот, идентифицирани като стратегически проблемни: жилищните условия, сферата на трудовата заетост, образованието и **здравеопазването** /с пресечена точка – правото на равно третиране и недискриминация на ромското население в тези области на обществения живот/. Тази инициатива за пореден път изведе здравеопазването на ромското малцинство в страната ни като един от ключовите проблеми, които следва да бъдат преодоляни, с оглед осигуряване на равностойното положение на ромите.

Реформите, които се провеждат вече повече от десетилетие в България в сферата на здравеопазването, дадоха възможност да бъдат изведени особено тревожни изводи, що се отнася до здравния статус и здравеопазването на ромското малцинство. Статистиката сочи чувствително по-голям процент на заболяемост сред ромското малцинство в сравнение с българското, както и по-голям процент на ранна смъртност, включително и сред децата. Тези проблеми се извеждат като резултат от жизнената среда, която е много по-проблемна поради чувствително по-ниските доходи, големия процент безработица, ниската степен на образование, лошите жилищни условия, включително липса на комунални системи, което довежда и до по-висока степен на замърсяване и от там – на по-лесно разпространение на заболявания и зарази. Като резултат от това сред ромското население се наблюдават заболявания, нерядко достигащи до епидемии, които са в голяма степен нетипични в съвременни условия за останалата част от населението – като туберкулоза /резултат от лоши жилищни условия, системно недохранване, липса на задължителни имунизации и не-лекуване на настъпили белодробни болестни състояния/ и различни инфекции на хепатит /тип “А”, особено сред децата, както и тип “В” и “С”/. Нередовните имунизации сред децата, и нерядко липсата на такива, водят до много по-тежки състояния, отколкото при останалата част от населението, при заболявания, които типично преминават много по-леко при имунизираните деца /варицела, рубеола/. Това е резултат от липсата на програми за осигуряване на редовни имунизации, ранна диагностика на заболяванията и осигуряване на превенция на заболяванията. Ниската степен на здравно образование сред родителите е също едва от сериозните причини за изброените проблеми. Не са редки и случаи, в които децата, живеещи в гетата, изобщо не са регистрирани при

лични лекари, като в част от случаите родителите им изобщо не са информирани, че децата са здравно осигурени и имат правото на здравна регистрация, независимо от това, че родителите им не са осигурени. Другата основна причина за по-висока степен на заболяемост при децата от ромското малцинство е сравнително по-високата им податливост към заболявания, които са свързани с липсата на превенция в пренаталния период. Няколко са основните причини за това: На първо място много по-високият процент на здравно неосигурени бъдещи майки, при които бременността не се проследява и наблюдава медицински, което носи риска от настъпване на състояния, опасни за здравословното състояние на плода; освен това нездравословните условия, при които бъдещите майки прекарват бременността си, както и статистически по-ниската възраст на бъдещите майки, честите забременявания и раждания. Високият процент на безработицата сред ромското население естествено влече след себе си чувствително по-висок процент на здравно неосигурени – включително сред числото на бъдещите майки, както и сред майките – кърмачки и майките с малки деца. Като последица от това здравословното състояние сред тези групи е процентно много по-рисково, отколкото при същите групи сред населението от мнозинството. Ниската степен на образование, включително на здравно образование, резултира в проблеми, свързани и с по-агресивно разпространение на болестните състояния сред ромското малцинство. Това, в допълнение към факта, че заболяванията не се проследяват и лекуват навреме, поради това, че здравно не-осигурените следва да заплащат лечението си, крие много по-висок риск от разпространение на епидемии.

2. Преглед на българското законодателство, касаещо детско и майчино здравеопазване, профилактики и превенции и положение на здравно неосигурените:

2.1. *Конституция на Република България*²: Последната българска *Конституция* прогласи като един от основните си принципи общочовешката ценност, че всички се раждат равни³. Следва да се отбележи, че правото на равенство заема особено място

² В сила от 13.07.1991 г., Обн. ДВ. бр.56 от 13 Юли 1991г., изм. ДВ. бр.85 от 26 Септември 2003г., изм. ДВ. бр.18 от 25 Февруари 2005г., изм. ДВ. бр.27 от 31 Март 2006г., изм. ДВ. бр.78 от 26 Септември 2006г., изм. ДВ. бр.12 от 6 Февруари 2007г.

³ Конституция на Република България: «Чл. 6, ал. 1 Всички хора се раждат свободни и равни по достойнство и права; Ал. 2 Всички граждани са равни пред закона. Не се допускат никакви ограничения на правата или привилегии, основани на раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход,

сред основните човешки права. Освен в преамбюла на *Конституцията*, принципът на равно достойнство е прогласен и в чл.6, ал.1 на същата, според който всички хора се раждат свободни и равни по достойнство и права. Този принцип, видно от конституционната разпоредба, има измерението на свобода, а не просто на право и е изведен пред останалите права и свободи на гражданите, уредени в глава втора от *Конституцията*. Също така за разлика от по-голямата част от останалите права и свободи на човека и гражданина, тази свобода е формулирана като абсолютна, без да е допустимо нейното ограничаване в каквито и да било случаи, дори и по изключение. Това означава, че никакво нейно засягане или накърняване не е допустимо, колкото и оправдано да изглежда то от практическа гледна точка. Следователно задължението за другите, което съответства на свободата на личността на равно достойнство, е за равно отношение към всяко човешко същество.

Конституционната Глава втора задава рамката на прогласяване и защита на основните права на гражданите. Конституционната защита освен рамкова е и пряка, тъй като самата *Конституция* определя, че нейните разпоредби имат пряко и непосредствено действие, тоест могат да бъдат основание за пряка защита, включително по съдебен ред, дори да не са доразвити в специално отраслово законодателство⁴. Материята заема особено място в самата *Конституция*. Поради това тя е защитена от основния закон, поради това е подчертана и от конституционния законодател и в преамбюла на *Конституцията*⁵.

Действащата *Конституция* определя като едно от основните права на гражданите правото им на здравно осигуряване⁶. Това личи от тематичното поставяне на тази разпоредба в *Глава втора* на *Конституцията*, която рамкира основните права на гражданите. Според *Конституцията* правото на здравно осигуряване на гражданите следва да им гарантира **достъпна** медицинска помощ, както и безплатно ползване на медицинска помощ при условия и по ред, определен със съответното отраслово

религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние.»

⁴ Конституция на Република България: Чл. 5, ал. 2: «Разпоредбите на Конституцията имат непосредствено действие».

⁵ Конституция на Република България, преамбюл: «Ние, народните представители от Седмото Велико Народно събрание, в стремежа си да изразим волята на българския народ, като обявяваме верността си към общочовешките ценности: свобода, мир, хуманизъм, равенство, справедливост и търпимост; като издигаме във върховен принцип правата на личността, нейното достойнство и сигурност;...»

⁶ Вж. Конституция на Република България, чл. 52.

законодателство. Правото на здравно осигуряване е тематично свързано с правото на социално осигуряване, прогласено в предхождащия го конституционен текст – чл. 51 от *Конституцията*. Това е така, тъй като при гражданите, устроени в трудови правоотношения, по-големия процент от социално-осигурителните и здравно-осигурителните вноски са задължение на техните работодатели. *Конституцията* освен това определя, че безработните лица се осигуряват социално при условия и по ред, определен със съответното отраслово законодателство⁷. Реципрочна разпоредба обаче липсва в текстовете, които се отнасят към здравното осигуряване. Тази конституционна празнота води до необходимостта неустроените в трудови правоотношения граждани да имат за себе си отговорността на здравно само-осигуряващи се лица. Здравното осигуряване на такива лица е оставено като тяхна индивидуална грижа, и това се отнася включително до гражданите, които са част от социално уязвими групи, каквито са хората живеещи под екзистенц-минимума, включително бременните жени и майките с малки деца сред тях. Това е така, макар че *Конституцията* определя сред източниците на финансиране на здравното осигуряване на гражданите както работодателите и личните и колективни вноски, така и държавния бюджет, откъдето всъщност биха могли да бъдат заделени средства за здравно осигуряване и на тези определени като уязвими групи, като по този начин те бъдат поставени в позиция, равностойна на позицията на останалите граждани. Дискутираният конституционен пропуск освен това практически влиза в колизия с конституционния текст, който определя специалната закрила на майките и бременните жени, специално в сферата на здравеопазването. Самата *Конституция* определя, че майката се ползва от особена закрила от страна на държавата, която следва да ѝ осигури платен отпуск преди и след раждане и безплатна акушерска помощ, както и други социални помощи⁸. Никъде в *Конституцията* не се диференцира положението на здравно осигурената и здравно неосигурената майка. Тази диференция се прави в следствие с отрасловото законодателство, с което всъщност се създават ограничения на правата прогласени и защитени от основния закон – *Конституцията*, която, както вече се описа по-горе има непосредствено действие. Последното представлява и нарушение на конституционната разпоредба, определяща

⁷ Вж. Конституция на Република България, чл. 51, ал. 2

⁸ Вж. Конституция на Република България, чл. 47, ал. 2

Конституцията като основен закон, на който другите закони не могат да противоречат, а следователно и да задават ограничения.

За пълнота на изследването на конституционните текстове следва да се посочи, че по отношение на ромското малцинство, живеещо в градските и селски гета, при описаните по-горе нездравословни условия, практически се нарушава и чл. 55 от *Конституцията*, който закрива правото на гражданите на здравословна околна среда.

2.2. *Закон за здравето*⁹: Това е основният отраслов закон, който определя рамката и защитата на правото на здравеопазване на гражданите. В този смисъл за целите на настоящото изследване е важно да се спомене, че с този основен за материята закон здравето на гражданите е определено като основен национален приоритет, при това гарантиран от държавата чрез привеждане в практика на принципи, между които са равнопоставеността при ползването на здравните услуги, осигуряването на достъпна и качествена здравна помощ с **приоритет и особена здравна закрила** за деца, бременни жени и майки с малки деца и държавното участие във финансирането на дейности, насочени към опазване на здравето на гражданите¹⁰. За осъществяването на тези принципи на практика Министерство на здравеопазването разработва *Национална здравна стратегия*, която се одобрява от Министерски съвет и се приема от Народното събрание. На основание на тази стратегия, като основен документ, се приемат и *Национални здравни програми*. Според самия закон тези документи следва да се основават на оценка на здравното състояние и здравните потребности на гражданите. Националната политика в областта на здравеопазването институционално се осъществява от Министъра на здравеопазването с помощта на *Висш медицински съвет*, в който влизат представители на медицинските професии – на национално ниво, и от съответни регионални подразделения *Регионални центрове по здравеопазване* и *Регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве* – на местно ниво.

⁹ В сила от 01.01.2005 г., Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г., изм. ДВ. бр.76 от 20 Септември 2005г., изм. ДВ. бр.85 от 25 Октомври 2005г., изм. ДВ. бр.88 от 4 Ноември 2005г., изм. ДВ. бр.94 от 25 Ноември 2005г., изм. ДВ. бр.103 от 23 Декември 2005г., изм. ДВ. бр.18 от 28 Февруари 2006г., изм. ДВ. бр.30 от 11 Април 2006г., изм. ДВ. бр.34 от 25 Април 2006г., изм. ДВ. бр.59 от 21 Юли 2006г., изм. ДВ. бр.71 от 1 Септември 2006г., изм. ДВ. бр.75 от 12 Септември 2006г., изм. ДВ. бр.81 от 6 Октомври 2006г., изм. ДВ. бр.95 от 24 Ноември 2006г., изм. ДВ. бр.102 от 19 Декември 2006г., изм. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007г., изм. ДВ. бр.41 от 22 Май 2007г., изм. ДВ. бр.46 от 12 Юни 2007г., изм. ДВ. бр.59 от 20 Юли 2007г., изм. ДВ. бр.82 от 12 Октомври 2007г., изм. ДВ. бр.95 от 20 Ноември 2007г., изм. ДВ. бр.13 от 8 Февруари 2008г.

¹⁰ Вж. чл. 2, особено т. 1,2,5 и 6 от Закон за здравето и чл. 82 и следващите от Закона за здравето.

В *Закона за здравето* е определено, че гражданите подлежат на задължителни имунизации за превенция от заразни болести, като лицата и видовете имунизации се определят с наредба на Министъра на здравеопазването. Базисно имунизациите биват редовни и при извънредни епидемиологични ситуации, като законът не прави разлики между здравноосигурени и здравно неосигурени лица – т.е. би следвало имунизационният процес да се отнася до всички. На практика обаче здравно неосигурените лица, включително и тези попадащи в разглежданите в настоящото изложение групи /майки, бременни жени и деца/ имат по-ограничен достъп до имунизациите поради няколко причини – на първо място не разполагат с лични лекари, които да ги уведомят за имунизационните им календари и извънредните имунизации, нямат информация къде биха могли да извършат имунизациите, част от родителите /особено по-необразованите/ имат предразсъдъци към имунизациите и включително умишлено ги спестяват на децата си, въпреки че Законът за здравето определя в своята Глава осма – Административно наказателни разпоредби – глоби за родителите, които не осигуряват имунизирването на децата си¹¹. Проблемът се задълбочава и от фактичката невъзможност за проследяване на този процес сред деца, които изобщо не са регистрирани от родителите си при личен лекар. Поради това законът следва да осигури система за извършване на такава регистрация и при децата, при които това не се извършва от родителите, както и разбира се – система за контрол. За здравно неосигурените лица, включително от разглежданите групи, съществува и риск от неизпълнение на разпоредбите на чл. 60 и следващите от *Закона за здравето*, според които болните от заразни болести подлежат на специална регистрация и отчет. Това е затруднително да бъде изпълнено при положение, че за здравно неосигурените не съществува регистрация в системата на здравеопазване изобщо. Следователно е необходимо тази законова празнина да бъде запълнена със създаването на механизъм за обща регистрация, за да стане възможно проследяването на тези процеси. По-уязвимите групи, като тези, обект на настоящия анализ, следва да бъдат задължително обхванати от такъв механизъм, на първо място заради по-големия риск, който има при тяхно заразяване /за бременната жена или майката – да увреди детето/плода, за децата – да разпространят заразата поради по-наситената си комуникативност и липса на навици за предпазване/. Липсата на регистрация на здравно неосигурените бременни жени

¹¹ Вж. Чл. 209 от *Закона за здравето*.

създава риск също така и за неизпълнение на разпоредбите на чл. 68 от *Закона за здравето*, където се определя специално третиране с йонизираща медицина на бременни жени и кърмачки. В това отношение също следва да се създаде механизъм за приложение на специалното третиране, тъй като в противен случай съществува риск от необратимо увреждане на плода/кърмачето.

Както беше отбелязано по-горе, *Законът за здравето* определя приоритети, насочени към уязвими групи /майки, бременни, деца/. Така например изрично се определя¹², че извън рамките на задължителното здравно осигуряване /тоест за здравно неосигурените лица/ се предоставят медицински услуги при всички спешни състояния, както и специално за бременните жени, които са здравно неосигурени – акушерска помощ. Законът обаче изрично стеснява безплатната акушерска помощ за здравно неосигурените бременни до родоразрешението /макар и независимо от начина/. Това обаче означава, че цялостното наблюдение на бременността на здравно неосигурената жена остава извън рамките на законовата защита на чл. 81 от *Закона за здравето*. Подобно разрешение представлява законова празнота и поставя здравно неосигурената бременна в неравностойно положение в сравнение със здравно осигурената. Необходимо е следователно, да се разшири обхвата на този текст, като се предвиди безплатна медицинска помощ и обслужване за здравно неосигурените бременни жени през целия период на бременността им, като в текста изрично се включи регулярното наблюдение на бременността, а не само лечение на патологични или спешни състояния. Зад такова разрешение стои де факто продължението на законодателната логика за здравното осигуряване на децата: Имам предвид, че ако едно дете е здравно осигурено за всички случаи от момента на раждането си, логично е законовата защита да бъде разширена до грижи за бременната жена, които практически представляват и грижа за бъдещото дете в пренаталния му период. Подобно законово разрешение от една страна ще изравни правата на здравно неосигурените бременни жени с тези на здравно осигурените, а от друга страна ще осигури една и съща грижа за плода на здравно осигурената и здравно неосигурената жена, ще създаде възможности за ранна диагностика на патологични състояния при фетусите, и евентуално ранно прекъсване на патологични бременности, което би намалило риска от раждането на деца със сериозни необратими увреждания. Текстът на чл. 82 от *Закона за здравето* определя

¹² Чл. 82, ал. 1 и 2 от *Закона за здравето*

безплатна медицинска помощ и грижи, както за стационарно, така и за болнично лечение, за децата до 16 годишна възраст. Принципно законодателното ограничение до 16 годишна възраст съдържа в себе си противоречие със законовите разпоредби, определящи пълнолетието да настъпва на 18 годишна възраст /от когато и едно лице би могло да встъпи в трудови правоотношения и да бъде здравно осигурявано или пък да поеме отговорността да се самоосигурява/ и освен това с разпоредбите на *Закона за здравното осигуряване* /които ще бъдат подробно разгледани по-долу/ и от които е видно, че осигуряването на лицата до 18-годишна възраст ако учат /или повече, ако са процес на завършване на средното си образование/ се извършва със средства на републиканския бюджет. В този смисъл препоръката за увеличаване на възрастта за здравно грижи за децата извън системата на здравното осигуряване до навършване на 18 годишна възраст изглежда съвсем логично.

Анализът на *Закона за здравето* сочи и съществуването на принципа за равенство на пациентите в рамки, до голяма степен отговарящи на изискванията на *Закона за защита от дискриминация*. Този принцип е закрепен в *Закона за здравето*¹³ и доразвит в антидискриминационното законодателство. Основното защитено право на пациента според *Закона за здравето* е **правото на достъпна и качествена здравна помощ**. Тъй като определението за “пациент”, което самият този закон дава е “Пациент е всяко лице, което е потърсило или на което се оказва медицинска помощ¹⁴”, може да се направи извода за съществуване на колизия в законодателството. Очевидно е, че здравно неосигурените /независимо от това дали принадлежат към някоя от дискутираните уязвими групи или не/ не разполагат със същия достъп до здравна помощ, както здравно осигурените, или с други думи достъпът до качествената медицинска помощ се предопределя от възможността или невъзможността да я заплатят.

Следва да се отбележи, че *Законът за здравето* е предвидил държавна субсидия за случаите на спешна помощ¹⁵, както и в случаи на бедствия, аварии и катастрофи¹⁶. В

¹³ Закон за здравето, чл. 85: Оценката на здравното състояние на пациента не може да се основава на раса, пол, възраст, етническа принадлежност, произход, религия, образование, културно равнище, убеждения, политическа принадлежност, сексуална ориентация, лично и обществено положение или имуществено състояние.

¹⁴ Чл. 84, ал. 1 от *Закона за здравето*

¹⁵ Чл. 99, ал. 1 от *Закона за здравето*: «Държавата организира и финансира система за оказване на медицинска помощ при спешни състояния.»

допълнение към това *Законът за здравето* задължава всяко лечебно заведение /тоест не само секторите на “Спешна помощ”/ да осигуряват необходимия обем манипулации и лечение в спешни случаи, независимо от здравноосигурителния статус на пациента¹⁷. Определението за спешно състояние обаче, дадено от самия закон¹⁸ е твърде не-конкретно формулирано и в този смисъл дава възможности за откази от медицинско обслужване на здравно не-осигурените, или в най-добрия случай – довежда до ситуации, в които за пациента не е възможно да прецени дали състоянието му дава възможност да се възползва от тази медицинска услуга, въпреки че е здравно не-осигурен. Последващите алинеи на същия текст изрично включват като такова състояние усложненията при родилки, застрашаващи здравето и живота на майката или плода¹⁹, но формулировката отново поставя въпроса дали в това определение може да бъде включена бременната здравно не-осигурена жена във всички стадии на бременността ѝ, тъй като не във всички стадии тя може да се определи като “родилка”. Поради това е смислено да бъде извършено прецизиране на този текст като определението “родилка” се замени с “бременна жена”.

Следва да се отбележи, че *Законът за здравето* определя специална закрила за определени групи от населението. Тези групи, както и обема на специалната закрила са разработени в *Глава четвърта* от закона.

На първо място, като специална група са определени децата. На основание на *Закона за здравето*, за подпомагане на тяхното отглеждане и развитие се създават специални детски ясли и кухни²⁰, както и здравни кабинети в детските заведения и училищата²¹, които оказват медицинска помощ и извършват превенционни мероприятия и профилактика.

Законът за здравето определя и специална защита, с която е натоварена държавата, на репродуктивното здраве на гражданите. В тази защита е включена като информираността и превенционни мероприятия, така и специална закрила за

¹⁶ Вж. Чл. 115, ал. 3 от Закона за здравето.

¹⁷ Вж. Чл. 100, ал. 2 от Закона за здравето.

¹⁸ Чл. 99, ал. 2 от Закона за здравето: «Спешно състояние е остро или внезапно възникнала промяна в здравето на човека, която изисква незабавна медицинска помощ».

¹⁹ Чл. 99, ал. 3, т. 3 от Закона за здравето

²⁰ Чл. 118, ал. 1 от Закона за здравето.

²¹ Вж. Чл. 120, ал. 1 и следващите от Закона за здравето.

бременните жени²². Следва обаче да се отбележи, че в тези текстове *Законът за здравето* никъде не определя, че мерките и закрилата се отнасят както до здравно осигурените, така и до здравно неосигурените бременни жени и майки. По този начин при стеснителното тълкуване на разпоредбата, тя е практически отнесена само към здравно осигурените бременни жени и майки. Изравняването на положението на здравно осигурените и здравно неосигурените жени изисква допълнение на тази разпоредба, което да направи задължителна уговорка за включването в обема на предоставените услуги и неосигурените бременни жени и майки.

Следва да се отбележи също така, че лечението и профилактиката на генетичните заболявания, тяхното регистриране и диспансеризация, също така би следвало да аргументират включването на неосигурените бременни жени като пациенти на тези дейности. В противен случай лечението и профилактиката оставят извън своя обхват голяма група хора, което поставя рискове, неоправдани дори от икономическа гледна точка. В този смисъл е препоръчително изрично допълнение, което да включи в рамките на защитата, осигурена от чл. 137 и следващите от *Закона за здравето* здравно неосигурените бременни жени.

2.3. *Закон за здравното осигуряване*²³: Законът определя рамките и функциите на здравното осигуряване на гражданите и съответно ползването на здравната помощ в пакетите определени със закона и подзаконовите нормативни актове и предлагани от Националната здравно-осигурителна каса /НЗОК/. Според обхвата на *Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/* всички български граждани следва да са задължително осигурени, като задължението за здравно осигуряване е ефективно, считано от датата

²² Закон за здравето, чл. 127: За осигуряване на безрисково майчинство всяка жена има право на достъп до здравни дейности, насочени към осигуряване на оптимално здравословно състояние на жената и плода от възникване на бременността до навършване на 42-дневна възраст на детето. (2) Здравните дейности по ал. 1 включват: 1. промоция, насочена към запазване здравето на жената и плода; 2. профилактика на опасността от аборт и преждевременно раждане; 3. обучение по хранене и грижи за новороденото; 4. активно медицинско наблюдение на бременността, осъществявано на диспансерен принцип от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ; 5. пренатална диагностика и профилактика на генетични и други заболявания при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването; 6. осигуряване на оптимална жизнена среда за родилките и новородените; 7. диспансерно наблюдение и здравни грижи за родилката и детето; 8. свободен достъп на бременната или родилката до лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ; 9. свободен достъп на бременната до лечебни заведения за специализирана извънболнична и болнична помощ при състояния, застрашаващи бременността; 10. право на избор от бременната на лечебно заведение за болнична помощ за раждане.

²³ Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г., последно изменение ДВ. бр.71 от 12 Август 2008г.

на влизане в сила на закона, а за новородените – от датата на тяхното раждане²⁴. По този начин следва и законовото определение /чл. 34 от ЗЗО/, че правата на осигурените възникват както следва – за новородените – от деня на раждането, за пълнолетните – от деня на заплащане на здравно-осигурителната вноска. Това означава, че всички пълнолетни български граждани могат да бъдат здравно осигурени и да ползват медицинската помощ, осигурена от пакетите на НЗОК само след редовното заплащане на здравно-осигурителните си вноски.

По отношение на разглеждането в случая групи – деца, бременни, майки, съществуват разлики в правото на получаване на медицинска помощ – между осигурените и неосигурените сред тях. Така например, дори при неплатен отпуск на осигурената майка, когато този отпуск е за отглеждане на дете, здравно осигурителните ѝ вноски се заплащат изцяло за сметка на работодателя²⁵. Така майката, която е била в осигурена поради трудово правоотношение в момента на раждането на детето си, бива здравно осигурявана не за своя сметка, макар практически да е в същата икономическа позиция като майката, която никога не е била осигурявана. В този смисъл би следвало да бъде разработена законодателна промяна, която да осигури здравното осигуряване на неосигурените за периода, в който те попадат в групата “майки с малки деца”.

Законът за здравното осигуряване определя обхвата на лицата които се осигуряват за сметка на републиканския бюджет²⁶. В тази група са поставени на първо място лицата до 18 години, или след навършване на тази възраст, ако учат редовно и до завършване на средното си образование; на второ място – студентите и докторантите, редовно обучение – до навършване на 26 годишна възраст и на трето място - гражданите, които отговарят на условията за получаване на месечни социални помощи и целеви помощи за отопление по реда на Закона за социално подпомагане, ако не са осигурени на друго основание, както и настанените в специализирани институции за социални услуги. След като законодателят е сметнал за оправдано да постави в тази група лицата, изтърпяващи задържане и лицата, лишени от свобода – тоест в някакъв смисъл – поставени в невъзможност сами да заплащат здравните си осигуровки, то няма оправдание за законодателния пропуск да се присъединят към тази група и неосигурените бременни жени. В противен случай те остават извън обхвата на

²⁴ Чл. 33, ал. 1 и чл. 34, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване.

²⁵ Вж. чл. 40, т.1, б.»б» от Закона за здравното осигуряване.

²⁶ Чл. 40, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

медицинската помощ, заплащана от Националната здравноосигурителна каса, макар че този обхват по закон включва медицински грижи при бременност, раждане и майчинство – но само за здравно осигурените.²⁷ *Законът за здравното осигуряване* изрично определя, че неосигурените лица заплащат оказаната им медицинска помощ²⁸.

2.4. *Кодекс за социално осигуряване*²⁹: както вече стана ясно възможностите за здравно осигуряване на лицата са тясно свързани с начина, по който е уредено социалното им осигуряване. В този смисъл е неразривна връзката между законодателните разрешения, дадени в Закона за здравното осигуряване и *Кодекса за социално осигуряване /КСО/*. КСО определя в своя чл. 2, че държавното обществено осигуряване предоставя обезщетения, помощи в случаите на /между другото/ временна неработоспособност /в случаите преди раждане например/, както и при майчинство. Това обаче отново се отнася само до осигурените лица. По този начин голям процент от бременните и майките от ромски произход са лишени от тези права, тъй като не са осигурени, а в не малък процент от случаите това се оказва практически невъзможно поради по-ниската им възраст. В този смисъл би било полезно да се обмисли законодателно допълнение, което да включи периода на временна нетрудоспособност по време на бременност и раждане, както и при отглеждане на малко дете, като трудов стаж за бременните/майките, и съответно – като основание за ползване на обезщетения за тези периоди. Сегашното законодателно разрешение включва само осигурените лица³⁰. В настоящия момент паричните обезщетения за временна неработоспособност, включително за бременност и раждане и за отглеждане на малко дете се изплащат от териториалните поделения на Националния осигурителен институт на само на осигурените лица. Ако лицето няма право на обезщетение или помощ, длъжностното лице, на което е възложено ръководството по изплащането на обезщетенията и помощите, издава разпореждане за отказ. По този начин неосигурените майки не се възползват включително и от правото на обезщетение за гледане или належащо

²⁷ Чл. 45, ал. 1, т. 5 от Закона за здравното осигуряване.

²⁸ Чл. 52 от Закона за здравното осигуряване.

²⁹ В сила от 01.01.2000 г., Обн. ДВ. бр.110 от 17 Декември 1999 г, последно изменение от изм. ДВ. бр.69 от 5 Август 2008 г.

³⁰ Кодекс за социално осигуряване: Чл. 40, ал.1 (Доп. - ДВ, бр. 105 от 2006 г., в сила от 01.01.2007 г.) Осигурените лица за всички осигурени социални рискове, за всички осигурени социални рискове без трудова злополука, професионална болест и безработица или за всички осигурени социални рискове без безработица имат право на парично обезщетение вместо трудово възнаграждение за времето на отпуск поради временна неработоспособност, ако имат най-малко 6 месеца осигурителен стаж.

придружаване за медицински преглед, изследване или лечение в страната или в чужбина на болно дете до 18-годишна възраст, което за осигурените е в размер на до 60 календарни дни през една календарна година общо за всички осигурени членове на семейството; както и за гледане на дете под карантина до 18-годишна възраст, ако то е болно от заразна болест - до изтичането на срока на карантината; за гледане на болно дете до 3-годишна възраст, настанено в заведение за болнична помощ, ако се придружава от майка си – за времето през което майката е била в болничното заведение; или за гледане на здраво дете, върнато от детско заведение поради карантина - докато трае карантината. Осигурените майки се ползват, отново за разлика от неосигурените от специалното право на обезщетение при бременност и раждане – на основание чл. 48а. и чл. 50 от КСО за 315 календарни дни, от които 45 дни преди раждането, както и за отглеждане на малко дете – на основание чл. 52 а от КСО.

2.5. Кодекс на труда³¹: Кодексът на труда съдържа разпоредби, които поставят в по-благоприятно положение майката, в сравнение с останалите лица, ангажирани по трудово правоотношение. Разпоредбите, които имат отношение към настоящото изследване, с оглед сравнението на положението на осигурените и неосигурените майки, касаят преди всичко времето, което при осигурените майки се признава за трудов стаж. Тези периоди се определят в чл. 354 от Кодекса на труда като време, което се признава за трудов стаж, без да е налице трудово правоотношение. С оглед изравняването на положението на осигурените и неосигурените майки, е препоръчително в този текст да бъде включена разпоредба, която да позволи неосигурената майка да има право на зачитане на времето, полагащо се за раждане и отглеждане на дете при осигурената майка да се зачита за трудов стаж.

2.6. Закон за бюджета на НЗОК за 2008³²: Следва да се отбележи, че във всеки годишен закон за бюджетите на НЗОК са определени годишни стойности на разходи за различни видове извънболнична помощ, между които са средства за прегледи на бременните и родилките до 42 дни след раждането. С оглед на препоръките за законодателни изменения, дадени до този момент, е препоръчително в рамката на тези средства да се предвидят допълнения за извършване на такива прегледи на здравнеосигурените бременни и родилки.

³¹ В сила от 01.01.1987 г., Обн. ДВ. бр.26 от 1 Април 1986г., последно изменение от ДВ. бр.43 от 29 Април 2008г

³² В сила от 01.01.2008 г., Обн. ДВ. бр.113 от 28 Декември 2007 г.

2.7. Закон за защита от дискриминацията /ЗЗДискр./³³: Тъй като акцентът на проследяването на законодателното уреждане на здравното обслужване е върху проблема с не-равенството в ситуацията на здравно осигурените и здравно неосигурените от фокусираните целеви групи, излагаме законодателните разрешения, определящи правото на равенство и недискриминация. Законодателното развитие на защитата на правото на равенство в България намери отражение в съобразяването с основните Директиви на Съвета на ЕС, регулиращи изискванията в тази материя и създаването и приемането на този специален закон. ЗЗДискр. за първи път наложи съобразени с европейските стандарти дефиниции на основни понятия в тази сфера като *пряка и непряка дискриминация, тормоз, включително сексуален тормоз, расова сегрегация и преследване*³⁴. За пълнота следва да се посочи, че законът определя като дискриминация и *изграждането и поддържането на архитектурна среда, която затруднява достъпа на лица с увреждания до обществени места*³⁵ - разпоредба, която има отношение към особените права на хората с увреждания в качеството им на потребители на обществени услуги. Законът съдържа и разпоредби, които определят изключенията от общия принцип на не-дискриминация. Те са съобразени изискванията на Европейските директиви и са изчерпателно изброени в чл. 7 от закона. Част от изключенията представляват изключения *per se*, докато част от тях по съществуването си представляват положителни насърчителни мерки. Такава една мярка е определената в т. 7 на цитирания текст – “Не представлява дискриминация... специалната закрила на бременни жени и майки, установена със закон, освен ако бременната жена или майката не желае да се ползва от тази закрила и е уведомила писмено за това...” Видно е, че Законът за защита от дискриминация не прави никаква

³³ В сила от 01.01.2004 г., обн. ДВ. бр.86 от 30 септември 2003 г., изм. ДВ. бр.70 от 10 август 2004 г., изм. ДВ. бр.105 от 29 декември 2005 г., изм. ДВ. бр.30 от 11 април 2006г., изм. ДВ. Бр. 68 от 22 август 2006, изм. ДВ. Бр. 59 от 20 юли 2007 г., изм. ДВ. Бр. 100 от 30 ноември 2007, изм. ДВ. Бр. 69 от 5 август 2008 г.

³⁴ Дефиницията на пряка дискриминация, която българският закон дава, е в съответствие с изискванията на двете директиви. Дефиницията на непряка дискриминация полага принципа на пропорционалността като ограничение /”...и средствата за постигане на целта са подходящи и необходими³⁴...”/. Това е в съответствие с принципа за пропорционалност и изискването на чл. чл. 2, пар. б) на двете директиви. Дефиницията на тормоз е в съгласие с изискванията на директивите, както и дефиницията на “подбуждане към дискриминация”, която също отразява концепцията на двете директиви по проблема.

³⁵ Една от критиките към Закона за непълно съответствие в евро-стандартите се отнася до непълното съответствие с концепцията за “reasonable accommodation” по отношение на лицата с увреждане, отразена в чл. 5 на Директива 2000/78. Според Закона за защита срещу дискриминацията нарушение представлява само ограничаването на достъпа на лица с увреждания до обществени места, докато директивата се отнася ясно и до частния сектор.

диференция между осигурени и неосигурени бременни жени и майки, напротив, установява обща насърчителна закрила. Това означава, че всяка една такава разлика, установена от друг закон, би могла да бъде третирана от гледна точка на Закона за защита от дискриминация като неравно третиране, и съответно – като нарушение на закона, което би могло да бъде установено и поправявяно както от специалния държавен орган – Комисия за защита от дискриминация, така и по съдебен ред. Неслучайно някои от принципните разпоредби на Закона за защита от дискриминация бяха наречени “революционни” за българската правна система. Изброените по-долу имат пряко отношение към защитата на равенството на гражданите, включително в качеството им на потребители на здравни услуги. Като най-удачен пример в това отношение може да се посочи разпоредбата на чл. 9 от закона, която се отнася към обръщане на доказателствената тежест в случаи, в които се претендира нарушаване на правото на равно третиране³⁶. Друга иновативна разпоредба се съдържа в алинея 3 на чл. 71 от Закона /частта за съдебно производство/. Тази разпоредба даде възможност на юридически лица с нестопанска цел, които са регистрирани в обществена полза да инициират съдебни дела от свое собствено име, като се конституират като ищци в случаите, в които се твърди нарушаване на правата на мнозина. Глава втора на Закона за защита от дискриминация дефинира основните сфери на защита от неравно третиране и е разделена съответно на три раздела: Защита при упражняване правото на труд, Защита при упражняване правото на обучение и образование и Защита при упражняване на други права, която касае преди всичко ползването на обществени услуги, и към която следва да се отнесе здравеопазването, като такава обществена

³⁶ Разпоредбата е от особена важност, тъй като създава по-благоприятни условия за защита на правото на равно третиране на жертвите на дискриминация, отколкото при принципното положение на ищеца в българското гражданско съдопроизводство. На основание на общите принципи и разпоредби на българския Гражданско – процесуален кодекс, ищецът следва да направи пълно доказване на своето твърдяно право, докато ответникът може да остане в напълно пасивна позиция и все пак да спечели съдебния спор, ако ищецът не успее да проведе пълно доказване. Според специалната процесуална разпоредба на Закона за защита срещу дискриминацията обаче, за ищецът е достатъчно да докаже пред съда факти, от които може да се направи извод, че е налице дискриминация, и при положение, че успее да стори това, в тежест на ответника се прехвърля да докаже, че не е нарушил правото на равно третиране. Това преразпределение на доказателствената тежест се постигна в българския закон като отговор на изискването на Европейските директиви и практически даде много по-голям шанс на жертвите на твърдяна дискриминация да успеят в процеса за доказване на своето право. Разпоредбата е резултат на анализа на дългогодишната практика по анти-дискриминационни производства на редица европейски страни, в рамките на която практика се е доказало, че в повечето случаи доказателствата и доказателствените средства се намират в притежание на ответника и е в негова власт и възможност да ги представи на съда, ако прецени, че ще му помогнат да защити позицията си.

услуга. Следва да се отбележи, че точно този раздел от закона беше съкратен в процеса на второ гласуване в Народното събрание и ограничен до няколко хипотези, между които обаче останаха задълженията **за предоставяне на стоки и услуги без оглед на признаците, по които дискриминацията е забранена**. Законът създаде като защитен орган специализирана *Комисия за защита от дискриминацията* с многопластова роля - Комисията следва да се занимава с производства по оплаквания от дискриминация и да налага административни санкции, но също така да осъществява цялостен контрол по спазването на закона, да подготвя доклади, препоръки и проучвания, да провежда обучения³⁷. Няколко са разпоредбите, които дават основание да се заключи, че конституирането на Комисията ще допринесе в процеса на защита на правата на жертвите на неравно третиране. Първо – Комисията следва да заседава по случаи на твърдяна дискриминация в състави от по трима комисионери, като съставите, които се формират се специализират да се занимават с различни видове дискриминация³⁸. Наличието на специализиран състав следва да резултира в създаване на повече доверие в професионализма на комисионерите у жертвите на твърдяна дискриминация. Освен това за разлика от съдебното производство, за иницирането на което е необходимо жертвата на твърдяна дискриминация да заведе искова молба, *Комисията за защита срещу дискриминацията* има възможност да иницира производство както по оплакване на пострадал, така и по сигнал на трето лице /физическо или юридическо – т.е. включително и неправителствена организация/, както и да се самосезира в случаи, в

³⁷ Според изискванията на Закона за защита срещу дискриминацията (ЗЗДискр., Преходни и заключителни разпоредби § 2. в тримесечен срок от влизането в сила на закона Народното събрание избира, а президентът назначава своята квота от членовете на комисията. Заб. Законът е в сила от 1.01.2004 г.), Комисията следваше да бъде конституирана в срок до 31 март 2004 г. На практика обаче, Комисията се създаде непосредствено преди провеждането на парламентарни избори 2005, тоест с повече от една година закъснение. До края на 2005 г. Комисията практически не изпълняваше функциите и отговорностите, които са ѝ вменени със закона. Това е резултат както от недостатъчната активност на самите членове на Комисията, така и от изключително несериозната отношение, което се демонстрира от висшата държавна администрация по отношение на организиране на работата на новосъздадения орган. Членовете на Комисията бяха избрани/назначени без каквито и да било консултации с граждански организации в страната, което резултира в избор, в който се наблюдава липса на достатъчна мотивация, компетентност и правилно разбиране както на проблематиката, свързана с правото на равно третиране в страната, така и със самите задължения на Комисията.

³⁸ ЗЗДискр., чл. 48 (2) Председателят на комисията определя постоянни състави, които се специализират в материята по дискриминация:

1. на етническа и расова основа;
2. на основата на пол;
3. на основата на други признаци по чл. 4, ал. 1.

които ѝ е станал известен факт на дискриминация³⁹. Тези възможности – за инициране на производство от трето лице, както и от самата Комисия без съмнение са в състояние да допринесат за създаването на практика по случаи на дискриминация, тъй като чрез тях може да се преодолее проблема с нежеланието и страха на самите засегнати да иницират производство по защита на правата си. В такъв случай и при натрупване на известен брой позитивни решения, това би могло да изиграе катализираща роля и да мобилизира и окуражи самите жертви на дискриминация да защитават правата си с предвидените от закона средства. Пострадалите от дискриминация имат възможност да защитят правата си и по съдебен ред. В специализирания закон се съдържат само такива разпоредби относно съдебното производство, които създават специализиран ред за разглеждането на този вид дела, в отлика от стандартната процедура на Гражданско-процесуалния кодекс. От основно значение за случаите на дискриминация на етническа основа са разпоредбите, които дават възможност на лица, жертви на дискриминация да се присъединяват към вече заведени иски, съответно на първоначалните ищци по тези иски да канят други пострадали от същото нарушение, на което те твърдят, че са жертва – да се присъединят към заведения вече иск. Другата основна възможност /спомената по-горе/ дава разпоредбата на чл. 71, ал. 3 – т.е. възможността неправителствени организации да се явят като ищци в свое собствено качество – но това важи само за случаите, в които се твърди, че са засегнати правата на мнозина. За да може да се реализира такъв иск, следва да е налице едно нарушение от което да са пострадали множество лица, или незаконна практика, от която константно страдат множество лица. Така приетият закон е в хармония с Директивите на Съвета на Европейския съюз 2000/43⁴⁰, 2000/78⁴¹, 2002/73, които задават настоящите стандарти на анти-дискриминационна защита в Европа. Законът консолидира анти-дискриминационните разпоредби, досега съществували в българското законодателство в единен текст, което подобрява възможностите за ефективна защита на практика.

³⁹ ЗЗдискр., Чл. 50. Производство пред комисията се образува по:

1. жалба на засегнатите лица;
2. инициатива на комисията;
3. сигнали на физически и юридически лица, на държавни и общински органи.

⁴⁰ Директива 2000/43/ЕС от 29 юни 2000 г. Създаваща основна рамка на равно третиране на всеки, независимо от расата или етническия произход.

⁴¹ Директива 2000/78/ЕС от 27 ноември 2000г. създаваща основна рамка за равно третиране при заетостта и професията.

2.8. Релевантни подзаконови актове: От основно значение за настоящото изследване се явяват разпоредбите на Наредба № 26⁴² от 14.06.2007 г., издадена от Министерство на здравеопазването за регулиране на предоставянето на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и да извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени. Тази наредба определя от една страна обхвата и реда на предоставяне на медицински услуги, свързани с акушерска помощ на здравно неосигурените жени и от друга страна - условията и реда за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени. Следва да се отбележи, че наредбата е ограничава медицинската услуга до раждането⁴³, тъй като определя обхвата на медицинските услуги, свързани с акушерска помощ на здравно неосигурени жени като включващ услугите, посочени в клиничната пътека № 141 "Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение". При всички случаи обаче наредбата осигурява правото на здравно неосигурените жени да избират сами и свободно лечебно заведение и то на територията на цялата страна⁴⁴. Важно е да се отбележи, че на основание на разглежданата наредба всеки лекар от лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ може да насочи неосигурените жени, за да им бъдат оказани медицински услуги, свързани с акушерска помощ, с направление за хоспитализация. Ако неосигурената жена потърси медицински услуги, свързани с акушерска помощ, които лечебното заведение, което е посетила не осигурява, тогава екипите му са длъжни да осигуряват своевременно превеждане на пациентката в най-близкото лечебно заведение за болнична помощ, което може да осъществи тези дейности. Освен това разглежданата наредба задължава Министерството на здравеопазването да осигурява извън обхвата на задължителното здравно осигуряване извършването на изследвания на бременни жени за оценка на риска от раждане на дете с определени генетични заболявания⁴⁵.

Както е видно от разгледания обхват на наредбата, същата е ограничена до предоставяне на акушерска помощ на родилки. В този смисъл е препоръчително в

⁴² В сила от 01.01.2007 г. Издадена от Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.51 от 26 Юни 2007г.

⁴³ Вж. Чл. 2 от същата

⁴⁴ Вж. чл. 5 пак там

⁴⁵ Вж. чл. 7, пак там

обхвата на предоставяните на здравно неосигурените жени здравни услуги да бъдат включени и профилактичните прегледи, проследяването на цялата бременност, включително извършване на необходимите през този период изследвания, както и послеродовото наблюдение.

2.9. Международните документи, приети и ратифицирани от България: В настоящия момент Република България е страна по всички важни международни и регионални конвенции и договори, които целят да осигурят и защитят основните права на гражданите, включително и правото на равенство на гражданина във всяко негово качество. Някои от тези документи са били подписани и ратифицирани от България още във времето на социалистическия режим, а други – след настъпването на демократичните промени в страната. Естествено, във времето на предишния режим не е имало случай на български гражданин, който да е подал жалба пред международна правораздаваща или регулираща институция поради твърдяно нарушение на неговите основни права от страна на държавата. Правата съществували като прокламирани и защитата им беше формална. Съгласно българската *Конституция* всички международни правни документи, ратифицирани от Република България и публикувани в Държавен вестник, се считат за част от вътрешното законодателство и имат преимущество пред вътрешно правни актове, които им противоречат⁴⁶. Макар че, както по-горе беше споменато, *Конституцията* има пряко приложение, все пак следва да се отбележи, че не съществува конституционна процедура за защита на нарушени основните права на гражданите, които са прокламирани в самата Конституция. Горепосочената конституционна разпоредба е била ползвана успешно само два пъти за времето на съществуването си – в рамките на съдебни процедури за защита на правата на равно третиране на малцинствата⁴⁷.

България е подписала и ратифицирала Европейската конвенция за човешките права и основните свободи /ЕКПЧ/ и нейните протоколи №№ 1, 4, 6 и 7. Следва да се

⁴⁶ Чл. 5, ал. 4 от Конституцията на Република България.

⁴⁷ Случаите имат конкретно отношение към темата на настоящото изследване, тъй като се отнасят до откази на частни доставчици на обществени услуги да позволят достъп на потребители от ромски произход – става въпрос за плувен комплекс в село Ягода и кафе-бар в Стара Загора. И двата случая са съдебно решени в полза на ищците от Казанлъшки районен съд и Районен съд – Стара Загора, още преди приемането и влизането в сила на Закон за защита от дискриминация. И в двете решения съдилищата намират, че ищците са претърпели неимуществени /морални/ вреди вследствие на това, че са били дискриминирани на етническа основа, и ответниците са осъдени да заплатят обезщетения за нанесени неимуществени вреди.

отбележи обаче, че България все още не е ратифицирала Протокол № 12 на ЕКПЧ /общата забрана за дискриминация/. На основание на ЕКПЧ, България се е задължила да осигури защита за правата, защитени от Конвенцията⁴⁸.

Важни международни документи, гарантиращи основните права на гражданите са Международния пакт за икономически, социални и културни права, ратифициран от България и обнародван в Държавен вестник на 28 май 1976 г. и Международния пакт за граждански и политически права, публикуван на същата дата. И двата документа са приети по времето на социалистическия режим в страната, когато и не са предприемани конкретни мерки за реализирането им. Останалите важни международни документи, представляващи на основание на българската Конституция част от вътрешното право са: Европейската конвенция за превенция на мъченията⁴⁹, Европейската социална харта и Ревизираната европейска социална харта⁵⁰, Конвенцията за забрана на мъченията⁵¹ и Конвенцията за правата на детето.

3. Преглед и анализ на съществуващи дискриминационни текстове в българското законодателство, резултиращи в непряка дискриминация по отношение на пациенти, принадлежащи към ромското малцинство.

Като такива текстове настоящото изследване идентифицира някои разпоредби на Кодекса на труда, което сочи, че е необходимо внимателно обследване на съвременното ни законодателство от тази гледна точка, тъй като по принцип Кодекса на труда е един от най-ориентираните към защита на правата на поставените в зависима позиция закони. Привеждам само няколко примера за това: Чл. 164 , ал. 1 от КТ гласи, че след използване на отпуска поради бременност, раждане или осиновяване, ако детето не е настанено в детско заведение, работничката или служителката има право на допълнителен отпуск за отглеждане на **първо, второ и трето дете до навършване на 2-годишната му възраст и 6 месеца за всяко следващо дете.** Разпоредбата е привидно неутрална, но съотнесена към практиката се оказва, че засяга преди всичко майките от ромски произход, чиито семейства са традиционно многодетни. В

⁴⁸ След ратифицирането на Конвенцията Европейският съд за правата на човека произнесе поредица от решения срещу България.

⁴⁹ Обн. ДВ бр.71/ 2 септември, 1994

⁵⁰ Обн. ДВ бр. 43/ 4 май, 2001

⁵¹ Обн. ДВ бр. 42/ 3 юни, 1988

ситуацията на демографска криза такава разпоредба не носи дори смисъл и следва да се ревизира. По нататък в ал. 3 на същия текст се казва, че този отпуск със съгласието на майката се разрешава на бащата или на един от техните родители, когато работят по трудово правоотношение. Отново привидно неутрална разпоредба, но съотнесена към статистическия факт, че по-голяма част от ромските семейства не сключват граждански брак и в голям процент от случаите децата остават неприпознати от бащата, на практика води до непряка дискриминация, тъй като отнема това право на тези семейства. Същото се отнася и за хипотезата, описана в чл. 167 от Кодекса на труда - когато майката на дете до 2-годишна възраст почине или заболее тежко, поради което не може да се грижи за детето, съответната част от отпуските за раждане, при осиновяване и за отглеждане на малко дете се ползват от бащата.

4. Представяне и анализ на българска съдебна практика по тематиката: Посочените по-долу примери са от практиката на правозащитни организации и касаят случаи на неравноправно отношение към пациенти от ромски произход. Подбрани са така, че да могат да илюстрират най-добре описаните по-горе теоретични постановки:

4.1. Н.А.С. срещу Първа Специализирана Акушеро-гинекологична болница “Света София” ЕАД, София⁵²: През август 2001 г. Н. С., ромка от кв. “Факултета” в София, постъпва в болница “Св. София”, за да роди детето си. При приемането си е настанена в **коридора** на петия етаж на родилния дом - с обяснението, че част от болничното крило е в ремонт и няма свободни места в стаи. Всички други родилки, настанени в коридора, са изключително жени от ромски произход. Всички пациентки от ромски произход, приемани в родилния дом по време на престоя на С. там, били настанявани в този коридор. Нито една родилка от ромски произход не била настанена в стая. От друга страна, всички родилки от български етнически произход били настанявани в стаи, нито една родилка от български етнически произход не била настанена в коридора. Новородените деца на родилките от ромски произход били настанени в коридора с майките си, докато бебетата на пациентките от български етнически произход били настанени заедно с майките си в стаи. Всички родилки от ромски

⁵² Случаят е представен от Фондация “Романи Бах”, София и разработен в рамките на проект “Стратегическа съдебна защита” в сътрудничество с Български Хелзинкски Комитет и СНЦ Проект Права на човека и финансиран от Европейски Център за Правата на Ромите – Будапеща.

произход се хранели в коридора, пациентките от български етнически произход получавали храната си в стаите. При липсата на специално законодателство по време на настъпване на случая, същият е квалифициран на основание Конституция на Република България (с пряко действие) - чл.6, ал.1 и ал.2, Закон за задълженията и договорите – чл.45, ал.1 и ал.2, чл.49⁵³ и Граждански процесуален кодекс – чл.97, ал.2⁵⁴. Квалификацията включва и нарушения на основни международни договори, по които Република България е страна, в това число: Международен пакт за граждански и политически права - чл.2, ал.1, ал.3 (а), чл.7⁵⁵, Международна конвенция за премахване на всички форми на расова дискриминация - чл.1, чл.5⁵⁶ и Конвенция за

⁵³ Закон за задълженията и договорите - чл. 45, ал. 1 - Всеки е длъжен да поправи вредите, които виновно е причинил другиму; ал. 2 - Във всички случаи на непозволено увреждане вината се предполага до доказване на противното. Чл. 49 Този, който е възложил на друго лице някаква работа, отговаря за вредите, причинени от него при или по повод изпълнението на тази работа.

⁵⁴ Граждански процесуален кодекс - чл. 97, ал.2. Може да се предяви иск и за осъждане на ответника да изпълни повтарящи се задължения, макар и тяхната изискуемост да настъпва след постановяване на решението.

⁵⁵ Международен пакт за граждански и политически права - чл.2, ал.1. Всяка държава - страна по този пакт, се задължава да зачита и гарантира на всички лица, намиращи се на нейна територия и под нейна юрисдикция, признатите им от този пакт права, без разлика на раса, цвят на кожата, пол, език, религия, политически или други убеждения, национален или социален произход, имотно състояние, рождение или всякакви други признаци

Ал 3. Всяка държава - страна по този пакт, се задължава: а) да осигури на всяко лице, на което правата и свободите, признати в този пакт, са били нарушени, ефикасни средства за възстановяването им, дори и нарушението да е извършено от лице, действащо в качеството си на официално лице.

Чл. 7 Никой не може да бъде подлаган на мъчение или на жестоко, безчовечно или унизително третиране или наказание

⁵⁶ Международна конвенция за премахване на всички форми на расова дискриминация – Член 1 определя "расова дискриминация" като "всяко различие, изключване, ограничение или предпочитание на основата на раса, цвят, потекло или национален или етнически произход, което има за цел или резултат да унищожи или навреди признаването, ползуването или упражняването на равна основа на правата на човека и основните свободи в политическата, икономическата, социалната, културната или която и да е друга област на обществения живот".

Чл.2 1. Държавите-страни осъждат расовата дискриминация и се задължават да следват с всички уместни средства и без отлагане политика на премахване на расовата дискриминация във всичките ѝ форми и да подпомагат разбирателството между всички раси, и за тази цел:

- а) Всяка държава-страна се задължава да не участва в никой акт или проява на расова дискриминация срещу лица, групи лица или институции и да осигури всички обществени власти и обществени институции, национални и местни, да действуват в съответствие с това задължение;
- б) Всяка държава-страна се задължава да не финансира, защитава или подкрепя расова дискриминация от страна на каквито и да било лица или организации;
- в) Всяка държава-страна ще предприема ефикасни мерки за преразглеждане на правителствената, национална и местна политика и да поправи, отмени или обяви за невалидни всички закони и разпоредби, които имат ефект на въвеждане или увековечаване на расовата дискриминация, където тя съществува;
- г) Всяка държава-страна следва да забрани и сложи край, чрез всички уместни средства, включително законодателни мерки, според обстоятелствата на расовата дискриминация от страна на каквито и да било лица, група или организация;

защита на правата на човека и основните свободи, изменена и допълнена от Протокол 11 – чл.3, чл.14⁵⁷. Софийски Районен съд отхвърли иска, като се мотивира с недоказаност, както и *inter alia* с това, че ищцата не е доказала своя ромски етнически произход. Решението се обжалва и е потвърдено от Софийски Градски съд като втора инстанция. Тъй като търсеното по реда на Закона за задълженията и договорите обезщетение за понесени неимуществени вреди е в символичен размер, искът не подлежи на касационно обжалване.

4.2. С.В.Д. срещу Първа Специализирана Акушеро-гинекологична болница “Света София” ЕАД, София: През зимата на 2002 г. С. Д., ромка от кв. “Факултета” в София, бременна в четвърти месец, една вечер в дома си прави спонтанен аборт. След като цяла нощ е имала силни болки, в 10 часа сутринта на следващия ден тя отива в Първа Специализирана Акушеро-гинекологична болница “Света София” ЕАД за преглед и след-абортни медицински манипулации. В болницата е насочена от регистратурата към лекар. Въпреки че е била с болки, С.Д. е върната от лекаря, тъй като той я пратил да заплати 5 лева за извършването на прегледа и манипулациите, а тя не е имала в себе си никакви пари. В същото време в болницата е приета без всякакви условия и за извършване на медицински манипулации жена от български етнически произход. С. Д. се завърнала в дома си, където поискала от семейството си тези пари. След като ги получила, тя се върнала в болницата, придружена от две свои роднини – С. К. Я. и Н. А. С. При отиването на трите жени в болницата С. Д. отново била върната, тъй като този път ѝ били поискани 20 лева за извършването на манипулациите, а тя разполагала само с поисканите при първото ѝ отиване пет лева. Според свидетелството на придружителките ѝ при отиването си в болницата С. Д. била в тежко състояние, едва се движела с тяхна помощ, била пребледняла и дрехите ѝ били изцапани с кръв. След

Чл. 5. В съответствие с основните задължения, посочени в чл. 2 на тази конвенция, държавите страни се задължават да забранят и премахнат расовата дискриминация във всичките ѝ форми и да гарантират правото на всеки на равенство пред закона без разлика по отношение на раса, цвят, национален или етнически произход, особено при ползването на следните права.

⁵⁷ Конвенция за защита на правата на човека и основните свободи, изменена и допълнена от Протокол 11 - чл.3 Никой не може да бъде подложен на изтезания или нечовешко или унизително отнасяне или наказание.

Чл.14 Упражняването на правата и свободите, предвидени в тази конвенция, следва да бъде осигурено без всякаква дискриминация, основана по-специално на пол, раса, цвят на кожата, език, религия, политически и други убеждения, национален или социален произход, принадлежност към национално малцинство, имущество, рождение или друг някакъв признак.

като била върната от лекарите за втори път, двете придружаващи я жени са се обърнали отново към регистратурата на болницата, но там им отговорили, че от тях нищо не зависи и не могат да ѝ подготвят документи за приемане без лекарско нареждане. Към девет часа вечерта състоянието на С. се влошило чувствително. Тя вдигнала висока температура и болките ѝ се увеличили много. Тогава семейството ѝ потърсило помощ от Т. П. – психолог в неправителствената организация “Здраве и социално развитие”. Т. П. завела болната в Университетската “Александровска болница”, където ѝ съдействала да бъде приета за лечение. Там били извършени необходимите медицински манипулации и на С. Д. били изписани антибиотици, които да лекуват получената от нея вследствие ненавременното лечение инфекция. Поради липсата на специално анти-дискриминационно законодателство случаят е квалифициран в исквата молба на основание Конституция на Република България (с пряко действие) - чл.6, ал.1 и ал.2, Закон за народното здраве - чл.3а, т.1⁵⁸, Закон за задълженията и договорите – чл.45, ал.1 и ал.2, чл.49, Граждански процесуален кодекс – чл.97, ал.2, както и на основание следните международни документи, ратифицирани от Република България: Международен пакт за икономически, социални и културни права - чл.2, чл.12, ал.1, ал.2 d), Международна конвенция за премахване на всички форми на расова дискриминация - чл.1, чл.5 и ... iv), Конвенция за защита на правата на човека и основните свободи, изменена и допълнена от Протокол 11 – чл.3, чл.14, Европейска социална харта (ревизирана) - член Е и чл.11⁵⁹. Софийски Районен съд отхвърли иска поради недоказаност, решението се обжалва пред и потвърди от Софийски Градски съд като втора инстанция, който отмени решението на Софийски Районен съд и постанови ново такова, с което уважи изцяло иска. В мотивировката си за уважаване на иска, съдът е постановил следното: Чл. 52 от Конституцията на Република България и специалното отраслово законодателство дава на гражданите право на ползване на безплатна спешна медицинска помощ. В чл. 3 на Наредба № 25 за оказване на спешна медицинска помощ, се предвижда всички лечебни заведения да

⁵⁸ Закон за народното здраве /отм/ - чл.3а. (Нов - ДВ, бр. 70 от 1998 г.) От републиканския бюджет и от общинските бюджети се финансират дейностите по здравеопазване, за които гражданите имат право на безплатно ползване и които са свързани със: 1. спешна медицинска помощ;

⁵⁹ Европейска социална харта (ревизирана) – чл.11 – Право на опазване на здравето.

Член Е: Недопускане на дискриминация: Упражняването на правата по тази харта следва да бъде осигурено без дискриминация на каквато и да било основа, като раса, цвят на кожата, пол, език, религия, политически или други убеждения, национална принадлежност или социален произход, здравословно състояние, връзка с дадено национално малцинство, рождение или друго състояние.

оказват необходимия обем спешна помощ на всяко лице, нуждаещо се от нея, независимо от лечебно-осигурителния му статус, като чл. 7 от същата наредба посочва, че разходите по лечението, до хоспитализацията на пациента се поемат от републиканския бюджет. Чл.4, т. 4 от цитираната наредба изрично посочва като обект на такава спешна медицинска помощ жени със започващо раждане или аборт. Съдът е определил, че всеки един от етапите на аборта представлява патологична промяна в здравословното състояние на пациентката, поради което и винаги е наложителен компетентен медицински преглед. В светлината на тази нормативна уредба според съда, поставянето на изискване за заплащане на такса от ответника в настоящия случай, представлява закононарушение и съставлява противоправно поведение. Това поведение според съда, е било освен това и обидно и унижително за пациентката, поради което ответникът е осъден да ѝ заплати обезщетение за претърпени неимуществени вреди⁶⁰.

6. Сравнително преглед на някои законодателни решения в страни членки на Европейския съюз.

6.1. Франция – На първо място следва да се спомене, че всички легално пребиваващи във Франция са обект на обществено здравно осигуряване – като част от системата на програмите за социално осигуряване. Тази система е установена още през 1945 година и постепенно е била разширявана като покритие през годините, докато през 2000 г. е достигнала до всички, които легално пребивават в страната. Три основни фонда финансират тази система в страната – основен фонд, фонд за лица, упражняващи свободни професии и фонд за заетите в селското стопанство. Фондовете се зареждат от вноски на работодателите и работниците, както и от приходи от данъчната система. Повечето от здравно осигурителните фондове са частни юридически лица. Общественото здравно осигуряване покрива около 75 % от разходите за лечение, останалите 25 % обикновено се поделят между средствата, които пациентите сами заплащат, и тези, които се заплащат от частните здравно осигурителни фондове. Осигуряването покрива широк спектър от медицински услуги, например включва престои в термални спа центрове. Във френската система обаче съфинансирането от

⁶⁰ Решение от 16.01.200 г. на Софийски Градски съд, Въззивна колегия, IV – Б отделение, по гр.д. № 3825/2006 г.

страна на пациента е също широко разпространено, например пациентите плащат 30 % от стойността на визитите на лекарите и 40 % от стойността на визитите на специалистите. Като резултат от това по-бедното население ползва по-малко медицински услуги. Поради това през 2002 г. е стартирана специална система за осигуряване на достъп до здравеопазване на по-бедното население. Около 10 % от населението бива класирано от доходите си да се възползва от тази програма. Тя всъщност покрива този процент от заплащането, който в останалите случаи заплаща пациента. Така всъщност здравните услуги за тази част от населението са на практика безплатни.

6.2. Унгария – Здравно осигурителният фонд покрива здравеопазването на всички граждани, като държавата плаща вноските за безработните и пенсионерите. Работещите заплащат за здравно осигурителния фонд 3 % от доходите си, а работодателите – 15 % от брутната заплата на работника. За определени медицински услуги пациентите заплащат част от таксите.

7. Препоръки за законодателни промени и решения:

I. Конституция на Република България:

Съществуващ текст	Предложение за допълнение или промяна
1. Чл. 52. (1) 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.	Допълнение: Лицата, останали временно без работа, неосигурените бременни жени и майки на деца до двегодишна възраст се осигуряват социално при условия и по ред, определени със закон със средства от държавния бюджет.

II. Закон за здравето:

Съществуващ текст	Предложение за допълнение или промяна
1. Чл. 209 (3) Родители или настойници, които не осигуряват провеждането на задължителните имунизации на децата си, се наказват с глоба от 50 до 100 лв. При повторно извършване на нарушението глобата е от 100 до 200 лв.	Допълнение: Личните лекари водят отчет за имунизационните календари на децата и уведомяват наказващия орган в случаи на неявяване.
2. Чл. 60. (1) Болните от заразни болести, контактните с тях лица и заразноносителите подлежат на регистрация, задължително съобщаване и отчет.	Допълнение: ..., включително и в случаите, когато имат статус на здравно неосигурени.

<p>3. Чл. 68. (1) Не се извършва медицинско облъчване с йонизиращи лъчения на бременни жени, освен в случаите, когато съществува сериозна опасност за живота или здравето им. При извършване на облъчване с йонизиращи лъчения на жена в репродуктивна възраст медицинските специалисти са длъжни да се осведомят дали тя е бременна.</p>	<p>Допълнение:, независимо от здравно осигурителния ѝ статус.</p>
<p>4. Чл. 82 (1) Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги, които са свързани със:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. медицинска помощ при спешни състояния; 2. стационарна психиатрична помощ; 3. осигуряване на кръв и кръвни продукти; 4. трансплантация на органи, тъкани и клетки; 5. задължително лечение и/или задължителна изолация; 6. експертизи за степен на увреждания и трайна неработоспособност; 7. заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването; 8. медицински транспорт по ред, определен от министъра на здравеопазването. 	<p>Допълнение:</p> <p>9. Регистрация и наблюдение на бременност, лечение на патологични състояния при бременни жени и родоразрешение – независимо от здравноосигурителния им статус.</p>
<p>5. Чл. 82 (3) Децата до 16-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.</p>	<p>Изменение: Децата до 18-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, а в случаите, когато продължават образованието си – до завършването му, но не по-късно от 21-годишна възраст.</p>
<p>6. Чл. 99 (3) Медицинската помощ при спешни състояния е насочена към предотвратяване на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. смърт; 2. тежки или необратими морфологични и функционални увреждания на жизнено значими органи и системи; 3. усложнения при родилки, застрашаващи здравето и живота на 	<p>Допълнение: 3. усложнения при бременни жени и родилки, застрашаващи здравето и живота на бременната жена, майката или плода.</p>

майката или плода.	
7. Чл. 127. (1) За осигуряване на безрисково майчинство всяка жена има право на достъп до здравни дейности, насочени към осигуряване на оптимално здравословно състояние на жената и плода от възникване на бременността до навършване на 42-дневна възраст на детето.	Допълнение: За осигуряване на безрисково майчинство всяка жена, независимо от здравно осигурителния си статус, има право на достъп до здравни дейности, насочени към осигуряване на оптимално здравословно състояние на жената и плода от възникване на бременността до навършване на 42-дневна възраст на детето.
8. Чл. 137. Опазването на генетичното здраве се осигурява чрез провеждане на здравни дейности, насочени към: 1. профилактични и диагностични изследвания за доказване и класифициране на генетични заболявания; 2. диспансеризация на лицата с повишен риск за поява и развитие на генетични заболявания; 3. лечение на наследствени заболявания, вродени аномалии и предразположения; 4. установяване на наследствени признаци и идентифициране на родител; 5. съхраняване на генетична информация.	Допълнение:.... /2/ Дейностите, изброени в ал. 1 се ползват като безплатни медицински услуги от всяка бременна жена, независимо от здравно осигурителния ѝ статус.

III. Закон за здравното осигуряване:

Съществуващ текст	Предложение за допълнение или промяна
1. Чл. 40, ал. 2: (2) Осигуряват се за сметка на републиканския бюджет, освен ако не са осигурени по реда на ал. 1:	Допълнение: т. 11. Здравно неосигурените бременни жени, родилки и майки на деца до 1-годишна възраст

IV. Кодекс за социално осигуряване:

Съществуващ текст	Предложение за допълнение или промяна
1. Чл. 2. Държавното обществено осигуряване предоставя обезщетения, помощи и пенсии при: 1. временна неработоспособност; 2. временна намалена работоспособност; 3. инвалидност; 4. майчинство; 5. (нова - ДВ, бр. 1 от 2002 г., в сила от 01.01.2002 г.) безработица; 6. (предишна т. 5 - ДВ, бр. 1 от 2002 г., в	Допълнение: ... т. 1 и 4 да включва: ... включително за здравно неосигурени бременни жени и майки с малки деца

сила от 01.01.2002 г.) старост; 7. (предишна т. 6 - ДВ, бр. 1 от 2002 г., в сила от 01.01.2002 г.) смърт.	
2. Чл. 40, ал. 2 (2) (Изм. - ДВ, бр. 112 от 2003 г., в сила от 01.01.2004 г.) Изискването по ал. 1 не се отнася при придобиване право на парично обезщетение за временна неработоспособност поради трудова злополука и професионална болест, и за осигурени, ненавършили 18-годишна възраст.	Допълнение: ... както и за неосигурени бременни жени и майки на деца до 2-годишна възраст.
3. Чл. 48а. (Изм. - ДВ, бр. 69 от 2004 г., в сила от 01.07.2004 г.) Осигуреното лице има право на обезщетение за бременност и раждане, ако има осигурителен стаж 6 месеца като осигурено за всички осигурени социални рискове, за всички осигурени социални рискове без трудова злополука, професионална болест и безработица или за всички осигурени социални рискове без безработица.	Изменение: Всяко лице има право на обезщетение за бременност и раждане, независимо от здравно осигурителния си статус

V. Кодекс на труда:

Съществуващ текст	Предложение за допълнение или промяна
1. Чл. 354, ал. 6 (изм. - ДВ, бр. 100 от 1992 г.) майката, бащата, осиновителката или осиновителят се грижи за отглеждане на дете до навършване на 3-годишна възраст;	... независимо от това дали са били в трудово правоотношение по време на възникване на събитието.

VI. Наредба № 26⁶¹ от 14.06.2007 г., издадена от Министерство на здравеопазването за регулиране на предоставянето на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и да извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

Съществуващ текст	Предложение за допълнение или промяна
Чл. 2, 5 и 7	Да включва профилактичната прегледи, проследяването на цялата бременност, включително извършване на необходимите през този период изследвания, както и послеродовото наблюдение

⁶¹ В сила от 01.01.2007 г. Издадена от Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.51 от 26 Юни 2007г.

