

## ПРАВНА УРЕДБА НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

*Александър Михайлов*

*Емилияна Неева*

*Недялко Дафинов*

### Увод

Здравеопазването е комплекс от дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги на населението (*виж. приложение 1*). Функционирането на здравната система се базира на принципите на солидарност, ефективност, правото на избор при получаването на медицински услуги. Понастоящем ролята на държавата в здравеопазването е от първостепенно значение (въпреки тенденциите за по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги).

Правната уредба на здравното осигуряване във вътрешното ни право се съдържа в чл. 52 от Конституцията на България, като в него е залегнало конституционното право на гражданите на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. В създаденото от 1998 г. насам ново здравноосигурително законодателство се създадоха и редица други нормативни актове, които да обхванат и регулират съвременното здравеопазване: Закон за здравето, Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения, Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите, Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки, Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, и други.

## **1. Национална здравноосигурителна каса. Министерство на здравеопазването.**

Многобройните законодателни промени и нарушената логика в последователността на приемането на законите доведоха в определени случаи до несъответствия между различните нормативни актове и до затрудняване на взаимоотношенията между различните участници в системата. През изминалите години в здравната система се въведе и утвърди моделът на задължителното здравно осигуряване. Създадена бе Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), като финансирането на здравеопазването се споделя между нея и Министерството на здравеопазването. Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е една от основните цели в управлението на системата. За гарантиране на качеството бяха въведени редица инструменти, като медицински стандарти, клинични пътеки, диагностично-терапевтични протоколи и фишове за здравни грижи, акредитация и други.

Националната система за здравеопазване е изградена на три нива:

- Национално – обхваща територията и населението на цялата страна;
- Областно – обхваща територията и населението на една

административна област от териториалното деление на страната;

- Общинско – обхваща територията и населението на една община.

Управлението и координацията в системата се осъществява на национално ниво от министъра на здравеопазването, който е едноличен орган на държавната власт отговорен за здравеопазването. На областно ниво управлението и координацията се осъществява от директора на Районен център по здравеопазване (РЦЗ), който е териториален орган на Министерство на здравеопазването, а на общинско ниво – от началника на общинското управление по здравеопазване. Извън изброената администрация, която представлява държавната и общинските здравни власти. В българската система на здравеопазване съществуват и други институции и структури

които се занимават с финансиране на здравеопазването, оказване на медицинска помощ и дейности свързани с общественото здравеопазване. Това са:

- Национална здравноосигурителна каса е с централно управление в гр. София, 28 Районни здравноосигурителни каси – по една във всеки областен град и 121 общински офиса (*виж Приложение 3*). НЗОК е създадена със специален закон с предмет на дейност – осъществяване на задължителното здравно осигуряване в Република България, което представлява система за социална здравна защита на населението, гарантираща пакет от здравни услуги за всеки гражданин.

ЗЗО се осъществява с финансови средства, предвидени в бюджета на НЗОК. Приходите за него се набират от осигурителни вноски на осигурените лица и техните осигурители (работодатели), от лихви и приходи от имуществото на НЗОК, приходи от продажбата на държавно имущество съгласно чл.23(1)ЗЗО. Най-съществената част от приходите на НЗОК са постъпленията от осигурителни вноски от осигурените лица и техните работодатели-осигурители. Разходите се извършват за финансиране на здравното осигуряване, за материално-техническото осигуряване на управленската дейност на НЗОК и др. Средствата за приходите и разходите за дейността на НЗОК се предвиждат в нейния годишен бюджет. Той се обсъжда и приема ежегодно от Народното събрание със закон, заедно със Закона за държавния бюджет и бюджета на държавното обществено осигуряване, което позволява да се внесе единство във финансовата и бюджетната политика на държавата за съответната година, като отчита общото икономическо и финансово състояние на страната.

## **2. Осигурени рискове**

Задължителното здравно осигуряване обхваща два риска: „болест” и „бременност и раждане”. Те не са изрично и самостоятелно уредени и открити в закона като осигурителни рискове. Но се предпоставят от него и се извличат по тълкувателен път от чл.46 ЗЗО. Макар и да показват известна близост с аналогичните рискове в задължителното обществено осигуряване, те имат свои особености, които им придават характер на осигурени здравни рискове.

Рискът „болест” се извлича от разпоредбата на чл.45, ал.1, т.1-5, 9-14 ЗЗО. Те визират предпазване от заболяване, ранно откриване на заболяване, извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение и др. под.

Здравният риск „болест” е по-широк по обхват от социалния риск „обща болест” по общественото осигуряване. Болестта като осигурен здравен риск е „единен” риск, в смисъл че не е диференциран с оглед на произхода и причината за нарушаването на здравето на осигурения, както е при задължителното обществено осигуряване (обща болест, трудова злополука и професионална болест, всяко от които поражда и различни осигурителноправни последици). В здравното осигуряване тя отразява едно общо влошено здравно състояние.

Болестта като осигурен здравен риск съдържа още една важна особеност. За нея е достатъчно патологичното състояние на човешкия организъм- на неговите органи и тяхното функциониране, което тя създава. За здравното осигуряване не е необходимо още болестта да води до неработоспособност- временна или трайна, намалена или пълна, нейното степенуване или т.н. Тези последици имат важно и определящо значение за различните видове осигурени социални рискове, които тя обхваща, но е ирелевантно за болестта като осигурен здравен риск. Ето защо е напълно възможно, и на практика това често се случва, едно работоспособно лице да страда от определени болести, да се лекува от тях, без да получава осигурителни обезщетения по общественото осигуряване (обезщетения, пенсия), защото не е неработоспособно. Разбира се, в редица случаи болестта като осигурен здравен риск води и до неработоспособност, която е релевантна за общественото осигуряване. Но това е, защото в тези случаи болестта е причинила и неработоспособност и с това е „станала” риск и по общественото осигуряване, а не поради нейното качество на осигурен здравен риск.

Бременност и раждане като осигурен здравен риск се има предвид в чл.45, ал.1, т.6-8 ЗЗО. Тя обхваща две основни хипотези: бременност и раждане и аборт. Всяка от тях има свои особености, които налагат отделното им разглеждане.

Първата хипотеза се има предвид обичайното протичане на бременността и раждането. От своя страна тя се състои от две последователни биологични състояния на

жената- бременност и раждане, както и следродовия период за възстановяване на здравето и нормалното състояние на жената.

Има две отлики на риска „бременност и раждане” от „майчинство” по общественото осигуряване. Първо, здравният риск „бременност и раждане” включва целия период на бременността, докато рискът „майчинство” по общественото осигуряване в тази му част обхваща само напредналата бременност- 45 календарни дни преди термина и 365 календарни дни след това, който се покрива поначало с периода на временна неработоспособност на жената поради напредналата бременност и раждането. Второ, този риск изключва периода на отглеждането на малкото дете- до навършването на двегодишна възраст и отпуските по чл.164, 165 и 167а.

Втората хипотеза се отнася до аборта като изкуствено и преждевременно прекъсване на бременността. Той се включва в общия здравен риск „бременност и раждане” в два случая: при бременност с медицински показания и при бременност от изнасилване. И в двата случая са въпрос на професионална медицинска преценка и на личната преценка на бременната. Тези два случая изобщо не са уредени в новото действащо осигурително законодателство (КСО) за разлика от отмененото законодателство.

Като здравен риск бременността и раждането изискват наблюдение и полагане на медицински грижи за нормалното развитие на бременността, медицинска помощ при раждането и съответни медицински хирургически манипулации при извършване на аборта. Без значение е състоянието на неработоспособност на здравноосигурената бременна и родилка. Основното и определящо е възстановяването на нормалното здравно състояние на осигурената жена. Неработоспособността като състояние, съпътстващо състоянието на бременност, раждане и аборт, има значение за общественото, но не и за здравното осигуряване. Съображенията за това са същите, както и при риска „болест”.

### **3. Кръг на осигурените лица**

Задължителната здравноосигурителна вноска е в размер на 8 % от дохода на всеки работещ, поделена между работника и работодателя в съотношение 40:60 за 2010г.

Осигурителните вноски за държавните служители се изплащат от учрежденията и организациите, в които те работят, със средства от републиканския бюджет. Самоосигуряващите се, включително и морските лица, плащат здравноосигурителните вноски изцяло за своя сметка.

Някои категории лица не дължат здравноосигурителни вноски. Здравноосигурителни вноски за тях се плащат, но не от самите здравноосигурени лица, а се внасят в НЗОК от други лица. Тези лица са изрично посочени в чл. 40, ал. 1, 2 и 3 от ЗЗО, а именно: пенсионерите- здравноосигурителните вноски, за които се определят върху размера на получаваната от тях пенсия или пенсии и са за сметка на държавния бюджет; лицата до 18-год. възраст и след тази възраст до завършване на средно образование, студентите редовно обучение до навършване на 26-год. възраст и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка и др., се осигуряват за сметка на републиканския бюджет.

Кръгът на здравноосигурените лица е изключително широк. Той далеч надхвърля кръга на осигурените лица в общественото осигуряване. Причината за това е в характера на благо, на което се дава осигурителна закрила, а именно- здравето на човека, което е универсална ценност. Затова за неговата закрила не е необходимо „добавянето“ на друго правно качество от рода на „трудова заето лице“, което е необходимо за включването в кръга на осигурените лица по задължителното обществено осигуряване.

В чл. 33 ЗЗО изчерпателно са изброени категориите лица, които подлежат на задължително здравно осигуряване:

- а) Всички български граждани- лица, които имат само българско гражданство, придобито по Закона за българското гражданство. Еднакво релевантно е както българското гражданство по произход, така и по натурализация.
- б) Български граждани, които имат освен българско и друго гражданство. Така нареченото „двойно“, „тройно“ и т.н. гражданство, за придобиването, на което няма пречка по действащия ЗБГ. За да бъдат задължително здравно осигурени, е необходимо още тези лица да живеят постоянно на територията на Република България. Това се удостоверява с адресната им регистрация.

- с) Чужди граждани или лица, на които е разрешено дългосрочно да пребивават в Република България. То може да бъде с разрешение за време от 3 месеца до 1 година, както и постоянно пребиваване, което е за неопределен срок.
- д) Бежанците и лицата с хуманитарен статут или на които е предоставено правото на убежище.

Задължителното здравно осигуряване възниква в различен момент за различните категории лица.

За всички български граждани, родени до влизането в сила на Закона за здравното осигуряване, задължително здравно осигуряване възниква от деня на влизане в сила на закона, т.е. от 23.06.1998г., а за родените след тази дата- от датата на раждането им. Влизането в сила на ЗЗО с оглед на задължителното здравно осигуряване означава, че тези лица са вече включени в кръга на задължително осигурените и спрямо тях задължителното здравно осигуряване започва да действа, когато съответните разпоредби на ЗЗО започнат да се прилагат.

За чужденците задължителното здравно осигуряване възниква след влизане в сила на ЗЗО, респективно от получаване на разрешението за дългосрочно пребиваване, а за бежанците- от откриване на производството за предоставяне на статус на бежанец или предоставяне на право на убежище.

#### **4. Изпълнители на медицинска помощ**

**Изпълнителите на медицинска помощ** са тези, които в крайна сметка реално предоставят медицинската помощ като същност на здравното осигуряване. Техните задължения към здравно осигурените лица са: а) да предоставят реално пакета от медицински услуги и съпътстващите ги дейности, така както са посочени в чл.55, ал.2, т.2-4 ЗЗО и конкретизирани в договора с РЗОК по чл.20, ал.1, т.4 ЗЗО; б) лечебните заведения за първична извънболнична помощ да създават условия за осъществяване правото на избор на лекар или стоматолог от здравноосигурените лица (чл.5, т 2НРД)

В системата на здравеопазването субектите – изпълнители на медицинска помощ са предимно лечебните заведения.

Лечебните заведения са структури, предвидени и регламентирани в Закона за лечебните заведения. Лечебно заведение по смисъла на ЗЛЗ е организационно обособена структура, в която лекари и/или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински специалисти осъществяват дейностите, изброени в чл.2 ал. 1 от ЗЛЗ. Лечебните заведения се делят на три групи(виж. Приложение 2):

- а) за доболнична (извънболнична) помощ
- б) за болнична помощ
- в) други лечебни заведения

## **5. Здравноосигурителни престации, понятие и обща характеристика.**

Всяка осигурителна система се реализира чрез предоставяне на определени престации на осигурените лица при настъпване на осигурените социални рискове. Тези престации представляват блага, на които имат право осигурените лица при настъпване на предвидените в законодателството условия. За здравното осигуряване това е система от действия и веществени престации, определяни с родовото понятие медицинска помощ (чл. 4 ЗЗО).

Понятието „медицинска помощ“ е определено легално в § 1, т. 9 ДР 330. Това е „система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти“. От посочената разпоредба могат да се извлекат правните белези на това понятие - човешка дейност; система от дейности; осъществяване от медицински специалисти.

Медицинската помощ е преди всичко човешка дейност. По своя характер тя може да бъде:

- а. Диагностична.

Т Тази дейност е свързана с преценка на здравното състояние на конкретно лице и определяне на настъпило у него заболяване. Такива са дейностите за ранно откриване



на заболявания и за диагностика по повод на заболявания по чл. 45, ал. 1, т. 2-3 ЗЗО и медицинската експертиза на работоспособността по чл. 45, ал. 1, т. 11 ЗЗО. Те включват прегледи и различни видове изследвания;

б. Лечебна.

Това е дейност за преодоляване на увреждането на здравето и на последиците от увреждането. Целта ѝ е да се отстранят нематериалните последици от заболяването и страданията, които лицето изпитва, и невъзможността му да упражнява психофизическите функции на здрав човек. Тази дейност заема основно място в системата на здравно осигуряване и включва лечение по повод на заболяване (чл. 45, ал. 1, т. 3 ЗЗО), неотложна медицинска помощ (чл. 45, ал. 1, т. 5 ЗЗО), предоставяне на лекарствени средства и консумативи (чл. 45, ал. 1, т. 10 ЗЗО) и др. Лечебната дейност се изразява в провеждане на различни медицински манипулации и процедури, хирургична намеса, предоставяне на лекарства и др.;

*в. рехабилитационна.* Тази дейност има за цел да се укрепи здравното състояние след прекарано заболяване, да се довърши или допълни проведеното лечение и да се даде възможност на вече окончателно или частично оздравялото лице да се върне към нормалния трудов, семеен, обществен и т.н. живот, да се подобри неговият социален комфорт. Това е предназначението на медицинската рехабилитация по чл. 45, ал. 1, т. 4 ЗЗО. Тя се изразява в различни медицински процедури, като лечебна физкултура, масаж, физиотерапевтично лечение и пр.;

*г. профилактична.* Тя цели предотвратяване на уврежданията на здравето. В тази група се включват медицинските и стоматологичните дейности за предпазване от заболявания по чл. 45, ал. 1, т. 1 ЗЗО, както и някои грижи за бременните и родилките. Профилактиката е насочена както към отделния осигурен чрез мерки за благоприятно въздействие върху здравното му състояние или работоспособност и по този начин предотвратяване на увреждането на неговото здраве (лекарства, балнеолечение и пр.), така и към подобряване на общото състояние на здравето на населението.

Медицинската помощ се осъществява от **медицински специалисти**(*виж. Приложение 2*).

Медицинските специалисти са физически лица, които притежават специални знания в областта на медицината, придобити по установен в нормативните актове ред.

Те са физически лица с определена професионална квалификация (лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и пр.), която им позволява да упражняват медицинската професия при установените в Закона за здравето условия.

Изискванията за упражняване на медицинската професия от определено физическо лице се съдържат в чл. 183-193 ЗЗдр. Те се свеждат до наличие на българско гражданство и завършено медицинско образование в законно признато медицинско училище в Република България или в чужбина, ако дипломата е легализирана по надлежния ред. Към тези изисквания трябва да се добави и изискването на чл. 4 ЗСОЛС за членуване в съответната съсловна организация - на лекари или на стоматолози. Това е ново условие за упражняване на медицинската професия, което е необходимо за висшите медицински специалисти. Членството в БЛС, съотв. БЗС, възниква с вписването в регистъра на съответната районна колегия.

#### **Видове престации:**

**Фактически действия.** Дължимата на здравноосигурените лица престация - медицинската помощ, се изразява преди всичко в човешки действия. Това е най-голямата по обем и разнообразна по съдържание част от медицинската помощ. Това са фактически действия, които изпълнителите на медицинска помощ трябва да осъществяват с оглед на конкретните потребности на осигуреното лице.

Тези действия са свързани с предотвратяването, откриването и отстраняването на възникнало увреждане на здравето състояние (чл. 45, ал. 1, т. 1-5, 8 и др. ЗЗО) и с експертната на работоспособността (чл. 45, ал. 1, т. 11 ЗЗО). Осигуреното лице има право да изисква осъществяването им, а НЗОК чрез изпълнителите на медицинска помощ (чл. 58 ЗЗО) му ги дължи

**Веществени блага.** Медицинската помощ може да се изразява и във веществени престации. Това са материални (веществени) блага, необходими на осигуреното лице във връзка с неговото здравно състояние. Такива са лекарствените средства (чл. 45, ал. 1, т. 10 ЗЗО), транспортът по медицински показания (чл. 45, ал. 1, т. 12 ЗЗО) и др. Осигурителният характер на тези престации се изразява в това, че получаването им не води до финансово натоварване на нуждаещото се лице, а заплащането се поема от осигурителния орган.

**5.1. Защо неработещите студенти – редовно обучение, навършили 26г. дължат здравни вноски в размер на 16,80 лв. всеки месец?**

Отговорът на актуалния въпрос защо неработещи студенти - редовно обучение, навършили 26г. дължат ежемесечно по 16,80лв. здравна вноска се крие в следното:

Съгласно чл.40. (3) т.2. на ЗЗО студентите - редовно обучение във висши училища до навършване на 26-годишна възраст, и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка се осигуряват за сметка на републиканския бюджет. След навършването на тази възраст те придобиват качеството самоосигуряващи и съгласно чл.40. (5) т.1. ЗЗО са длъжни да внасят здравноосигурителни вноски върху осигурителен доход не по-малък от половината от минималния размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване.

Текстът на чл. 8. (2) от Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване за 2011г. фиксира сумата от 420лв. минимален месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица. Нещо повече, чл.2. от Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. определя с точност размера на здравноосигурителната вноска - 8 на сто (8%) от осигурителния доход.

Следователно, размерът на здравноосигурителна вноска в левова равностойност, която се дължи всеки месец от неработещ студент-редовно обучение навършил 26г. възраст(X) е равна на половината на минималния месечен размер на осигурителния доход умножено по здравноосигурителната вноска. Казаното до тук изразено в математическо уравнение придобива следния вид:

$$x = \frac{8.(420:2)}{100} = \frac{8.210}{100} = \frac{8.21}{10} = \frac{168}{10} = 16,80 \text{ лв.}$$

**6. Договори за осъществяване на задължителното здравно осигуряване**

Задължителното здравно осигуряване се осъществява чрез два основни вида договори: национални рамкови договори (НРД) и договори между НЗОК, сключвани от нейно име от РЗОК, и изпълнителите на медицинска помощ. Двата вида договори служат за осъществяване на задължителното здравно осигуряване. Между тези договори има и съществени различия относно реда за тяхното сключване, страните, предмета и съдържанието им, а също така и в тяхната правна природа.

Сключването на НРД претърпя съществени промени при измененията на ЗЗО през месец декември 2009г. Преди всичко се изостави сключването на единен НРД между НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите- БЛС и БЗС, който включваше както медицинските, така и денталните дейности и създаваше трудности за постигане на общо съгласие между представителите на двете съсловни организации и НЗОК. Това обяснява и факта, че за последните четири години не се стигна до сключване на НРД. Новата уредба „разделя” единния НРД на два национални рамкови договора- един за медицинските дейности и сключван съответно от НЗОК и БЛС и друг- за денталните дейности, сключван от НЗОК и БЗС (чл.53, ал.1 ЗЗО). Друго важно е : националните рамкови договори се сключват за срок от 1 година.. „При необходимост”, т.е. при настъпили промени по въпросите, предмет на договаряне между страните, по тяхно общо съгласие НРД ще се осъвременяват по реда на тяхното сключване (чл.53, ал.2 ЗЗО).

Това са два отделни национални рамкови договора. Те се различават по страните, които ги сключват- НЗОК и БЛС и НЗОК и БЗС. Всеки от тях има за насрещна страна по договора НЗОК. Те се различават по съдържанието си: първият е за медицинските дейности, а вторият- за денталните. Различието в съдържанието на тези дейности и интересите на договарящите страни определя рамките на техните преддоговорни и договорни отношения.

Съставянето на НРД за медицинските дейности се извършва в преговори от 10 представители на НЗОК и 10 на БЛС и съответно 9 представители на НЗОК и 9 представителя на БЗС за денталните дейности. Различието в числения състав на преговарящите страни по двата договора се обуславя от съдържанието на здравните дейности: медицинските дейности са по-широки, а денталните- по-тесни по обхват, което обуславя и различие в броя на членовете на преговарящите екипи.

Представителите на НЗОК в преговорите за сключване и подписване на НРД са членове на надзорния съвет и управителят на НЗОК. А представителите на БЛС и БЗС се определят от ръководствата на двете съсловни организации.

Преговорите за сключване на двата НРД се водят в определено от закона време: от внасянето на законопроекта за бюджета на НЗОК за разглеждане в Народното събрание и продължават през време на неговото обсъждане до „не по-рано от обнародването на ЗБНЗОК за следващата календарна година в „Държавен вестник”, но не по-късно от последния работен ден на текущата година” (чл.54, ал.1, 2 и 6 ЗЗО). Идеята на закона е преговорите за сключване на НРД да се водят паралелно с обсъждането за законопроекта за бюджета на НЗОК в Народното събрание и двата процеса на обсъждане да се информират взаимно за техния ход и възникващи проблеми. Това законодателно решение е от естество да подпомага дейността на двете обсъждания и тяхното съчетаване не само по време на тяхното синхронизиране, но и тяхното възможно и желателно взаимно съобразяване по съдържание. А това е полезно и за двата акта, като се има предвид тяхната близост по съдържание и зависимостта на НРД от ЗБНЗОК, който „гарантира” изпълнението на основните пакети от здравни дейности по всеки от двата НРД (чл.5, т.9 ЗЗО).

НРД се приемат с мнозинство не по-малко от 7 представители на НЗОК и 7 представители на съсловните организации съответно на лекарите или на зъболекарите (чл.54, ал.5 ЗЗО).

НРД се сключват в писмена форма. Тя е форма *ad solemnitatem* за НРД. Макар това и изрично да не е предвидено, то се извлича от изискването за подписването на тези договори (чл.53, ал.1 ЗЗО).

Когато страните не могат да стигнат до съгласие за сключването на НРД, се прилагат действащите до този момент договорености между страните в сключения НРД (чл.54, ал.8 ЗЗО). Това разрешение следва да намери приложение и при преговори за осъвременяване на НРД по реда на чл.53, ал.2 ЗЗО.

Националният рамков договор влиза в сила от 1 януари на следващата календарна година.

Като цяло може да се обобщи, че новата уредба на сключването на НРД изглежда сполучлива и надеждна за преговаряне между страните и като цяло заслужава

подкрепа, въпреки някои неясноти и съмнения в нея. Първото потвърждение за това дойде с подписването на 21 декември 2009г. на НРД за медицинските и за денталните дейности за 2010г.

С изменението на ЗЗО през 2009г. законодателят изрази категоричното си становище по този въпрос, като в чл.4а. изрично предвиди: „Националният рамков договор за нормативен административен акт, който има действие на територията на цялата страна за определен срок и е задължителен за НЗОК, РЗОК, изпълнителите на медицинска помощ, осигурените лица и осигурителите”. Тази разпоредба слага край на доктриналните спорове и възприема становището за нормативния характер на НРД.

От тук следват още три важни извода.

Първият е за териториалното действие на НРД. Неговото действие на територията на страната е очевидно не само от неговото наименование като „национален”, но и от неговото съдържание, а и от общото правило, че доколкото друго не е изрично указано, нормативните актове действат поначало на територията на страната.

Вторият белег е посочен в закона, а именно- неговото действие за определен срок. Предметът на регулиране на този договор предопределя неговото срочно действие, поради динамичния и променящ се характер на обществените отношения, които урежда. В изпълнението на общата разпоредба на чл.4а ЗЗО чл.53, ал.2 КСО изрично посочва, че НРД се сключва за срок от 1 година.

От нормативния характер на НРД произтича друг важен извод- той подлежи на общо основание на съдебен контрол по силата на чл.120, ал.1 Конст. Този съдебен контрол се упражнява по реда на чл.185-196 АПК. Нормативните административни актове се оспорват пред ВАС, който разглежда делото в състав от трима съдии (чл.191 АПК). Решението на първоинстанционния състав на ВАС подлежи на касационно обжалване (чл.208-228 АПК).

Втората група договори се сключват между РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ. Те се сключват в 28-те области на страната, в които се намират седалищата и осъществяват дейността си РЗОК. Тези договори биват два вида:

- а) Договори с изпълнителите на медицинска помощ- лечебни заведения по ЗЛЗ и здравни заведения по ЗЗдр. Страни по тези договори са : НЗОК

(представявана от съответната РЗОК) и съответните изпълнители на медицинска помощ. В тези договори се определят правата и задълженията на НЗОК, които се осъществяват чрез териториалното ѝ поделение- РЗОК, и изпълнителите на медицинска помощ- на територията на съответната РЗОК- при оказване на медицинска помощ на здравноосигурените лица на територията на РЗОК. Клаузите в тези договори не могат да предвиждат по-неизгодните условия на медицинско обслужване от установеното в НРД. „По-неизгодните условия” означават по-ниско ниво на медицинско обслужване, по-високи цени на обслужване и др.под. от установените в НРД.

На територията на РЗОК се сключват отделни договори с всеки изпълнител на медицинска помощ- лечебно заведение по ЗЛЗ и здравно заведение по ЗЗдр, ако, разбира се, това се налага с оглед на предоставянето на медицинска помощ на здравноосигурителните лица на територията на съответната РЗОК.

Тези договори се сключват след влизането на НРД в сила. С тях се конкретизират изискванията за предоставяне на медицинска помощ на осигурените лица на територията на съответната РЗОК.

б) Директорът на РЗОК може да сключва договори и с отделни лекари и лекарите по дентална медицина за оказване на извънболнична медицинска помощ. Изпълнителите на медицинска помощ в тези случаи могат да бъдат и лекари и лекари по дентална медицина, които работят по трудово правоотношение със съответната болница. В последния случай, договори могат да се сключват при условие, че няма достатъчно лекари на извънболнична практика.

Договорите с изпълнителите на медицинска помощ се сключват в писмена форма за срока на действие на НРД и са в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД (чл.59, ал.3 ЗЗО).

Интересни въпроси поставя правната природа на тези договори. По своето естество те са граждански-облигационни договори. Техният предмет е оказване на извънболнична медицинска помощ. Особеното на тези договори е, че престацията, която се дължи от изпълнителите на медицинска помощ, не е на насрещната

договаряща се страна- НЗОК в лицето на съответното нейно териториално поделение- РЗОК, а на здравноосигурените лица, на които се дължи и на които се оказва медицинската помощ в рамките на задължителното здравно осигуряване.

Изпълнението на договорите между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ може да породи и тепърва ще поражда спорове между страните. Това са договорни-гражданскоправни спорове, произтичащи от договорите по чл. 58-62 ЗЗО. Те се разглеждат по реда на осъдителното исково производство по чл.103 и сл. ГПК.

## **7. Допълнително доброволно здравно осигуряване**

Както стана вече дума чрез задължителното здравно осигуряване се гарантира основна здравна помощ по пакет медицински услуги, определен от министъра на здравеопазването. Съгласно действащото законодателство гражданите не могат да откажат или ограничат участието си в задължителното здравно осигуряване. Те обаче, след като заплатят вноските си за публичното, задължително здравно осигуряване, могат да платят вноски и да придобият здравноосигурителни права и чрез доброволно здравно осигуряване.

Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) е дейност на лицензирани здравноосигурителни дружества по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на здравноосигурителни премии, дължими на основа на сключените между дружествата и съответните лица, които се нуждаят от здравни и медицински услуги, здравноосигурителни договори.

Здравноосигурителните дружества са акционерни дружества. Те учредяват, осъществяват дейността си, преобразуват се и се прекратяват по ЗЗО и ТЗ, а се лицензират по ЗЗО. Търговският закон и Законът за здравно осигуряване, които се прилагат към тяхното възникване, дейност, преобразуване и прекратяване, са в съотношение на общ и специален закон. „Общият закон” е Търговският закон, а специалният- Законът за здравното осигуряване.



Минималният размер на капитала на дружеството при подаването на заявление за лицензия е 500 хил. лева, с изискването че до 3 години след получаването на лицензия дружеството ще го увеличи до 2 млн. лева. Това е отстъпление от взискателността на законодателя ( и с основание) към осигурителните дружества за висок размер на минималния капитал и за неговото внасяне изцяло в пари към момента на подаване на заявление за лицензия. Този либерализъм вероятно е продиктуван от стремежа да се заеме здравноосигурителния пазар от повече здравноосигурителни дружества и да се стимулира тяхното възникване, дейност и лоялна конкуренция между тях.

Както бе посочено по-горе, поначало чрез доброволното здравно осигуряване се обезпечава предоставянето на здравни услуги и стоки извън обхвата на Закона за здравното осигуряване, но няма пречка на нуждаещите се да се осигурят и здравни услуги и стоки, които са в обхвата на задължителното здравно осигуряване. Не се смята за доброволно здравно осигуряване дейността на застрахователите по покриване на рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на застрахованите лица по застраховките по Приложение № 1 към Кодекса за застраховането, както и дейността на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ по договори с физически и юридически лица за извършване на медицински услуги, когато те са с определен обем, вид и цени.

Правният режим на доброволното здравно осигуряване се съдържа основно в глава трета на Закона за здравното осигуряване (чл. 81-99н ЗЗО), но разпоредби относно доброволното здравно осигуряване съдържат и други закони - например Кодекса за застраховането (чл. 7), Закона за Комисията за финансов надзор като основен контролен орган, включително и върху тази дейност, а във връзка с възникването и функционирането на самите здравноосигурителни дружества, които се създават само като акционерни дружества - чл. 158-161 от Търговския закон, чл. 2, 3, 83, 91-99 и 101 ЗЗО, както и чл. 87 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс. Съществуват и подзаконови актове от значение за доброволното здравно осигуряване. Сред тях следва да се отбележат Наредба № 15 от 05.05.2004 г. за воденето и съхраняването на регистрите от Комисията за финансов надзор и за подлежащите на вписване обстоятелства (обн. ДВ, бр. 54 от 2004 г., посл. изм. бр. 22 от 2007 г.), Наредбата за реда за воденето и съдържанието на регистъра на дружествата, на които е издадена лицензия за доброволно здравно осигуряване (обн. ДВ, бр. 94 от 1999 г.),

Наредба № 30 от 19.07.2006 г. за изискванията към счетоводството, формата и съдържанието на финансовите отчети, справките, докладите и приложенията на застрахователите и на здравноосигурителните дружества (обн. ДВ, бр. 78 от 2006 г., посл. изм. бр. 51 от 2008г.).

Доброволното здравно осигуряване се осъществява при спазване на принципа на “доброволност на осигуряването”. То може да се осъществи било чрез възстановяване на разходи или чрез абонаментно обслужване.

■ Доброволно здравно осигуряване чрез възстановяване на разходи е форма, при която здравноосигурителното дружество частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на осигурените лица при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи. Разходите могат да се възстановят както на изпълнителите, така и на осигурените лица за предоставените или за заплатените здравни услуги и стоки.

■ Доброволно здравно осигуряване чрез абонаментно обслужване е форма, при която здравноосигурителното дружество, при настъпване на предвидените в здравноосигурителните договори случаи, осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на осигурените лица от определени изпълнители на медицинска помощ, с които дружеството е сключило договор (чл. 87, ал. 1-3 ЗЗО).

И двете форми на доброволно здравно осигуряване се основават на здравноосигурителен договор и на договор, сключван между съответното здравноосигурително дружество и изпълнител на медицинска помощ, с тази особеност, че ако договорите с изпълнителите са задължителни при ДЗО чрез абонаментно обслужване, ДЗО с възстановяване на разходи би могло да се осъществи и без наличие на договор с изпълнител на медицинска помощ.

Здравноосигурителният договор е всъщност договор за здравно осигуряване на физическо лице. Страна по договора, освен самото дружество, може да бъде:

- самото самоосигуряващо се лице, когато внася здравно-осигурителната премия изцяло за своя сметка;
- работодателят или член на семейството (домакинството) на лицето, което се нуждае от здравни грижи, или друго лице, което желае да го осигурява, като в този случай осигуряващите задължително следва да разяснят на осигурените лица правата и задълженията им по договора, кои са изпълнителите на

медицинската помощ, както и условията и реда за получаване на здравните услуги и стоки;

- едновременно осигуряващите и осигурените лица, когато внасят общо, заедно, съответните части от здравноосигурителната премия.

По своята правна характеристика договорът за здравно осигуряване е формален, консенсуален, възмезден, комутативен и има точно определено съдържание. Договорът се сключва поотделно с всяко осигурено лице. Той задължително следва да съдържа:

- ✓ името, адреса, ЕИК по БУЛСТАТ на страните, данните за съдебната регистрация, номера и датата на издаване на лицензията на дружеството;
- ✓ здравноосигурителните пакети, включени в договора, т.е. вида, обхвата и условията за предоставяне на здравните услуги и стоки;
- ✓ размера, сроковете и начина на заплащане на здравноосигурителната премия;
- ✓ общите условия по здравноосигурителните пакети, включени в договора.
- ✓ Общите условия по здравноосигурителните пакети ясно и недвусмислено определят:
- ✓ покритието и изключенията от него;
- ✓ условията, реда и сроковете за заплащане на здравноосигурителните премии, както и последиците от неплащането или неточното им плащане;
- ✓ условията и реда за ползване на здравните услуги и за получаване на здравните стоки;
- ✓ условията, реда и сроковете за възстановяване на направените разходи;
- ✓ условията, реда и сроковете за прекратяване или изменение на здравноосигурителното правоотношение.

Здравноосигурителните дружества са длъжни да пазят в тайна информацията, свързана със сключените здравноосигурителни договори, както и информацията, свързана с личните данни и здравословното състояние на осигуреното лице. Разкриването на такава информация може да стане само със съгласието на осигуреното лице, дадено изрично пред Комисията за финансов надзор и нейните органи, както и в случаите, изрично предвидени със закон.

Доброволното здравно осигуряване, независимо от това, че е регламентирано

още от 1998 година, не се разви като стабилен и конкуриращ задължителното здравно осигуряване пазар на услуги. Като причина за това редица автори посочват:

- ❖ *липсата на обществена потребност и традиции в областта на доброволното здравно осигуряване. Все още съществува убеждението, че грижата за здравето е задължение на държавата;*
- ❖ *липсата на финансово гарантиран и обезпечен пакет от здравни услуги и стандарти за тяхното изпълнение;*
- ❖ *ниските доходи на по-голямата част от гражданите, а от друга страна - готовността за директни нерегламентирани плащания за здравни услуги от лицата с по-високи доходи;*
- ❖ *слабо развития сектор на частните лечебни заведения, както и засега слабо развитие на здравноосигурителните фондове.*

Разбира се, биха могли да се посочат и още много причини, но всъщност най-сериозната е забавянето на демонополизирането на здравното осигуряване. За последното следва да се вземе политическо решение и съответно промяна в правния режим, за да бъде постигнато в недалечно време паралелно и равностойно развитие на задължителното и доброволното здравно осигуряване.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Перспективите и проблемите в българското здравеопазване са много и кумулативно свързани. Приоритетите в областта на здравеопазването се измениха през последните няколко години. Повече като че ли се търсеха решения, засягащи глобалното развитие на страната, и развитието на здравеопазването остана малко встрани. Промяната, която стана на ниво Министерство на здравеопазването, увеличи надеждите за промяна в сектора. От друга страна, обаче, времето е твърде кратко. В крайна сметка, сме изправени пред ситуация, в която дискусиата за концептуалното развитие на здравеопазването може би трябва да се върне на първоначалното ниво - как да разширим достъпа до качествени здравни услуги срещу колкото се може по-приемлива цена. Задачата иска по-добри лекари, по-модерна техника, от една страна, а от друга - ефективен мениджмънт на наличния финансов ресурс. Трябват ни по-добре подготвени

мениджъри и по-добри лекари, защото в противен случай, здравната реформа няма да се състои.

Проблемите изобщо в **здравеопазването** се нуждаят не от частично решение, а от цялостна концепция. Когато се променя модел в областта на здравеопазването, трябва да се извървят две стъпки - да има публичен дебат по проблема (а такъв досега не се е състоял и това е лоша характеристика) и, второ, решението за промяна трябва да се вземе с относителен консенсус. И лекарите, и експертите в областта на общественото здравеопазване, и здравноосигурителите, и пациентите трябва да са убедени, че това е добрият модел и да са готови да понесат и последиците, и трудностите, които предстои да бъдат преодоляни.

Другият задължителен елемент е човешкият ресурс, управленският състав. На запад хората, които работят в системата на здравеопазването, се обучават по специална методология. Тези хора трябва да интегрират в себе си логиката на медика с логиката на икономиста. Логиката на медика е логика на крайния резултат - пациентът да е здрав. Логиката на икономиста е търсене на ефективните механизми на управление на материалния ресурс. Управленските кадри в системата на здравеопазването трябва да имат специална подготовка. Не е достатъчно само да са добри мениджъри, както не е достатъчно само да са блестящи лекари.

Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване обединява дружествата, които в резултат на своята дейност в областта на доброволното здравно осигуряване са натрупали немалък капацитет за оказване на експертна помощ при формирането на една по-добра концепция за развитието на българското здравеопазване и здравно осигуряване, която ограничава възможността за създаване на нови проблеми без да се решат съществуващите. Общественият интерес налага този потенциал да бъде използван, и ако политиците ни работят за обществото, то и хората могат да им бъдат полезни.

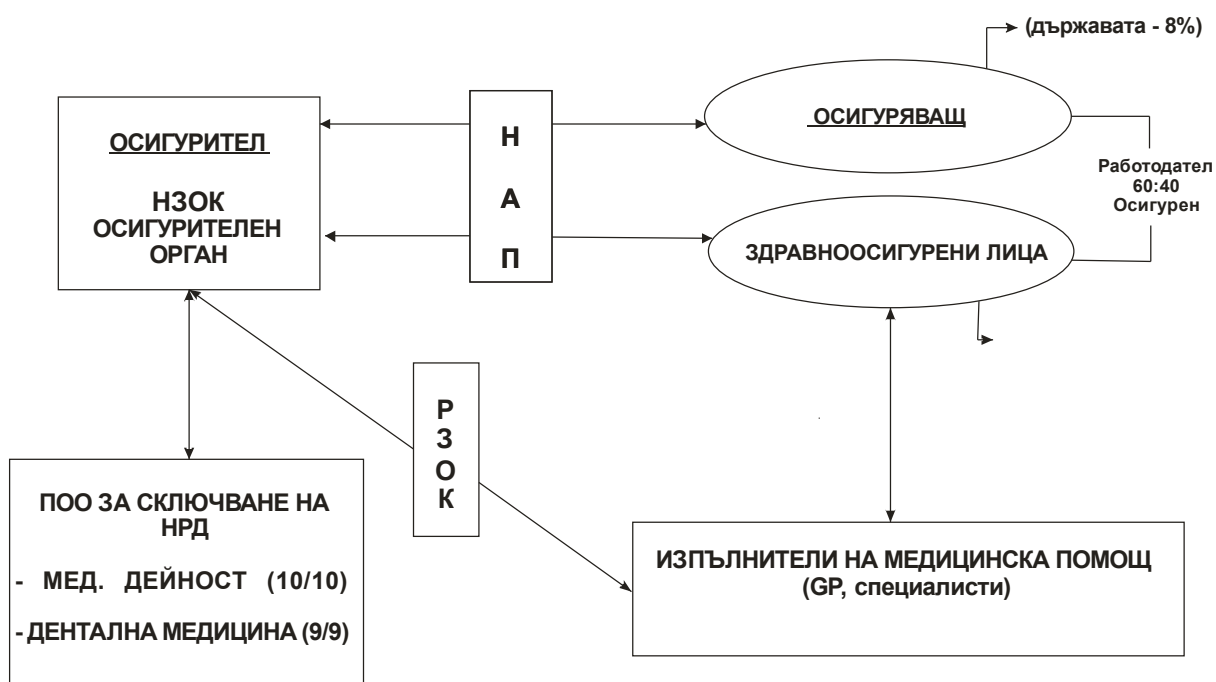
### **Използвана литература:**

- *Мръчков, В.* Осигурително право, изд.Сиби 2010 г. – V-то изд.
- *Средкова, К.* Осигурително право, изд.Сиби 2006 г.– III-то изд.

- *Зиновиева, Д. Медицинско право, изд. Сиела 2004 г.*
- <http://www.nhif.bg/>
- <http://www.mh.government.bg/>
- *Информационна система „Апис – право”*
- *Нормативна база:*
  - *Закон за здравното осигуряване*
  - *Закон за здравето*
  - *Закон за бюджета на държавното обществено осигуряване за 2011г.*
  - *Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011г.*
  - *Закон за лечебните заведения*
  - *Кодекс за социалното осигуряване*
  - *Правилник за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса*

**Приложения:**

***Приложение 1: Здравноосигурителна система***



**ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ**

ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ	БОЛНИЧНА ПОМОЩ	ДРУГИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ПО ЗЛЗ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• АМБУЛАТОРИИ ЗА ПЪРВИЧНА МЕД. ПОМОЩ</li> <li>- ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА;</li> <li>- ГРУПОВА ПРАКТИКА;</li>   <li>• АМБУЛАТОРИИ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕД. ПОМОЩ</li> <li>- ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА</li> <li>- ГРУПОВА ПРАКТИКА</li> <li>- МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР И МЕДИКО-ДЕНТАЛЕН ЦЕНТЪР</li> <li>- ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР</li>   <li>• САМОСТОЯТЕЛНИ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНИ И МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКИ ЛАБОРАТОРИИ</li> <li>• ДЕНТАЛНИ ЦЕНТРОВЕ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ</li> <li>• БОЛНИЦА ЗА ДОЛЕКУВАНЕ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ</li> <li>• БОЛНИЦА ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ</li> <li>• БОЛНИЦА ЗА ДОЛЕКУВАНЕ, ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>БОЛНИЦИТЕ СА:</b></p> <p><b>МНОГОПРОФИЛНИ и СПЕЦИАЛИЗИРАНИ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕД. ПОМОЩ</li> <li>• ЦЕНТЪР ЗА ТРАНСФУЗИОННА ХЕМАТОЛОГИЯ</li> <li>• ЦЕНТЪР ЗА ПСЕХИЧНО ЗДРАВЕ</li> <li>• ЦЕНТЪР ЗА КОЖНО-ВЕНЕРИЧЕСКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ</li> <li>• КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР</li> <li>• ДОМ ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ</li> <li>• ХОСПИС</li> <li>• ДИАЛИЗЕН ЦЕНТЪР</li> <li>• ТЪКАННА БАНКА</li> </ul>

Приложение 3: Структура НЗОК

