

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”

ЮРИДИЧЕСКИ ФАКУЛТЕТ

Катедра „Трудово и осигурително право”

АТЛИАНА ГЕОРГИЕВА МИЛЕВА

**ОСИГУРИТЕЛНИ ПРАВООТНОШЕНИЯ
ПО ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”

Научен ръководител: проф. д-р Емил Мингов

София, 2016 г.

Дисертационният труд е обсъден в Катедра „Трудово и осигурително право” в СУ ”Св. Климент Охридски”, Юридически факултет, и със Заповед на Ректора на СУ „Св. Климент Охридски” № РД 38-335/20.05.2016 г. е насочен за защита пред специализирано жури в следния състав.

Научно жури:

Проф. д-р Емил Асенов Мингов
Проф. д-р Красимира Средкова Иванова
Доц. д-р Илиан Георгиев Шотлеков
Доц. д-р Райна Московска Койчева
Доц. д-р Ярослава Димитрова Генова

Резервни членове:

проф. д-р Атанас Петров Василев
доц. д-р Нина Милкова Гевренова

Защитата на дисертацията ще се състои на 14.09.2016 г. от 14 ч. в Ретората на СУ “Св. Климент Охридски”.

Материалите за защитата са публикувани в интернет на страницата на СУ “Св. Климент Охридски” и са на разположение на интересуващите се в Деканата на Юридическия факултет.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ОСНОВНИ ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ВЪВЕДЕНИЕ

ГЛАВА ПЪРВА ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ НА ПРАВНАТА УРЕДБА НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ОТНОШЕНИЯ

- § 1. Развитие на правната уредба в периода след Освобождението от турско робство до 20-те години на XX в.
- § 2. Развитие на правната уредба в периода от 20-те до 40-те години на XX в.
- § 3. Развитие на правната уредба в периода от 40-те години до началото на 50-те години на XX в.
- § 4. Отмяната на здравноосигурителната система и въвеждането на всеобща безплатна медицинска помощ през 50-те години на XX в.
- § 5. Възстановяване на здравноосигурителния модел и съвременна правна уредба на здравноосигурителните отношения

ГЛАВА ВТОРА ОСИГУРИТЕЛНО ПРАВООТНОШЕНИЕ ПО ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ – ПОНЯТИЕ И ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА

- § 1. Понятие за осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване
- § 2. Обща характеристика на осигурителното правоотношение по задължителното здравно осигуряване
- § 3. Отграничение на осигурителното правоотношение по задължителното здравно осигуряване от други правоотношения

ГЛАВА ТРЕТА ВИДОВЕ ОСИГУРИТЕЛНИ ПРАВООТНОШЕНИЯ ПО ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

- § 1. Становища относно видовете осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване
- § 2. Осигурително правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване

- § 3. Правоотношения, съпътстващи изпълнението на осигурителното правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване
- § 4. Осигурително правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване
- § 5. Правоотношения, обуславящи или съпътстващи изпълнението на осигурителното правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОСНОВНА ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертационният труд е посветен на темата за осигурителните правоотношения по задължителното здравно осигуряване. Избраната тема предоставя възможност да се изследват *общотеоретичните* въпроси на осигурителните правоотношения в системата на задължителното здравно осигуряване в България, като същевременно се разгледа съдържанието на тези правоотношения с конкретните права и задължения на страните по тях, което е от съществено *практическо* значение.

1. Актуалност и значимост на изследването

До този момент в българската литература няма самостоятелно изследване, което да е с предмет осигурителните правоотношения по задължителното здравно осигуряване. Въпросите, касаещи осигурителните правоотношения по задължителното здравно осигуряване, са били обект на разглеждане в рамките на учебните курсове по осигурително право¹, а не и като отделно научно изследване по темата. Актуалността на избраната тема се определя също от постоянната динамика в правната уредба на разглежданата материя и от необходимостта от теоретичното ѝ осмисляне.

Следва да се подчертае, че авторът на настоящия дисертационен труд не си поставя за цел изчерпателното изследване на всички възможни правни проблеми, които поставят осигурителните правоотношения по задължителното здравно осигуряване, тъй като подобна цел би била изначално обречена на неуспех. По-скоро авторът се стреми към поставянето и вземането на отношение по редица съществени въпроси на *общотеоретичното осмисляне* на осигурителните правоотношения по задължителното здравно осигуряване в посока изграждането на ясна система от правоотношения в разглежданата материя. Анализирани са и конкретните права и задължения на страните по тези правоотношения, което отразява *практическото значение* на настоящото изследване. Поставените правни въпроси целят и да провокират по-задълбочени научни дискусии и бъдещи научни изследвания по темата.

¹ Вж. **Мръчков, В.** Осигурително право. VI изд. С.: Сиби, 2014, 102-103, 467-475; **Средкова, Кр.** Осигурително право. IV изд. С.: Сиби, 2012, 287-321, 514-540.

2. Обект, цел и задачи на изследването

Обект на научния анализ в изследването са разпоредбите на Закона за здравното осигуряване и на свързаните с него законови и подзаконови нормативни актове, уреждащи здравноосигурителната закрила на лицата, както и релевантната съдебна и административна практика по въпросите, поставени в дисертацията.

Цел на изследването, на първо място, е да се анализира съдържанието на действащата правна уредба на задължителното здравно осигуряване.

На второ място, цел на изследването е въз основа на анализа на действащата правна уредба да се направи опит за общо правнотеорично осмисляне на въпросите на здравноосигурителните отношения, което включва следните конкретни *задачи*:

- първо, извеждането на *общо понятие* за осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване чрез изясняването на същината на разглежданото явление,

- второ, *видовото групиране* на здравноосигурителните правоотношения въз основа на съдържателния критерий,

- трето, отграничаването на *същинските* здравноосигурителни правоотношения от *други* правоотношения, които не са иманентно присъщи на здравноосигурителния модел, но по действащата правна уредба влияят върху изпълнението на задълженията на страните по същинските здравноосигурителни правоотношения;

- четвърто, посочването на *слабостите в правната уредба* на съдържанието на същинските здравноосигурителни правоотношения с цел преодоляването им и постигането на по-добра здравноосигурителна закрила на лицата.

3. Методология на изследването

Основните методи в научната разработка са *анализът и сравнението*.

За постигане на така очертаните задачи в изследването са използвани методите на *логическия* и *правно-догматичния анализ*. Застъпен е *правно-историческият анализ*, който подпомага процеса на цялостно осмисляне на разглежданата проблематика чрез проследяване развитието на правната уредбата на здравноосигурителните отношения. Широко застъпен е и *системният метод на анализ*, позволяващ изграждането на ясна система от здравноосигурителни правоотношения. Дисертационният труд си служи и със *сравнителноправния метод*. По необходимост в дисертацията е използван и *интердисциплинарният анализ*, защото частично се засягат и институти от други правни отрасли.

4. Научна новост на изследването

Постоянните изменения в здравноосигурителното законодателство след възстановяването на здравноосигурителния модел в България със Закона за здравното осигуряване от 1998 г. поставят редица теоретични и практически проблеми при осъществяването на конституционнозакрепеното и неотменимо право на здравно осигуряване. Това предизвиква необходимостта от теоретично осмисляне на поставените правни проблеми. Липсата на цялостна разработка, която да изследва разглежданите въпроси в българската специализирана литература, определя научната новост на настоящия дисертационен труд.

В него по ясен и систематичен начин са разгледани въпросите относно (1) понятието за осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване, (2) видовете осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване, (3) тяхната правна характеристика и (4) структурата им, включваща въпросите относно страните, основанията за възникване и прекратяване и съдържанието им, както и (5) отграничаването им от други правоотношения. Направен е критичен анализ на правната уредба на здравноосигурителните отношения, като по съответните проблеми са изведени и конкретни предложения *de lege ferenda*.

5. Практическо значение

Практическото значение на научното изследване обобщено се изразява в следните основни насоки:

- изясняване на същностните белези на осигурителното правоотношение по задължителното здравно осигуряване, което позволява отграничаването му от други правоотношения, които са свързани с него, подпомагат и съпътстват изпълнението на задълженията по него, но не са иманентно присъщи на здравноосигурителния модел;
- изясняване на двата основни вида осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване;
- анализирането на съдържанието на всеки от двата вида същински осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване;
- извеждането на предложения за изменение и усъвършенстване на правната уредба в разглежданата материя.

Считам, че дисертационният труд може да допринесе за по-добро изясняване и по-задълбочено осмисляне на същността на българския здравноосигурителен модел, което отразява значението му както за теорията на осигурителното право, така и за практическата реализация на основното конституционно право на здравно осигуряване.

Изводите и предложенията, изложени в изследването, могат да послужат като основа за усъвършенстване на българската правна уредба.

Трудът може да бъде използван и в обучението по осигурително право, а тезите и заключенията биха представлявали интерес и за практикуващите юристи.

6. Обем и структура

Дисертацията е в обем от 255 страници *основен текст*. Към нея има *съдържание* (2 страници), *списък на основните използвани съкращения* (5 страници) и *списък на основната използвана литература* (7 страници), която съдържа общо 152 заглавия, от които 110 на кирилица и 42 на латиница. Бележките под линия са общо 326 на брой.

Структурата на дисертационния труд включва въведение, три глави, разделени на параграфи, и заключение.

Изследването е съобразено със законодателството и съдебната практика към 01.12.2015 г.

II. СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Въведение

Във **Въведението** се определя предметът на изследването. Изясняват се основните задачи и систематиката на дисертацията. Изведена е научната новост и значението на изследването.

Глава първа

Историческо развитие на правната уредба на здравноосигурителните отношения

В **Глава първа** от дисертационния труд се проследява историческото развитие на правната уредба на здравноосигурителните отношения, като са обособени два големи етапа. **Първият етап** обхваща периода от поставянето на основите на правното регламентиране на задължителното здравно осигуряване в България след Освобождението от турско робство до отмяната на този вид финансиране на здравна защита на населението през 1951 г. с въвеждането на безплатна медицинска помощ за всички граждани, финансирана от държавата чрез данъци и други държавни вземания. Този етап се характеризира с нормиране на здравноосигурителните отношения с държавни източници на *осигурителното право* на законово и подзаконово ниво. Той е разгледан в първите три параграфа на глава първа, като са обособени три периода в този първи етап от развитието на правната уредба на здравноосигурителните отношения.

В *параграф 1* е представено зараждането на правната уредба на здравноосигурителните отношения и развитието ѝ в периода след Освобождението от турско робство до 20-те години на XX в. Разгледани са първите закони, регламентиращи натуралните престации при заболяване, - Законът за спомагателната каса на работниците по обществените предприятия и за привилегиите на надниците им от 1905 г., Законът за подпомагане на държавните работници в случай на инвалидност и заболяване от 1906 г. и Законът за обединение на фондовете за работнишки застраховки от 1914 г. и др. Анализирани са правната уредба и по Закона за осигуряване на работниците и служащите в случай на злополука и болест от 1918 г., който бележи съществен напредък в развитието на правната уредба на осигуровката болест. Направени са следните изводи. Първо, в този период се поставя началото на нормативното регулиране на здравноосигурителните отношения в България. Второ,

постига се обединение на различните фондове в общ фонд за работническите осигуровки. Трето, приет е първият общ осигурителен закон – Законът за осигуряване на работниците и служащите в случай на злополука и болест от 1918 г., който регламентира кръга на осигурените лица не с оглед на вида заетост, а в зависимост от осигурените социални рискове. Посочени са и някои несъвършенства както по отношение на нивото на здравноосигурителната закрила, така и по отношение на правното регламентиране на здравноосигурителните отношения.

В *параграф 2* е анализирано развитието на правната уредба в периода от 20-те до 40-те години на XX в., което е белязано с приемането на Закона за обществените осигуровки от 1924 г. Задължителното здравно осигуряване отново е регулирано в общ осигурителен закон наред с осигуряването при невъзможност за придобиване на средства за живот срещу личен труд при сходство при осигурените социални рискове и осигурените лица. Правото на медицинска помощ е регламентирано като вид натурална престация, на която имат право осигурените лица при настъпването на определени осигурени социални рискове, а именно – при болест, бременност и раждане (като елементи на риска майчинство) и злополука.

В *параграф 3* е представено развитието на правната уредба в периода от 40-те години до началото на 50-те години на XX в. Този трети период в развитието на правната уредба на здравното осигуряване е белязан със значителното разширяване на правата на осигурените чиновници от държавните, държавно-автономните и общинските учреждения. С влизането в сила на 60-то постановление на Министерския съвет от 1943 г. (ДВ, бр. 298 от 31.12.1943 г.) те придобиват право да ползват безплатно и с предимство лечение във всички държавни и общински лечебни заведения. Същото право придобиват и членовете на техните семейства, ако живеят с тях и се издържат от тях. Променените социално-икономически условия в България след 1944 г. рефлектират и върху здравното осигуряване. През 1945 г. се приема Наредба-Закон за Фонд „Здравна застраховка на служителите, пенсионерите и членовете на семействата им” (ДВ, бр. 180 от 06.08.1945 г.). Учреденият по силата на този нормативен акт едноименен фонд при Министерството на народното здраве има за цел осигуряването на цялостна медицинска помощ на закриляните по закона лица.

След приемането на Конституцията на Народна република България от 1947 г. настъпват радикални промени в обществено-политическото и икономическото

устройство на страната, които рефлектират и върху сферата на здравеопазването и системата за оказване на медицинска помощ, като засягат и изпълнителите на медицинска помощ по задължителното здравно осигуряване. Принципът за задължително осигуряване, първоначално възприет със Закона за общественото осигуряване от 1924 г., е доразвит с приемането на Закона за общественото осигуряване от 1949 г. Проведен е и принципът на централизация на осигурителния орган, като е учреден единен Държавен институт за обществено осигуряване.

В *параграф 4* е разгледана отмяната на здравноосигурителната система, която се свързва с приемането на Указа на Президиума на Народното събрание за всенародна безплатна медицинска помощ от 1951 г. С него се въвежда всеобща безплатна медицинска помощ през 50-те години на XX в. Здравноосигурителният модел на оказване на медицинска помощ се заменя с държавна здравна система, финансирана от общи данъчни приходи.

Конституцията от 1971 г. закрепва правото на безплатна медицинска помощ на всеки гражданин на най-високо ниво в нормативната йерархия - на конституционно ниво (чл. 47, ал. 3). Жената-майка запазва правото си на безплатна акушерска и медицинска помощ (чл. 37). През 1973 г. е приет нов Закон за народното здраве (ДВ, бр. 88 от 06.11.1973 г., в сила от 01.01.1974 г.).

В *параграф 5* е разгледан **вторият (съвременният) етап** от развитието на правната уредба на осигурителните отношения по задължителното здравно осигуряване. Неговото начало е белязано от възстановяването на здравноосигурителната система в България, което има своите основи в конституционно установеното основно право на здравно осигуряване по чл. 52, ал. 1 от Конституцията от 1991 г. и доразвитие в Закона за здравното осигуряване от 1998 г. (ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г.). Здравното осигуряване е последният елемент на съвременната система на обществено осигуряване в България.

В тази част от изложението е направен обобщен анализ на *международноправната, наднационалната и вътрешната правна уредба* на здравноосигурителните отношения.

Глава втора

Осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване – понятие и обща характеристика

В Глава втора от дисертационния труд е направен опит за извеждане на *понятието за осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване*. Направена е обща характеристика на това правоотношение и отграничението му от други сходни правоотношения.

В *параграф 1* е направен опит за извеждане на понятието за осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване. Въведени са понятията **същинско** осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване и *правоотношения*, които са **съпътстващи** или **подпомагащи** същинското здравноосигурително правоотношение.

Осигурителното правоотношение по задължителното здравно осигуряване е определено като *регулирано от осигурителноправни норми обществено отношение по материално осигуряване на определени в закона лица при настъпване на осигурен социален риск, което осигуряване включва, от една страна, набирането на здравноосигурителни вноски от осигурители, и от друга, разходването им от здравноосигурителния орган за оказване на задължително здравноосигурените лица на медицинската помощ, гарантирана от бюджета му*. Това е **същинското** осигурително правоотношение по задължителното здравно осигуряване.

Упражняването на правата и изпълнението на задълженията на страните по него обаче е съпроводено или обусловено от редица други *правоотношения*, които са **съпътстващи** или **подпомагащи** същинското здравноосигурително правоотношение. Страна по тези правоотношения може да бъде някой от правните субекти – страни по същинското осигурително правоотношение (осигурителят или осигурителния орган), но другата страна по тези правоотношения е друг правен субект (осигурителна каса, банка, изпълнител на медицинска помощ и др.). Така наречените съпътстващи или подпомагащи правоотношения са *пряко свързани* със същинските осигурителни правоотношения. Тяхното съществуване или е *обусловено* от съществуването на осигурителното правоотношение (например правоотношението между осигурителя и осигурителната каса или между него и банките по повод на внасянето на здравноосигурителните вноски е обусловено от съществуването на осигурително

правоотношение между осигурителя и осигурителния орган) или *обулавя* съдържанието (правоотношението между осигурителния орган и съсловните организации на лекарите) или изпълнението (правоотношението между осигурителния орган и изпълнителите на медицинска помощ) на задълженията на страните по осигурителното правоотношение.

В *параграф 2* е изведена общата характеристика на осигурителното правоотношение по задължителното здравно осигуряване. То е определено като *комплексно, формално обособено, сложно, двустранно, относително, сукцесивно, вторично, имуществено правоотношение с личен и публичноправен характер и с определени организационни елементи.*

В *параграф 3* е направено отграничение на осигурителното правоотношение по задължителното здравно осигуряване от осигурителните правоотношения по общественото осигуряване при невъзможност за придобиване на средства срещу личен труд, от правоотношенията по доброволното здравно осигуряване, от застрахователните правоотношения и от здравните правоотношения по оказване на медицинска помощ по Закона за здравето.

Глава трета

Видове осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване

В Глава трета от дисертационния труд се разглеждат обстойно двете същински осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване, като последователно след всяко от тях са поставени и въпросите, касаещи подпомагащите или съпътстващите ги правоотношения.

В параграф 1 са представени изказаните в българската осигурителноправна теория *становища* относно *видовете* осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване. Изведена е тезата на автора на дисертацията относно видовете материални регулативни осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване. В зависимост от съдържанието им те са класифицирани в два основни вида правоотношения:

- *осигурително правоотношение по набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване* и
- *осигурително правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване.*

Тези два вида правоотношения са определени като *същински осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване.*

В параграф 2 е направен правен анализ на *осигурителното правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване.* Последователно са разгледани въпросите относно понятието и обекта на правоотношението, страните му (осигурител и осигурителен орган), основанията и момента на възникването и прекратяването му, съдържанието на правоотношението и отговорността при неизпълнение на задълженията на страните по него.

Обект на същинското осигурително правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване са материални и нематериални престации. На първо място това са *здравноосигурителните вноски*, които осигурителят е длъжен да преведе по бюджета на НЗОК. Те са парични престации, които нямат характер на данъци, но същевременно са публични държавни вземания. На второ място, това е *информацията* относно осигурителите и здравноосигурените лица.

Основанието за *възникване* на правоотношението по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване е осъществяването на съответния юридически факт, уреден в чл. 34, ал. 1 ЗЗО. Правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване продължава да съществува, докато съществува основанието за осигуряване, и се прекратява с отпадането му.

Страните по разглежданото същинско здравноосигурително правоотношение са здравноосигурителният орган и осигурителят. Осигурителен орган по задължителното здравно осигуряване в България е *Националната здравноосигурителна каса* (НЗОК). Тя е правният субект, който осъществява задължителното здравно осигуряване (чл. 6 от ЗЗО) и управлява системата на задължителното здравно осигуряване (чл. 2 ЗЗО). Нееднократно в правната литература е критикувано дефинирането на НЗОК като *осигурител* в т. 14 на § 1 от Допълнителната разпоредба на ЗЗО. Като страна по осигурителното правоотношение по набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване здравноосигурителният орган е правният субект, комуто се дължат здравноосигурителните вноски. Специфична характеристика на българската здравноосигурителна система е концентрирането на управлението на средствата по задължителното здравно осигуряване в един правен субект. Основното предимство на това законодателно решение са свързани с осигуряването на *идентична здравноосигурителна закрила* за всички здравноосигурени лица. Монополното положение на НЗОК като осигурителен орган характеризира както правоотношението по *набиране*, така и това по *разходване* на средствата на задължителното здравно осигуряване. Критиките на това законодателно решение са свързани основно с липсата на конкуренция между различни осигурителни органи, която теоретично би довела до по-високо *качество* и по-широк *обхват* на предоставяните по осигурителното правоотношение по разходването на средствата *здравноосигурителни престации*, както и до по-добър *контрол* относно разходването на набраните средства за задължителното здравно осигуряване. Националната здравноосигурителна каса е определена като *бюджетно учреждение* и като *независима публична институция*. Разгледана е управленската структурата на НЗОК, включително и основните правомощия на Надзорния съвет и на управителя ѝ.

Осигурителят по задължителното здравно осигуряване е определен като правният субект, който дължи *осигуряването на пълния или частичен размер на средствата* за здравноосигурителни вноски *за своя сметка* в полза на здравноосигуреното лице и *вносянето* им *в цялост* по бюджета на осигурителния

орган, чрез което се прехвърлят неблагоприятните последици от настъпването на осигурен социален риск върху здравноосигурителния орган. Внасянето на здравноосигурителната вноска е основна престация по правоотношението по набиране на средствата по здравното осигуряване. Тя обаче не е единственото задължение на осигурителя спрямо осигурителния орган. Съществено за определянето на едно лице като осигурител е и предоставянето на част или на цялата дължима сума за здравноосигурителната вноска за осигуряваното лице. Обобщено погледнато, основното задължение на осигурителя е това за участие в *набирането* на средствата за здравното осигуряване.

Осигурителят по задължителното здравно осигуряване е определен като физическо лице, юридическо лице, държавата или неперсонифицирано образувание, което има *задължение за участие в набирането на средствата за задължително здравно осигуряване*, изразяващо се, първо, в *осигуряването на средствата* за плащането на задължителните здравноосигурителни вноски *в пълен* (за себе си или за другото) *или в частичен* (за другото) *размер*, и второ, *във внасянето* им в цялост по бюджета на здравноосигурителния орган (НЗОК) независимо от това кой е правният субект, за чиято сметка са средствата за тези вноски.

На следващо място в дисертацията са анализирани отделните категории и видове осигурители по задължителното здравно осигуряване.

Авторът възприема тезата, че същинското осигурително правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване е *двустранно*. По него осигурителят има две задължения – задължение за участие в набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване (осигуряване на средства и внасянето им по бюджета на НЗОК – чл. 40 ЗЗО) и задължение за предоставяне на информация (чл. 39 ЗЗО). Здравноосигурителният орган от своя страна е длъжен да опазва предоставената му осигурителна информация (чл. 73 ДОПК). Тези задължения са обстойно анализирани.

Задължението за набиране на здравноосигурителните вноски означава дължимата парична престация да бъдат преведена по законоустановения начин и в дължимите размери и срокове по сметките на здравноосигурителния орган. Това задължение е парично, съответно обективна невъзможност за изпълнението му е правно немислима. За да се изясни разглежданото задължение на осигурителя, са прецизирани понятията здравноосигурителна вноска и здравноосигурителен доход,

разяснени са начините и сроковете за изпълнение на това задължение, както и последиците при неизпълнението му.

Легална дефиниция на понятието „*здравноосигурителна вноска*” се съдържа в т. 5 от § 1 на ДР на ЗЗО. Съгласно нея това е сумата, която физическо или юридическо лице внася за задължителното здравно осигуряване, образувана като процент върху осигурителния доход, определен в ЗЗО. Здравноосигурителните вноски са вид осигурителни вноски, които притежават общите черти на родовото понятие осигурителна вноска, като видовата им отлика е в предназначението им. Те са основната дължима парична престация по осигурителното правоотношение по набиране на средствата за задължителното *здравно* осигуряване. Целта на събирането им е осигуряването на необходимия финансов ресурс за функциониране на здравноосигурителната система. Здравноосигурителните вноски би следвало да са структуроопределящият източник за финансирането ѝ (чл. 23, ал. 1, т. 1 и т. 2 ЗЗО). Нейното недофинансиране обаче предопределя допълването на средствата, необходими за реалното упражняване на правото на здравно осигуряване, със субсидии (трансфери) от републиканския бюджет по чл. 23, ал. 1, т. 11 ЗЗО, което подлежи на сериозна критика. Според ВАС здравноосигурителните вноски, внасяни в приход на НЗОК, нямат характер на данъчни задължения, като срещу заплащането им субектите на здравно осигуряване придобиват здравноосигурителните права по чл. 35 от ЗЗО. Това становище се подкрепя единодушно и от осигурителноправната теория. Те не подлежат на данъчно облагане (чл. 42, ал. 2 ЗЗО). Задължителните здравноосигурителни вноски като вид осигурителни вноски, както и лихвите за забавеното им плащане са *публични държавни вземания* по чл. 162, ал. 2, т. 1 и т. 9 (до 1.05.2009 г. т. 8) ДОПК. Цесията на задължителни здравноосигурителни вноски е забранена (чл. 190, ал. 1 от ДОПК). Месечният размер на дължимата здравноосигурителна вноска по задължителното здравно осигуряване се определя в процент от осигурителния доход или от друга посочена в закона парична база. Този процент е законоустановен. Той се определя с ежегодния Закон за бюджета на НЗОК (чл. 29, ал. 3 ЗЗО). За периода от 1999 г. до 2008 г. размерът на здравноосигурителната вноска е 6% (чл. 2 ЗБНЗОК), а от 2009 г. е увеличен на 8% (чл. 2 ЗБНЗОК-2009).

Осигурителният доход е базата, към която се прилага процентният размер на здравноосигурителната вноска, за да се получи месечната дължима сума за задължителни здравноосигурителни вноски. Размерът на осигурителния доход, върху който се внасят здравноосигурителните вноски, е разгледан за отделните категории

здравноосигурени лица. Посочен е минималният и максималният месечен размер на здравноосигурителния доход за различните видове здравноосигурени лица.

Въпросът за *изискуемостта* на здравноосигурителните вноски от 2013 г. вече не е разрешен диференцирано в зависимост от вида на осигурителя. Осигурителите *принципно* дължат внасянето на здравноосигурителните вноски едновременно с внасянето на осигурителните вноски по общественото осигуряване в тесен смисъл. Срокът за изпълнение на задължението за участие в набирането на здравноосигурителните вноски за всички категории осигурители е 25-то число на месеца, следващ този, за който се отнасят вноските (чл. 40, ал. 1, т. 1, б. „б“, т. 2, т. 3, б. „в“, т. 5, т. 7, ал. 5, т. 1 ЗЗО). Разгледани са въпросите за *разсрочването* и за *отсрочването* на дължими задължителни здравноосигурителни вноски, за *начина (реда)*, по който следва да се изпълнява задължението за участие в набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване, както и за *освобождаване* от това основно задължение на осигурителите. Анализирани са *имуществената и административнонаказателната отговорност* при неизпълнение на разглежданото задължение на осигурителите.

Идентифицирането както на осигурителите, които внасят здравноосигурителните вноски, така и на осигурените лица, за които се внасят тези вноски, става чрез изпълнението на второто основно задължение на осигурителите – това *предоставяне на информация* на осигурителния орган (чл. 39, ал. 1, чл. 42, ал. 4, чл. 77 ЗЗО). Това означава информацията в нормативно установения обем да достигне до осигурителния орган в предвидените за това срокове. Анализирана е както информацията, която осигурителите са длъжни да предоставят *ежемесечно*, така и тази, която предоставят *ad hoc* (при поискване). Подробно са разгледани *начините и сроковете за изпълнение* на задължението за предоставяне на информация съгласно Наредба № Н-8 от 2005 г. за съдържанието, сроковете, начина и реда за подаване и съхранение на данни от работодателите, осигурителите за осигурените при тях лица, както и от самоосигуряващите се лица. Анализирана е и *административнонаказателната отговорност* за неточно изпълнение на задължението за предоставяне на информация от осигурителя.

Насрещната страна по осигурителното правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване – здравноосигурителният орган, както и другите публични органи, които косвено участват в изпълнението на задължението на осигурителя за предоставяне на информация (НОИ и НАП), имат

*публичноправното задължение да опазват и да не злоупотребяват с достъпната им осигурителна информация, т.е. да не я използват за други цели освен за прякото изпълнение на задълженията си (чл. 73 ДОПК, чл. 14, ал. 1, т. 2 и 3 от ЗНАП). Съгласно чл. 68, ал. 5 ЗЗО служителите на здравноосигурителния орган нямат право да разпространяват данни, свързани с освен с личността на осигурено лице, изпълнителите на медицинска помощ, но и с *работодател*, освен в случаите, предвидени със закон. Тази правна норма подлежи на корективно тълкуване, тъй като задължението на здравноосигурителния орган за опазване на информацията следва да се разпростира не по отношение на информацията за *работодателите* като такива, а спрямо работодателите като *осигурители*, както и спрямо информацията за *всички видове осигурители*, а не само спрямо осигурителите-работодатели.*

Осигурителното правоотношение по набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване е правната форма, в която се реализира кумулирането на два от иманентно необходимите ресурси за осъществяване на осигуряването – финансовия и информационния. Механизмите за кумулиране на *финансовия ресурс* отразяват солидарния характер на здравноосигурителния модел. Задължението за участието в набирането на здравноосигурителните вноски на всички физически лица (български граждани, чужденци, лица без гражданство), трайно пребиваващи на територията на Република България, е законоустановено с императивни правни норми. *Информационният ресурс* има значение за *индивидуализирането* на осигурителя и на осигурявания здравно правен субект. Тази индивидуализация има пряко значение за осигурителното правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване. Чрез нея се определя осигуреното лице – това, на което осигурителният орган дължи здравноосигурителни престации при осигурителен случай.

В *параграф 3* са анализирани основните въпроси на *правоотношенията, съпътстващи изпълнението на осигурителното правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване*. Изпълнението на задълженията на осигурителя за участие в набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване и за предоставяне на информация се опосредява от *осигурителни каси, търговски дружества* (спрямо съдружниците или собствениците им), *граждански дружества* (спрямо съдружниците в тях), *банки, пощенски оператори, държавни органи* (НАП). Тези субекти влизат в правоотношения, *съпътстващи (подпомагащи)*

изпълнението на същинското осигурително правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване.

Правоотношенията, съпътстващи осигурителното правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване, са разгледани, тъй като по действащото българско законодателство изпълнението на задълженията на осигурителите е невъзможно без част от тези правоотношения, а други служат за улеснение при изпълнението на задълженията на осигурителя спрямо осигурителния орган, но и едните, и другите са *част от механизма за изпълнение на задълженията на осигурителите по правоотношението им с осигурителния орган*.

Разгледани са следните въпроси: съществува ли осигурително правоотношение между осигурителя и осигуреното лице; съществува ли правоотношение между осигуреното лице в случая, когато то не е самоосигуряващо се лице, и здравноосигурителния орган по набирането на здравноосигурителните вноски; каква е ролята на НАП по осигурителното правоотношение по набиране на здравноосигурителните вноски; съществува ли правоотношение между НАП и НЗОК по повод на набирането на здравноосигурителните вноски; каква е ролята на осигурителната каса по отношение на самоосигуряващите се лица и осигурителите за друго, избрали да изпълняват задълженията си към осигурителния орган чрез нея; каква е ролята на дружествата (граждански, търговски) при изпълнението на задълженията на самоосигуряващите се съдружници или техни собственици по повод на изпълнението на задълженията им към НЗОК; какво е мястото в системата на задължителното здравно осигуряване на банките и пощенските оператори във връзка с изпълнението на задълженията на осигурителите за набиране на здравноосигурителните вноски чрез тях и др.

Отделено е специално внимание на ролята на *Националната агенция за приходите* (НАП) в здравноосигурителния модел, тъй като от 2006 г. този държавен орган е част от механизма по изпълнението на задълженията на осигурителя по разглеждания вид осигурително правоотношение. Това е държавен орган, комуто освен останалите му правомощия по Закона за Националната агенция за приходите, е възложено и набирането на здравноосигурителните вноски по чл. 3, ал. 1 ЗЗО и по чл. 3, ал. 1, т. 2-4 ЗНАП. Осигурителят е длъжен да внася здравноосигурителните вноски и да предоставя дължимата информация *в компетентната териториална дирекция (ТД) на НАП* (чл. 41, ал. 1 и чл. 39, ал. 1 ЗЗО във вр.с чл. 8, ал. 1 ДОПК).

Механизмът на изпълнението на задължението за внасяне на здравноосигурителните вноски е следният. Здравноосигурителните вноски се превеждат по специални набирателни сметки на НАП, откъдето ежедневно се прехвърлят в набирателната сметка за здравноосигурителни вноски на Централното управление на НАП (чл. 41, ал. 1 ЗЗО), а оттам до края на всеки работен ден те следва да бъдат прехвърлени в набирателната сметка на НЗОК (чл. 41, ал. 2 ЗЗО, чл. 179, ал. 1 ЗНАП). Първият важен извод от описанието на този механизъм е, че сметките, по които се внасят здравноосигурителните вноски са само *набирателни*, т.е. целта на тяхното откриване е в тях само да се кумулират здравноосигурителните вноски, без те да могат да се разходват от НАП. Второ, тези набирателни сметки са *специални*. В тях се набират само здравноосигурителните вноски, т.е. средства със специално предназначение. Здравноосигурителните вноски се кумулират със строго определена разходна цел. Те служат за заплащането на оказаната на здравноосигурените лица медицинска помощ. Тези разходи е компетентен да извършва единствено здравноосигурителният орган (НЗОК). Трето, НАП е длъжна да *прехвърля* събраните по набирателната сметка суми от задължителните вноски за здравно осигуряване по набирателната сметка на НЗОК. Следователно, тя извършва само техническото действие по нареждането за прехвърлянето им на органа, комуто те са дължими. Четвърто, това прехвърляне НАП е длъжна да прави *до края на всеки работен ден* (чл. 179, ал. 1 ЗНАП). Тук изводът е, че законодателният замисъл е НАП да не разполага дори и с технологичното време за извършване на каквито и да е операции с тези средства. Пето, изрично в чл. 24, т. 6 ЗЗО е посочено, че част от средствата на НЗОК се разходват за заплащане на *такса за обслужване* събирането на здравноосигурителните вноски от Националната агенция за приходите. Ако НАП беше осигурителен орган, не би имало нито правна, нито икономическа логика друг правен субект да заплаща такса за извършване на присъщи на този орган функции. Щом НЗОК заплаща такса на НАП, то НАП извършва определена услуга (обслужване) за НЗОК. Тази услуга е именно събирането на здравноосигурителните вноски. То се извършва от НАП, но от името, в полза (при плащането им) или за сметка (при неплащането им) на НЗОК. От посочените аргументи се налага обобщеният извод, че НАП не е органът, компетентен да *управлява* средствата за задължително здравно осигуряване. Това съответно *изключва* дефинирането на този субект като осигурителен орган. Затова следва да се уточни каква е ролята на този държавен орган във връзка с правоотношението по набиране на средствата за задължителните здравноосигурителни вноски.

Все пак изричната императивна норма на чл. 40, ал. 1 ЗЗО сочи, че вноските по ЗЗО се внасят в ТД на НАП, а оттам през набирателната сметка за здравноосигурителни вноски в ЦУ на НАП се трансферират в набирателната сметка на НЗОК, т.е. те преминават през НАП, за да достигнат до органа, комуто са дължими. Следователно, ролята на НАП е *опосредяваща*, що се отнася до набирането на здравноосигурителните вноски. Тази опосредяваща роля *изключва* дефинирането на този субект като осигурителен орган. НАП не участва по никакъв начин в осигурителните правоотношения по *разходване* на средствата за задължителното здравно осигуряване, а само в осигурителното правоотношение по *набирането* на тези средства.

Законодателната логика да бъде изграден *общ приходен център за публични държавни вземания*, каквито са задължителните осигурителни вноски и данъците, може да бъде търсена в засилените възможности за контрол и санкциониране на неизправните задължени за внасянето им лица. Това законодателно решение е критикувано обаче поради фискализирането на осигурителните вноски (включително и на здравноосигурителните). Ако има ефективни правни гаранции за това, че набраните здравноосигурителни вноски ще бъдат преведени на компетентния да ги управлява орган своевременно и в пълен размер, може би засиленият контрол по събирането им чрез механизмите на данъчната ревизия с оглед на ниската им събираемост е оправдан. Единственият механизъм, с който се гарантира посоченото точно (своевременно и в пълен обем) трансферирание, обаче е само компетентността на публичния държавен орган – НАП, разбирана като съвкупност от права и задължения (правомощия), които той е длъжен да упражнява. Известна гаранция за осигуряването на средства от постъпленията при принудително изпълнение за събиране на разнородни публични вземания именно по бюджета на здравноосигурителния орган е задължението по чл. 219, ал. 1, т. 1 ДОПК за *съразмерно* разпределяне на събраните средства за данъчни и митнически задължения и за задължителни осигурителни вноски. Споровете между публични вискатели обаче се решават от министъра на финансите или от оправомощено от него лице, чието решение не подлежи на обжалване.

Анализирани са основните въпроси, които се поставят по повод на участието и на *други правни субекти* в механизма по изпълнението на задълженията на осигурителя по правоотношението по набиране на средствата.

В *параграф 4* е анализирано второто *същинско осигурително правоотношение* – това, което се развива между здравноосигурителния орган и здравноосигуреното лице *по повод на разходването на средствата за задължителното здравно осигуряване*.

Последователно са разгледани въпросите относно понятието и обекта на правоотношението, страните, основанията и момента на възникването и прекратяването му, съдържанието на правоотношението и отговорността при неизпълнение на задълженията на страните по него.

Целта на съществуването на здравноосигурително правоотношение по разходване на средствата между здравноосигурителния орган и здравноосигуреното лице е оказването на медицинска помощ на здравноосигурените лица при осигурителен случай. Тази цел се постига основно благодарение на кумулираните от здравноосигурителния орган здравноосигурителни вноски, набрани от осигурителите по правоотношението по набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване.

Осигурителното правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване се развива при и по повод на материалното осигуряване на гражданите при настъпване на осигурен социален риск. Следователно негов *обект* са материалните престации, получавани от здравноосигуреното лице при осигурителен случай. Основната престация по осигурителното правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване е *медицинската помощ*. Това е родово понятие, което обхваща всички квалифицирани дейности, целящи преодоляването на отклонението от нормалното физическо или психическо състояние на здравето на човека. Съгласно § 1, т. 9 от ДР на ЗЗО медицинската помощ за целите на здравното осигуряване представлява система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти.

Анализирани са здравноосигурителният орган и осигуреното лице като *страни* по осигурителното правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване. *Осигуреното лице по задължителното здравно осигуряване* е определено като това физическо лице, което като страна по здравноосигурителното правоотношение със здравноосигурителния орган се ползва със здравноосигурителна закрила, т.е. има право да получи необходимата медицинска помощ, влизаща в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на задължителното здравно осигуряване, при настъпване на осигурените социални рискове болест, бременност и раждане, като цената за оказаната медицинска помощ се поема от здравноосигурителния орган. Това е лицето, за чието здравно осигуряване, осигурителят е участвал в набирането на средствата по бюджета на

здравноосигурителния орган. Разгледани са различните видове осигурени лица в зависимост от основанията за осигуряване по задължителното здравно осигуряване съгласно чл. 33 от ЗЗО. Видовете задължително здравноосигурени лица са изчерпателно изброени в ЗЗО и са подробно анализирани в дисертацията.

Направен е изводът, че по задължителното здравно осигуряване *обемът на здравноосигурителната закрила не е диференциран в зависимост от приноса в набирането на средствата за задължителното здравно осигуряване*. Правото на осигуреното лице на гарантираната медицинска помощ е *безусловно* – то не зависи от размера на внесените здравноосигурителни вноски, нито от евентуалната многобройност на осигурителните случаи през годината. Това законодателно решение обаче разколебава осигурителния характер на системата и според автора следва да бъде променено.

Разгледано е разграничението между задължително здравно осигурените лица и *лицата, които имат право на безплатно ползване на медицинско обслужване* по чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България.

Осигурителното правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване е *двустранно*. Обстойно са анализирани следните задължения на *здравноосигурителния орган* към здравноосигуреното лице:

- задължение за осигуряване на оказването на медицинската помощ, гарантирана от бюджета му в съответния обем, качество и срок, при осигурителен случай (чл. 35, ал. 1, т. 1 ЗЗО);
- задължение за осигуряване на изпълнители на гарантираната медицинска помощ и на достъп до тях (чл. 35, ал. 1, т. 2 ЗЗО);
- задължение за възстановяване на разходи при трансгранично здравно обслужване (чл. 80е, ал. 2 ЗЗО);
- задължение за предоставяне на информация (чл. 35, ал. 1, т. 4 и чл. 64 ЗЗО);
- задължение за опазване в тайна на информацията за здравноосигуреното лице (чл. 68 ЗЗО);
- задължение за издаване на документи (чл. 35, ал. 1, т. 7 ЗЗО) и
- задължение за произнасяне по жалбите на здравноосигурените лица (чл. 35, ал. 1, т. 6 и ал. 2 и чл. 72, ал. 5 ЗЗО).

Анализирани са и следните задължения на *здравноосигурените лица*:

- задължението за явяване на медицински прегледи (чл. 110 ЗЗО),
- задължение за спазване на предписанията на изпълнителя на медицинска помощ (чл. 38 ЗЗО),
- задължение за представяне на документи (чл. 50 ЗЗО) и
- задължение за извършване на парични плащания (чл. 37 ЗЗО).

Предмет на анализ в *параграф 5* са *правоотношенията, обуславящи или съпътстващи изпълнението на осигурителното правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване*. Осигурителният орган по същинското осигурително правоотношение по *разходване* на средствата за задължителното здравно осигуряване изпълнява основното си задължение за предоставяне на медицинската помощ *чрез изпълнителите на медицинска помощ*. Те *опосредяват* изпълнението на задължението му. Оказването на медицинската помощ е възложено на тези правни субекти, тъй като медицинската помощ е система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти (§ 1, т. 9 от ДР на ЗЗО). *Изпълнители на медицинска помощ* съгласно чл. 58 ЗЗО са лечебните заведения по Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) и националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето (ЗЗдр.). Разгледани са отделните видове изпълнители на медицинска помощ.

Правоотношенията, които възникват между тези правни субекти и здравноосигурителния орган, са определени като правоотношения, непосредствено *свързани* със същинското здравноосигурително правоотношение. Те *подпомагат* неговото изпълнение. Тези подпомагащи правоотношения съпътстват реализацията на същинското осигурително правоотношение по *разходване* на средствата за задължителното здравно осигуряване. Те се реализират *двустепенно*.

От една страна, това са *правоотношенията между НЗОК и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина* във връзка със сключването на националните рамкови договори. Като здравноосигурителен орган и страна по същинското осигурително правоотношение по *разходване* на средствата за задължителното здравно осигуряване НЗОК е длъжна да гарантира предоставянето на медицинска помощ на здравноосигурените лица. Обхватът на тази помощ, качеството и достъпността ѝ, както и условията и реда за нейното оказване са предмет на регулиране с националните рамкови договори. Следователно, правоотношенията между НЗОК и

съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина във връзка със сключването на националните рамкови договори са правоотношения, *свързани* със същинското правоотношение по разходване на средствата за задължителното здравно осигуряване и *подпомагащи* неговото изпълнение. Принципно те *предшестват* възникването на същинското осигурително правоотношение по разходването на средствата и *определят съществена част от съдържанието му* – рамките на гарантираната медицинска помощ (обхват, качество, достъпност, условия и ред за оказване и др.). Анализирани са обектът, страните, възникването, съдържанието и прекратяването на тези правоотношения.

От друга страна, това са *правоотношенията между изпълнителите на медицинска помощ и НЗОК (РЗОК)*. Тези правоотношения възникват *по повод на* същинското осигурително правоотношение между НЗОК и здравноосигуреното лице. Изпълнителите на медицинска помощ предоставят от името и за сметка на здравноосигурителния орган дължимите на здравноосигурените лица здравноосигурителни престации, а осигурителният орган им предоставя от името на осигурените лица паричната равностойност на тази престация. Правната форма, в която са регулирани отношенията между осигурителния орган чрез териториалните му подразделения (РЗОК) и изпълнителите на медицинска помощ, са правоотношенията, възникващи по силата на договорите по раздел VIII на глава II от ЗЗО.

Правоотношението между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ *възниква* по силата на сключения между тях *договор за оказване на медицинска помощ по чл. 20, ал. 1, т. 4 ЗЗО* (чл. 59, ал. 1 ЗЗО). С подписването на индивидуалния договор с НЗОК субектите по чл. 58 ЗЗО придобиват статут на изпълнители на медицинска помощ на задължително здравноосигурените лица с присъщите на този статут взаимосвързани права и задължения. Правната характеристика на договора за оказване на медицинска помощ по чл. 20, ал. 1, т. 4 и чл. 59, ал. 1 ЗЗО търпи развитие както в правната литература, така и в съдебната практика. Изложени са двете основни тези.

Поддържниците на едното становище приемат, че договорът между изпълнителите на медицинска помощ и РЗОК е *облигационен договор* и има *гражданскоправен характер*. Той се определя като нов облигационен договор с действие между страните, предвиден в чл. 58-62 ЗЗО, който има своето основание в чл. 9 ЗЗД и в посочените разпоредби на ЗЗО. В практиката на *граждански съдилища* също се поддържа това становище. Според ВКС договорът, който НЗОК сключва с изпълнителите на медицинска помощ на основание чл. 59 ЗЗО, представлява по своята

същност *съглашение между равнопоставени правни субекти*, насочено към постигането на правен резултат, желан и от двете страни. Сключването на договор за оказване на медицинска помощ е предвидено в закона само като възможност за лечебните заведения, но не и като тяхно задължение, поради което то не може да бъде постигнато чрез административна принуда. Без значение за характера на този договор е обстоятелството, че условията, при които същият се сключва, са лимитирани от разпоредбите на НРД, който се подписва от НЗОК и БЛС, респ. БЗС. Споровете във връзка с изпълнението на тези договори, подлежат на разглеждане по общия исков ред, регламентиран с Гражданския процесуален кодекс, а не по реда на административното производство.

Второто становище е, че по правната си характеристика договорът между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ е *административен договор*, но тъй като в правна ни доктрина и съдебна практика все още не е изяснена концепцията за този договор, при който водещият метод на правно регулиране е властническият, засега той се определя като *едностранен административен акт*. Съгласно това становище в случая не е налице автономия на волята и липсва правно регулиране чрез метод на равнопоставеност. По правната си природа този „договор“ прилича по всички свои белези по-скоро на *облагоприятстващ общ административен акт*. В съдебната практика на *административните съдилища* надделява второто становище, а именно, че при сключване, изпълнение и проверка на договор между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ правоотношенията между двете страни се регулират с *властнически метод*, а не чрез метода на равнопоставеност. Сключването на договорите с изпълнителите на медицинска помощ се осъществява в рамките на нормативно регламентирано административно производство, в което директорът на РЗОК има водеща роля и осъществява контролни функции - проверка за съответствие на лечебното заведение с дадени критерии и изисквания, които също са нормативно определени. Страните в процеса на договаряне не са равнопоставени и клаузите на договорите трябва да отговарят на действащата нормативна уредба, която по отношение на съществените елементи на договора за медицинска помощ е императивна. Върховният административен съд приема, че правилата на облигационното право са приложими само по въпроси, които не са уредени с договора между НЗОК и съответния изпълнител на медицинска помощ, и че при подписването на договора НЗОК действа в качеството на административен орган, а не като субект на гражданското право.

Предложен е анализ на основните права и задължения на НЗОК и на изпълнителите на медицинска помощ като страни по договорите за оказване на медицинска помощ по чл. 20, ал. 1, т. 4 и чл. 59, ал. 1 ЗЗО, както и отговорността при неизпълнението на тези договори.

На последно място в дисертацията е разгледан въпросът за това *дали съществува здравноосигурително правоотношение между изпълнителите на медицинска помощ и здравноосигурените лица*. Този въпрос е дискуссионен в правната теория. В дисертацията се изхожда от принципното положение, че правото на здравноосигурените лица на медицинската помощ, гарантирана от здравноосигурителния орган, е част от съдържанието на същинското осигурително правоотношение между осигурителния орган и здравноосигуреното лице, по което изпълнителите на медицинска помощ *не* са страна. Затова в настоящото научно изследване е застъпена тезата, че между изпълнителите на медицинска помощ и здравноосигурените лица не съществува осигурително правоотношение, а и не би следвало да съществува каквото и да е правоотношение в *правните им качества на изпълнител на медицинска помощ и здравноосигурено лице*. Следва да се настояи на това, че тези правни качества не са идентични с правните качества на *лекар и пациент*. Цената на предоставената медицинска помощ на здравноосигурените лица би следвало изцяло да се заплаща от здравноосигурителния орган по правоотношението между него и изпълнителя на медицинска помощ. Последното правоотношение не е осигурително правоотношение, а е непосредствено свързано с него, тъй като обслужва изпълнението на основното задължение на осигурителния орган за осигуряване предоставянето на достатъчна, качествена и своевременна медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО на здравноосигурените лица.

Заключение

В **Заключението** е направен обобщаващият извод, че системата на задължителното здравно осигуряване е *комплексна система*, в която както паричните ресурси, така и другите материални и нематериални елементи оказват влияние върху функционирането ѝ. Затова и провеждането на здравноосигурителния модел е чрез *сложното и комплексно здравноосигурително правоотношение*, развиващо се между осигурителя, здравноосигурителния орган и здравноосигурените лица. То има своята *видова диференциация и специфика*, дължаща се на това, че изпълнението на

задълженията на посочените субекти по здравноосигурителното правоотношение се съпътства и подпомага от други участници в здравноосигурителната система. Последните са страни по съпътстващи (подпомагащи) правоотношения, които *не са иманентно присъщи на здравноосигурителната система*, а чиято теоретична цел е да улеснят изпълнението на задълженията на страните по същинските здравноосигурителни правоотношения.

III. ОСНОВНИ НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА

1. Недкова, А. *Осигурителят по задължителното здравно осигуряване.* – Съвременно право, 2008, № 1, 59–72.
2. Недкова, А. *Задължението на осигурителя по осигурителното правоотношение по набиране на средствата за задължителното здравно осигуряване за предоставяне на информация.* – Съвременно право, 2008, № 4, 27-40.
3. Недкова, А. *Развитие на правната уредба на задължителното здравно осигуряване в България.* – Юридически свят, 2009, № 1, 66-92.
4. Недкова, А. *Видове осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване.* – *Актуални проблеми на трудовото и осигурителното право. Т. IV.* С.: УИ “Св. Кл. Охридски”, 2010, 232-246.
5. Недкова, А. *Здравноосигурителна закрила съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност на Европейския съюз.* – *Актуални проблеми на трудовото и осигурителното право. Т. V.* С.: УИ “Св. Кл. Охридски”, 2011, 256 - 272.
6. Милева, А. Г. *Общая правовая характеристика Национального рамочного договора в болгарской системе обязательного медицинского страхования.* – *Тенденції розвитку науки трудового права та права соціального забезпечення.* Київ.: Ніка-Центр, 2013, 541-545.
7. Милева, А. *Правни гаранции за упражняване на правото на достъп до медицинска помощ.* - *Актуални проблеми на трудовото и осигурителното право. Т. VIII.* С.: УИ “Св. Кл. Охридски” (под печат).

IV. ДРУГИ ПУБЛИКАЦИИ

1. Недкова, А. *Специална закрила на работещите бременни, родилки и кърмачки в българското трудово право в контекста на Директива 92/85/ЕИО.* – Актуални проблеми на трудовото и осигурителното право. Т. III. С.: УИ “Св. Кл. Охридски”, 2009, 130-143.

2. Недкова, А. *Правна закрила на лицата, които полагат трайни грижи за възрастен или инвалидизиран член на семейството.* – Актуални проблеми на трудовото и осигурителното право. Т. VI. С.: УИ “Св. Кл. Охридски”, 2013, 167-176.