MPRA
Munich Personal RePEc Archive

Is mandatory health insurance paternalism?

,

2022

Online at https://mpra.ub.uni-muenchen.de/115285/
MPRA Paper No. 115285, posted 12 Nov 2022 10:29 UTC

Мария Радева

Патернализъм[1] ли е задължителното здравно осигуряване?

Abstract: At the heart of governmental and medical paternalism is the idea of the good, the well-being of the human. The beneficiary is the subject whose prosperity is protected, either through state or health policies containing a degree of compulsion.

The participation of the persons in the health insurance system gives them peace of mind that in case of need, for the provided expensive medical care they will be paid by the insurance body and they will not face unbearable financial difficulties. The author seeks an answer to the question why, despite the security guaranteed to the individuals, which is in their interest, they are forced to participate in the health insurance system.

Kay words: paternalism, paternalism in health policy, compulsory health insurance

Задължителното осигуряване – еманация на солидарността или политически прагматизъм ?

Социалният интерес е едно от най-оригиналните и уникални понятия, предложени от Алфред Адлер в неговата теория за индивидуалната психология. То се отнася до вътрешния потенциал на човека да развива идентификация и чувства към другите хора и се проявява в множество форми. Една от тях е готовността му да си сътрудничи и да помага, дори когато обстоятелствата са трудни и предизвикателни. [2] Единството на

[1] Патернализъм (от лат. език „pater“ – „баща“) е политика, наподобяваща йерархичната структура в рода и семейството, произтичаща от бащата.
[2] Енциклопедия Психология. Наука и изкуство. С., 1998, с. 1133.

действията, намиращо израз във взаимната помощ и подкрепа, основаващо се на единство на убеждения, общност на интересите и целите дефинираме като „солидарност“.[3] Солидарността е задружност, сътрудничество, сплотеност, единство.

Темата за осигурителните системи, неизбежно се свързва с идеята за солидарността, разглеждана в контекста на обществото като цяло.[4] Българската осигурителна система не прави изключение. В този смисъл е и дефинирането на един от принципите за осъществяването на задължителното здравно осигуряване – солидарност на осигурените при ползването на набраните средства (чл. 5, т. 3 от Закона за здравното осигуряване). Солидарността на осигурените лица е един и от принципите за осъществяване на държавното обществено осигуряване (чл. 3, т. 2 от Кодекса за социално осигуряване).

И ако взаимопомощта и сътрудничеството е иманентен вътрешен потенциал на човека (по Адлер), то тогава защо съвременният свят разбира социалното осигуряване като колективно организирани, чрез политическата система грижи, срещу рискови събития – старост, инвалидност, заболяване, загуба на работещ член от семейството, раждане на дете и други,[5] които с по-голяма или по-малка вероятност настъпват в живота на човека.

Икономическата основа за съществуването на осигуряването и застраховането е наличието на значими рискове за хората, респ. бизнеса и необходимостта за тяхното споделяне.[6] Как следва да се разбира споделянето: споделяме, защото е заложено в природата на човека да си сътрудничи или споделяме тежестта на негативните последици, защото така засегнатият от нещастието, го преодолява по-лесно? Погледнато от гледна

---

[3] Кратък речник по етика и право. Народна просвета. С., 1986, с. 67.

[4] Принципът на обществената солидарност е характерен най-вече за публичната система на социално осигуряване, базирана на преразпределението. Повече виж Христосков, Йордан. Реформите в социалното осигуряване. Издателство на ВУЗФ. С., 2010, с. 20.

[5] Пак там, с. 14.

[6] Пак там, с. 27.

точка на осигурителната и застрахователната индустрии споделянето се оценява чрез постигането на взаимната печеливша позиция (“win – win” позиция). Осигурените или застраховани лица печелят като смекчават негативните финансови последици при настъпване на риска. Печелят и онези, които развиват съответния бизнес – осигурителни и застрахователни институции.Човешката история познава различни колективно организирани форми за осъществяване на подкрепа. Погребалните каси в Древен Рим поемат разходите по погребението на починалите свои членове, а по-късно започват да отпускат и средства за подпомагане на техните семейства.

През Средновековието (X – XIII векове) гилдиите на търговци, занаятчии и т.н. създават професионални каси. Те били използвани за взаимопомощ на членовете им при болест, злополука, старост и смърт. От XIV – XIX векове, отначало сред миньорите, а след това и при моряци, фабрични работници и др., в Англия, Германия, Финландия се създават работнически каси за оказване на материална подкрепа на своите членове.[7]

Към тези форми на организирана взаимопомощ могат да бъдат отнесени психологическите изследвания, които сочат че сътрудничеството е най-вероятно да се появи тогава, когато *взаимодействащите си страни имат обща цел и общи средства за постигането на тази цел.*[8] Общата цел, при посочените ранни форми на организирана взаимопомощ, е постигането на известна бъдеща финансова сигурност за членовете на обединението и семействата им. Събирането на общи средства става чрез заделяне на част от доходите на участващите в тази организирана взаимопомощ, придобити при сходни условия.

В края на XIX и началото на X век започва намесата на държавата в организирането и осъществяването на материалното осигуряване на

---

[7] Мръчков, Васил. Осигурително право. Сиби. С., 2010, с. 19. За friendly societies виж по-нататък в текста

[8] Енциклопедия Психология, с. 1202.

работниците, в състояние на неработоспособност.[9] В своята реч пред Райхстага през 1881 г. Ото Фон Бисмарк казва: „Прогресивното развитие на модерната идея за държавата изисква тя не само да изпълнява една отбранителна мисия, която да запазва съществуващите права, но една мисля, която да повиши чрез съответните институции … *благосъстоянието на всички свои членове*“.[10]

Пътят към въвеждането на първата задължителна здравна осигуровка за работниците в Германия е открит. Свикнали с общоприетата положителна оценка за това историческо решение, трудно може да бъде възприето твърдението, че не толкова социални, колкото прагматични причини мотивират въвеждането на първото здравноосигурително законодателство.

Индустриализацията в Германия води до увеличение на градското население, но и до обедняването му, както и до влошаване на хигиенните условия в жилищните район. Нараства броят на хората, които не могат да си позволят добро медицинско обслужване. Но те не могат да си позволят и да отсъстват от работа поради заболяване. В тези тежки условия и именно заради влошаващите се условия за живот на трудещите се, започва да расте влиянието на социалистическите и социалдемократическите партии и работническите сдружения. И тогава се намесва Ото фон Бисмарк, който през 1883 г. въвежда първата задължителна здравна осигуровка за работниците. Прагматичният мотив е свързан с това, че „заради лошото си здравословно състояние работниците не са били годни за военна служба. Това е и една от причините за въвеждането на застраховката срещу злополука, а по-късно и на здравна осигуровка“.[11]

---

[9] Мръчков, В. Цит. съч., с. 19.
[10] Цит. по Христосков, Йордан. Реформите в социалното осигуряване, с. 15.
[11] Барске, Удо, говорител на АОК, (Udo Barske · Pressesprecher bei AOK-Bundesverband), в интервю за DW, Мъдрият ход на Бисмарк, 30.06.2012, https://www.dw.com/bg, посетено на 20.03.2022.

Когато през 1883 г. Бисмарк въвежда задължителното здравно осигуряване, това представлява огромна социална придобивка, каквато Европа не познава, макар зад нея да стоят и не толкова социални мотиви. Освен политическото стабилизиране, Бисмарк постига и още един успех. В предприятията започват да се трудят по-здрави работници. По-доброто здравно обслужване насърчава икономиката и прави Германия по-конкурентоспособна.

Европейският опит при въвеждане за задължителното здравно осигуряване – поглед от САЩ

Сто години преди САЩ да въведе задължителното здравно осигуряване.През м. декември 1912 г. Американската асоциация за трудово законодателство[12] създава Комитет по социално осигуряване. Неговата цел е да проучи функционирането на съществуващите системи за застраховане (в смисъл на осигуряване), да стимулира обществена дискусия и да предложи приемане на социално законодателство. През пролетта на 1913 г. е проведена първата американска конференция за социално осигуряване. През юли 1914 г., след множество дискусии и преразглеждане на предложенията, Комитетът по социално осигуряване формулира предварителна декларация за основните стандарти, които възнамерява да следва, при предлагане на осигурително законодателство. През трите години и половина, докато функционира, към Комитета са отправени критики от лекари, работници, работодатели. През ноември 1915 г. Комитетът по социално осигуряване публикува проект на закон за осигуряването срещу болест, който през следващата година, с някои изменения, е въведен в Масачузетс, Ню Джърси и Ню Йорк.

[12] American Association for Labor Legislation.

В бр. 2 от юни 1916 г. изданието „The American Labor Legislation Review“[13] публикува статии, посветени на здравното осигуряване и представянето на европейския опит. Годините между 1909 г. и избухването на Първата Световна война бележат бързо развитие на законодателството за задължително здравно осигуряване. В изданието е поместена карта, представяща здравното осигуряване в Европа. Великобритания, Германия, Люксембург, Норвегия, Холандия, Австро-Унгария, Сърбия, Румъния, Русия са държавите въвели *задължително здравно осигуряване*.

Прегледът[14] на европейското законодателство показва, че като цяло то обхваща практически всички нископлатени наемни работници. В Холандия и Норвегия работниците, които получават по-малко от определен доход са включени, без оглед на професията. Законопроектът на Американската асоциация за трудово законодателство, подобно на законите на Австрия, Германия и Великобритания, предлага включване на всички работници, извършващи физически труд (manual workers) и някои нископлатени служители.

Действащите европейски закони осигуряват покритие, включващо всички форми от болест. В Австрия, Германия и Норвегия, в случай на инвалидност, в резултат на производствени злополуки, първите няколко седмици също се компенсират от здравноосигурителните фондове.

Европейското законодателство урежда предоставянето на два вида обезщетения (осигурителни престации) – медицинска помощ и парични плащания. Предлаганият американски законопроект, следвайки преобладаващите европейски стандарти, предлага предоставяне на парично обезщетение за двадесет и шест седмици, считано от четвъртия ден на

---

[13] Brief of Health Insurance, vol. VI, N 2, June 1916, Princeton University Press, Digitized by the Internet Archive in 2011 with funding from University of Toronto.

[14] Hobbs Margarett A. Tendencies in health insurance legislation. – In: Brief of Health Insurance, vol. VI, N 2, June 1916, Princeton University Press, N.J., 138 – 141.

заболяването, а медицинската помощ се предоставя от началото на заболяването, докато се дължат паричните обезщетения.

Настоящата ситуация в САЩ показва, че повечето наемни работници и техните семейства нямат достъп до подходяща медицинска помощ. Много от тях не могат да плащат таксите за частни лекари. Съществуващите безплатните болнични отделения, диспансери (вид лечебно заведение) и сестрински услуги не могат да се справят с нуждаещите се от медицинска грижа. Медицинското оборудване е твърде оскъдно и твърде разпръснато за осигуряване на универсално лечение. Отчитайки условията в обществото, Американското движение за здравно осигуряване формулира следните основни постулати, в подкрепа въвеждането на здравноосигурително законодателство:

1. Отчитат се високи нива на заболеваемост и смъртност сред американците наемни работници.

2. Необходимо е по-широко предоставяне на медицински грижи сред наемните работници.

3. Необходими са по-ефективни методи за покриване на изгубения доход (липсата на заплата) в случай на заболяване.

4. Необходими са допълнителни усилия за превенция и предотвратяване на заболяванията.

5. Съществуващата към него момент система и структури не могат да отговорят на поосчените нужди.

6. *Задължително здравно осигуряване, с включен личен принос*, осигуряващо медицинско обслужване и изплащане на парични обезщетения е подходящ метод за постигане на посочените цели.[15]

Правото на правителството да принуждава своите граждани да се осигуравят за онези непредвидени обстоятелства, срещу които животът

[15] Compulsory contributory health insurance schemes - Social health insurance and Compulsory private insurance по A System of Health Accounts, World Health Organization, 2011, p. 166.

показва, че хората не са в състояние да се защитят сами, се възприема не само от осем европейски държави, воюващи или съюзяващи се помежду си, в зависимост от различния исторически контекст, но и от самата демократична и *индивидуалистична* Англия. Представянето на законопроекта за задължително здравно осигуряване в британския парламент през 1911 г. е още по-забележителното, тъй като към него момент вече 5 500 000 британски работници са доброволно застраховани срещу болести чрез асоциации за взаимопомощ (friendly society[16])[17] и профсъюзи. Но тези доброволни форми на осигуряване не предоставят защита на тези, които най-много се нуждаят от нея – по-ниско платени работници, за които болестта е голямо бедствие. За останалите 8 000 000 работници единствената защита е тази, предлагана от благотворителните дружества и закона за бедните.[18] Британското общество възприема съществуващата система за недостатъчна и законопроектът за задължително здравно осигуряване, който обхваща всички работници, е внесен в парламента през май 1911 г., приет е през декември и влиза в сила през юли 1912 г. Шест месеца по-късно започват да се изплащат и обезщетенията.

Проучвайки европейския опит, изследователите от Комитета по социално осигуряване признават, че ако един план за здравно осигуряване с недостатъци (каквито те констатират в европейското законодателство) може да подобри здравето, да намали бедността и да създаде ефективно оръжие за борба с тежки заболявания като например туберкулозата, то

---

[16] Friendly society - организация за взаимопомощ, създадена доброволно от лица, за да защити своите членовете срещу дългове, възникнали поради болест, смърт или старост; възникват през XVII и XVIII векове и са най-многобройни през XIX век – източник https://www.britannica.com/.

[17] Виж Hoffman, Frederick L. National Health insurance and the friendly societies. Prudential Press Newark. N.J., 1921.

[18] The English Poor Laws – Английските закони за бедните са система за подпомагане на бедните в Англия и Уелс, която се развива от кодификацията на късносредновековните закони и законите от ерата на Тюдорите през 1587–1598 г. Системата продължава до появата на съвременната социална държава след Втората световна война.

предизвикателството пред американското общество е да въведе система, която да функционира още по-добре в борбата срещу бедността и болестта. При така поставен въпрос, положителният отговор изглежда е единственият логичен, обществено приемлив и ангажиран отговор.

В цитираното издание,[19] представяйки дейността на Федерацията на здравните фондове в Лайпциг,[20] авторът[21] поставя въпрос, който може да бъде разбиран нееднозначно. Патернализъм ли е здравното осигуряване?

Федерацията на здравните фондове упражнява строга юрисдикция по въпросите на медицинското обслужване на около 200 000 наемни работници в Лайпциг и в някои съседни области. В случай на заболяване, осигуреният работник получава медицинска помощ от лекар, включен в нарочен списък. Осигуряват му се лекарства, както и лечение в болница. Семейството получава помощ в случай на смърт.

Авторът поставя въпроса дали, през призмата на американския опит, дейността на Федерацията може да бъде определена като филантропска. В големите американски градове всяка година голям брой наемни работници получават безплатно медицински съвети и медицинско лечение от асоциациите на медицинските сестри и от частни и обществени диспансери, от частни и държавни болници, Това е филантропия. В някои случаи дори се определя като патернализъм.

Случаят с наемните работници от Лайпциг е коренно различен. Всички наемни работници, попадащи в юрисдикцията на Федерацията са задължени да плащат определена вноска. Правителството смята, че ако тези работници плащт своите вноски и получават медицинска помощ, без да правят нищо повече, то те биха били просто пасивни получатели на блага.

---

[19] Brief of Health Insurance.
[20] Federation of Leipzig Sick Funds.
[21] Hard, William. Is health insurance “paternalism”? – In: Brief of Health Insurance, vol. VI, N 2, June 1916, Princeton University Press, N.J., p. 123.

Подходът на правителството е, че те да бъдат *активни разпределители* на благосъстоянието, т.е. на събраните средства.

Осигурените работници избират две трети от членовете на „Комитета“ – орган, който контролира дейността на Федерацията. Неговите членове изберат две трети от членове на втори орган, наречен „Дирекция“, който е изпълнителният орган на организацията. Така надзорът и управлението на Федерацията се извършват основно от самите работници, които плащат своите задължителни вноски (осигуровки), т.е. имат принос в набирането на средствата. Към него момент организацията в Лайпциг раходва 1 750 000 долара годишно. Американските изследователи са привлечени от идеята за съществуването на такава огромна социална институция, функционираща под контрол на самите осигурени работници.

Вярно е, че в така функциониращата система, съществува и елемент на задължителност, на принуда. Земеделските производители са насърчавани към взаимопомощ, но наемните работници, не само в Лайпциг, а и в цялата държава са задължени (принудени) да участват, плащайки съответни вноски, в системата на задължителното здравно осигуряване. Работодателите също са задължени. Те трябва да плащат една трета от текущите разходи на всички здравни фондове (каси). Но също така работодателите избират една трета от членовете на органите за управление. Нещо повече, избраните за участие в органите представители на работодателите, трябва да изпълняват тази си функция, независимо от личните им или бизнес ангажименти. При неоснователно неизпълнение на задълженията, съответният член подлежи на глоба.

Създадената организация на здравното осигуряване има и още една важна цел – превенцията. Въвеждането на санитарни правила и норми за безопасност на труда, изисква и създаването на администрация, която да следи за тяхното изпълнение. Тези функции се изпълняват много по-лесно и икономически по-ефективно от самите здравни фондове. Работодателите

са принудени да осигуряват безопасна работна среда, защото и те плащат разходите на здравните фондове. В системата на задължителното здравно осигуряване се включват 19 мил. работници. И техните работодателите ще плащат повече, когато заболеваемостта е по-висока и съответно по-малко, когато работниците са здрави.

Критика на европейския здравноосигурителен модел

Европейският социален опит има и своите критици в Америка. През следващата 1917 г. в изданието „The Scientific Monthly“, е публикувана статия със заглавие „Някои заблуди за задължителното здравно осигуряване“.[22] Нейният автор е Frederick L. Hoffman[23] – статистик в американска застрахователна компания.

Авторът твърди, че публичната дискусия за въвеждане на задължително здравно осигуряване навлиза в опасна фаза. Предлаганата промяна е в противоречие с установени принципи. Принудата, вкл. и по социални въпроси, е антагонистична на американските концепции за личната свобода в едно демократично общество.

F. Hoffman влиза в директен сблъсък с Комитета по социални въпроси, като заявява, че членовете му не са изпълнили възложената им цел

---

[22] Hoffman, Frederick L. Some Fallacies of Compulsory Health Insurance. The Scientific Monthly, vol. 4, no. 4, American Association for the Advancement of Science, 1917, 306 – 316, http://www.jstor.org/stable/22468.

[23] Frederick L. Hoffman (1865–1946) – седмият президент на American Statistical Association, е роден в Германия на 2 май 1865 г. На 19 години емигрира в Америка. След 1888 г. започва да изучава политическата икономия и статистическите отчети на правителството за труда, които разглежда като мощен инструмент за реформа в индустрията. В писмо от 18 януари 1890 г. той изразява убеждението си, че статистическите отчети са убедително средство за извеждане на социалната несправедливост на бял свят. След негова статия, през 1892 г. той е нает от Prudential Life Insurance Company като професионален статистик в актюерския отдел. Вече сигурен в професионалния си статус и статистически опит, започва кампания за социални реформи. Между 1895 и 1900 г. той изследва в подробности теми, свързани с безопасността и здравословните условия на работниците в индустрията, особено тези на миньорите.

– извършване на задълбочено и строго научно изследване на задължителното здравно осигуряване в Европа. Функционирането на задължително здравно осигуряване неминуемо е свързано със създаването на съответна администрация, която представлява огромна бюрократична машина.

Авторът категорично не приема твърдението, че единствената алтернатива за подобряване здравнословно състояние на наемните работници в Америка е въвеждането на задължителна здравна осигуровка. Ако здравословните условия в индустрията или в страната като цяло са незадоволителни, то това се дължи на слаб контрол относно условията на труд. Подобряване здравето на работниците следва да бъде постигано чрез въвеждане на норми за здравословни и безопасни работни места, вместо в установяването на система на задължително здравно осигуряване. F. Hoffman твърди, че акцентът трябва да се поставя върху превенцията, вкл. и на работното място, а не на лечението.

В друга своя публикация[24] от 1919 г. той определя системата на задължителното здравно осигуряване в Германия като провал с аргумента, че задължително социално осигуряване се основава на дълбоко погрешни схващания за живота и труда в демократичната държава. Държавната политика трябва да е насочена към осигуряване на по-висок жизнен стандарт на наемните работници, предпоставка за което ще е нарастването на работната заплата, по-краткото работно време, по-малък дял деца и омъжени жени на работа, жилищно осигуряване, по-добра и по-питателна храна на по-ниски цени и др. Предлаганата публична осигурителна система, дава нереални обещания за благоденствие, като същевременно представлява отстъпление от упражняването на истинската лична и политическа свобода, присъща за живота във всяка съвременна държава. Свободата на действие,

[24] Hoffman, Frederick L. Failure of German compulsory health insurance : a war revelation. Prudential Press Newark. N.J., 1919.

свободната конкуренция, предприемачеството, инициативността, самостоятелността и собствената помощ трябва да бъдат предпочетени пред социалноосигурителните институции, основани на принципа на принудата и социалния контрол.

Подобна идея не е чужда и на съвременни автори, които твърдят, че социалната държава в целия свет е в криза. Данъчната тежест, необходима за поддържане на огромните социални програми, осакатява западните икономики. Зависимостта от държавата разрушава ценностите на семейството, трудолюбието и спестовността.[25]

F. Hoffman не пропуска да отбележи връзката между политическата среда в Германия и въвеждането на задължителното здравно осигуряване. Вместо да намалят разрастващите се социални вълнения, институциите за социално осигуряване просто увеличават търсенето на допълнителни обезщетения непропорционално на присъщата стойност на финансовите вноски, направени от работодатели и служители. Германското правителство е обвинено в патернализъм, а социалното осигуряване (разбирано в смисъла на задължителното здравно осигуряване) определено като патерналистко.

Патернализмът и здравната система

В основата на идеята за патернализма е връзката между „баща и син“, между по-възрастното и по-младото поколение, между държавата и хората. От гледна точка на политиката на патернализма народът е дете, а държавната власт е баща / родител, който трябва да контролира действията на своя народ, да показва какво е добро и кое е лошо и да му помага в решаването на собствените му проблеми. Властимащата фигура взема решенията, а „маловажният“ човек няма участие в тях, въпреки че те се отнасят до живота му. McKinstry, цитирайки Dworkin (1972 г.) отбелязва, че

[25] Боаз, Дейвид. Либертарианството, въведение. Издателска къща Мак. С., 2004, с. 25.

патернализмът е намеса в свободата на действие на дадено лице, оправдана по причини, които изключително засягат благополучието, доброто, щастието, потребностите, интереса или ценностите на лицето, което е подложено на принудата.[26]

В основата както на правителствения патернализъм, така и на медицинския такъв, стои идеята за благото, добруването на човека. Бенефициентът е субектът, чието собствено благо се търси, било чрез държавни или конкретни здравни политики.

В медицинската практика патерналистичния подход се противопоставя на идеята за автономия на пациента и зачитане на неговата воля. Възникването на идеята и последвалата правна уредба на информираното съгласие изразяват стремежа за гарантиране неприкосновеността на пациента и зачитане на волята му. Проблемите на информираното съгласие са част от по-обширната тема за взаимоотношенията между лекаря и пациента, и в частност – засягат въпроса за лекаря и истината спрямо болния и неговите близки. В някои деонтологични изследвания се застъпва тезата „никога да не се лъже болния върху значението на неговата болест, даже с цел да се подобри здравето му“. Други автори изразяват противоположно мнение: „не всякога е полезно да се разкрива истината на болния“. Разбира се разкриването трябва да става предпазливо, за да не се обезкуражава болния. „Понякога обаче, ще трябва да се лъже! – за да се спестят повече страдания на умиращия“.[27]

Тази деликатна тема намира уредба и в действащия Закон за здравето (ЗЗ), но категорично изоставяйки идеята за патерналистичния (дори и мек) подход. Съгласно чл. 92 лекуващият лекар *е длъжен* да информира пациента вкл. и за здравословното му състояние и необходимостта от лечение,

---

[26] Момо, А. Джо. Благодеянието като морален императив в медицинската практика, автореферат на дисертационен труд.

[27] Москов, Иван. Деонтология – задължения и права на лекаря и кратко лекарско право. Печатница Рила. С., 1946, с. 68.

заболяването, по повод на което е потърсил здравна помощ, и неговата прогноза, планираните профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности, както и рисковете, свързани с тях. Законът признава правото на пациента да откаже да бъде информиран за посочените обстоятелства, но изразявайки изричната си воля за това, като решението му се отразява писмено в медицинската документация. Също така пациентът има право да упълномощи писмено лице, което да бъде информирано вместо него (чл. 92, ал. 4).

Обнародваният през 1973 г. Закон за народното здраве (ЗНЗ), създава правната рамка на здравната система, съгласно основните принципи, залегнали в Конституцията от 1971 г. Разпоредбите, относими към правата на пациентите (в смисъла, в който ги разбираме днес) и реципрочните задължения за лицата, оказващи медицинска помощ са схематични и са отражение на историческия и политически етап от развитие на обществото, но в същото време създават законодателна рамка за зачитане волята на пациента. Съгласно чл. 25, ал. 3 от ЗНЗ (отм.) прегледите, изследванията, имунизациите и лечението се извършват *със съгласието* на болния освен когато законът предвижда задължителни прегледи, изследвания, имунизации и лечение. С текста на чл. 31, ал. 1 от ЗНЗ е вменено задължение на медицинските работници да разясняват по подходящ начин на болния или на неговите близки характера на заболяването и смисъла на провежданото лечение. Предоставяне информация на близките (тук следва да се изключат случите на непълнолетни и недееспособни пациенти), без да е уредено зачитане волята на пациента е само един от примерите за прилагания патерналистичен подход в българската здравна система през втората половина на XX век. Този подход се характеризира с тезата, че болният трябва да се отнася с доверие към лекуващия го лекар, да бъде

дисциплиниран, да изпълнява назначенията, строго да следва указанията на медицинския персонал.[28]

Действащият Закон за здравето, изоставя патерналистичния подход в медицината, като урежда, че медицинските дейности се осъществяват след изразено информирано съгласие от пациента (чл. 87, ал. 1). Законът дефинира, че информираното съгласие е съгласие, предоставено *доброволно* от пациента след запознаване с определена информация (§ 1, т. 15 ДР). Автономността на волята на пациента намира израз и в изрично уредената правна възможност (чл. 90, ал.1) пациентът откаже, по всяко време, предложената медицинска помощ или продължаването на започнатата медицинска дейност.

Теорията, както и практиката разграничават различен вид патернализъм в зависимост от вида и силата на намесата в чуждата правна сфера. Дефинирането на „намесата“ е важно за определяне дали и защо патернализмът е етично проблематичен и кога, ако изобщо, може да бъде етично оправдан. Например, усилията *да се убеди* пациента да действа по определени начини в името на собственото си благосъстояние, рядко са проблематични от етична гледна точка, докато принудата винаги се нуждае от етично оправдание. Намесите са най-проблематични когато нарушават принципа на зачитане на автономията и/или свободата, неприкосновеността на личния живот или поверителността на медицинската информация.

Могат да бъдат дадени примери от медицинската професия, при които също (в известна степен) не се зачита волята на пациента, но въпреки това, не може да се говори дори и за пасивен патернализъм.[29] Такъв е случаят на медицинския специалист, който отказва да извърши

---

[28] Мясишчев, В. М. Взаимоотношенията между лекар и болен. – Във: Философски и социално хигиенни аспекти на учението за здравето и болестта. Медицина и физкултура. С., 1976, с. 264.

[29] Childress, James F. Public Bioethics: Principles and Problems, Chapter: Paternalism, Healthcare and Health Policy, Published online: May 2020.

манипулация, поискана от пациент, с мотива, че това няма да е от полза и дори би било вредно за този пациент. Например, лекар отказва да извърши поискана постоянна стерилизация от 20 годишно лице, защото смята, че това не би било действие в най-добрия му интерес, в дългосрочен план. Лекар отказва да участва в асистирано самоубийство в юрисдикция, където това е разрешено, защото лекарят не вярва, че това би било в най-добрия интерес на пациента. Подобен е и примерът, при който лекар отказва предоставянето на безполезно (според неговата преценка), но поискано от пациента лечение. При пасивния патернализъм, медицинският специалист отказва да бъде просто средството за постигане на желанието на заявителя, като същевременно оставя открита възможността заявителят да намери някой друг, който да изпълни искането му.

При равни други условия, е по-лесно да се оправдае пасивен патернализъм, отколкото активния такъв. Не всички патерналистични действия или политики са еднакви, налагат различни ограничения и следователно получават и различни оценки. Слабите патерналистични действия и политики са по-лесно оправдани от силните такива. Въпреки че всеки тип патерналистичен акт или политика може да бъде оправдан при определени обстоятелства, най-трудно може да бъдат намерени морални оправдания за чистия, силен, активен и твърд патернализъм. Но други форми, като мекия патернализъм, също се нуждаят от внимателно етично изследване от гледна точна възможността за пренебрегване, незачитане на личната воля.

За патерналистичен подход може да се говори не само от клинична гледна точка, но и от тази на общественото здраве. Извън чисто теоретичните спорове, в много здравни политики могат да бъдат открити

патерналистични ефекти.[30] Но прилагането на мек патернализъм в общественото здравеопазване, може да оправдае интервенциите, вкл. и законодателни такива, които ограничават влечението на подрастващите към алкохол, наркотици, сексуална активност.

Либертарианският патернализъм[31] защитава намесите в общественото здравеопазване, които *улесняват* хората да имат поведение, което е в техен най-добър интерес, включително и по отношение на тяхното здраве. Но това може да бъде допуснато, при условие че са налице две предпоставки. Първо, хората могат да изберат предлаганите им интервенции по собствена преценка. По този начин в либертарианския патернализъм се елиминира възможността да се наруши волята на човека. Второ, съответните политики не трябва да натоварват прекомерно хората, които искат да упражняват собствената си свободна воля при отказ от следване на предлаганата интервенция.

Либертарианският патернализъм е обоснован от когнитивната психология и науките за решения, които подкрепят твърденията за нашите познавателни ограничения, детерминираната рационалност и слабостта на волята. Въпреки че повдига предизвикателни епистемологични и политически въпроси за това как вземащите решения да знаят как отделните хора оценяват собствения си интерес, либертарианският патернализъм може да бъде подходящ за контексти на общественото здраве. Тук попадат сферите с широк обществен консенсус в полза на политиката, насърчаваща здравето (например насърчаване употребата на повече пресни плодове и зеленчуци, вместо пакетирани храни). В същото време либертарианският

---

[30] Inken Emrich, Leyla Fröhlich-Güzelsoy, Andreas Frewer, Ethik in der Medizin aus Patientensicht, Perspektivwechsel im Gesundheitswesen, проводтът на български е достъпен на https://bg.edustanford.com/5797541-public-health-ethics.

[31] Либертарианският патернализъм е сравнително слаб, деликатен и ненатрапчив вид вмешателство, тъй като изборите не се блокират, отклоняват или обременяват. Повече виж Талер Х. Ричард, Кас Р. Сънстейн. Попутване. Издателство „Изток – запад“. С., 2014, с. 14

патернализъм е критикуван за това, че не отчита манипулативните ефекти върху избора на някои пазарни сили. Той също така се разглежда като твърде ограничителен в своите условия (и следователно твърде слаб), за да бъде приложим или адекватен за много обществени здравни контексти.

Клиницисти и здравни експерти ще продължават дебата за това доколко решенията за собственото ни здраве могат да бъдат налагани отвън. Безспорно медицинските специалисти имат широки познания по въпросите на човешкото здраве, каквито безспорно хората без съответното медицинско образование нямат. Доколко професионалната преценка може да се противопостави на личния избор за собственото здраве е въпрос, който не предполага еднозначен и лесен отговор.

Патернализъм ли е задължителното здравно осигуряване? Поглед към България

През 1999 г. в България започна голяма реформа в системата на здравеопазването и медицинско обслужване на българските граждани – постепенното въвеждане на системата на здравното осигуряване. Новата система трябва да замени действалата към този момент система на публично, безплатно здравеопазване в държавните здравни заведения.[32] Съществуващата система представлява система за публична здравна защита, защото дължимите здравни услуги се предоставят за сметка на държавния бюджет, средствата по който се натрупват от данъци и други държавни вземания.

Законът за здравното осигуряване (ЗЗО) въвежда две форми на здравно осигуряване – задължително и доброволно. Като форма за здравно

[32] Средкова, Красимира. Лекции по Осигурително право. Сиби. С., 1999, с. 9 – 14.

осигуряване задължителното осигуряване е система за социална здравна закрила на населението.[33]

Осигуряването е задължително, защото осигурените лица **са длъжни да участват в набирането** на средствата по осигурителния фонд, от който се осъществява осигуряването. Задължението за участие в набирането на средствата е установено в закона – чл. 5, т. 1 и чл. 34 от ЗЗО и възниква ex lege.[34] При отклонение от така предвиденото задължение, дължимите осигурителни вноски подлежат на принудително събиране.

Цитираните текстове от ЗЗО често се противопоставят на разпоредбата на чл. 52, ал. 1 от КРБ, съгласно която гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Конституционният съд е последователен при тълкуването на конституционния текст. Правото на здравно осигуряване е публично субективно право и на него съответства задължение на публичната власт, то обвързва държавата да създаде здравноосигурителни правоотношения и да ги уреди по начин, че те да станат дял от осигурителното право като правен отрасъл. Задължителното здравно осигуряване обхваща като осигурени лица всички български граждани и други категории лица. Набирането и разпределението на средства става по

---

[33] Първоначалната редакция на чл. 3, ал. 1 от ЗЗО гласи, че задължителното здравно осигуряване е **система за социална здравна защита на населението**, гарантираща пакет от здравни услуги, и се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения – районни здравноосигурителни каси (РЗОК). По-късно ЗЗО отстъпва от тази идея и текстът е изменен през 2002 г., за да се стигне до настоящото определение на чл. 2, ал. 1, съгласно който задължителното здравно осигуряване е **дейност по управление и разходване** на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения – районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

[34] Средкова, Кр. Цит. съч.

солидарен принцип. За всяко осигурено лице възниква субективно право на медицинска помощ в обхвата на Националния рамков договор тогава, когато възникне нужда от нея. Конституцията на Република България урежда различни социални права и правото на здравно осигуряване е едно от тях. Тези права също се ползват със защита, макар и по-специфична в сравнение с индивидуалните права.[35]

Безспорно функционирането на осигурителните системи, вкл. и на здравноосигурителната е същностен елемент от социалната държава. И както подчертава Конституционният съд, социалната държава отрежда в своята политика водещо място на въпросите, свързани с материалното положение и жизненото равнище на народа, на условията на труд и живот, на задоволяване на жизнените нужди на хората. Важен елемент на социалната държава е когато полага засилени грижи за уязвимите слоеве в нея. Това са онези граждани, които поради независещи от тях причини, каквито са здравословните, възрастовите и семейните, са поставени в неравностойно положение спрямо останалите граждани в обществото. Такива хора в обществото са и децата, старите хора, лицата с психически и физически вродени или придобити увреждания, а към тях трябва да бъдат отнесени и бедните слоеве.[36]

Не може да бъде отречен ангажимента на съвременната държава към уязвимите членове на обществото. Но този ангажимент може да бъде адекватно изпълняван само при осигуряване на достатъчен финансов ресурс. Финансовото обезпечаване на системата на задължителното здравно осигуряване е свързано с набирането на средствата от задължителните осигурителни вноски в солидарния фонд, управляван от НЗОК. Следователно системата на задължителното здравно осигуряване не може да функционира без обществена солидарност. В този смисъл е и един от

[35] Решение на Конституционния съд по Конституционно дело № 4 от 2010 г.
[36] Решение на Конституционния съд по Конституционно дело № 16 от 2011 г.

принципите на задължителното здравно осигуряване, дефиниран в чл. 5, т. 3 от ЗЗО - солидарност на осигурените при ползването на набраните средства. В основата на осигурителната система стои идеята, че за преодоляването на неблагоприятните последици от влошеното здравословно състояние на отделния човек е необходимо проявата на обществена солидарност.[37]

Без да отричаме значимостта на солидарността в обществото, в контекста на разглежданата тема, може да се постави въпросът защо солидарността минава през принудата, изразяваща се в задължително участие при набирането на вноските (чл. 5, т. 1 от ЗЗО)? Отговорът, който дава настоящата доктрина е, че това е необходимо, за да може да съществува осигурителната система и да се гарантира упражняването на прогласеното е КЕБ право на осигуряване,[38] вкл. и право на здравно осигуряване.

Всяка правна уредба (ако не е самоцел) трябва да има определена обществена функция. И като всяка осигурителноправна уредба, уредбата на здравното осигуряване има преди всичко **закрилна функция.**[39] Закрилата се изразява в осигуряването на достъпна медицинска помощ. Осигуряването на такава помощ се постига чрез поемане на разходите за медицинска помощ от нарочно обособени средства – бюджета на НЗОК.

И тук, в духа на цитирания по-горе F. Hoffman, следва въпроса – защо грижата за собственото здраве е поверена на един, трети, а в случая и публичен субект?[40] Не е ли това принудителна намеса в личния избор за грижата за здравето? Къде остава личната отговорност и инициативност на

---

[37] В този смисъл виж и Койчева, Райна. Осигурително право. Ч. I Държавно обществено осигуряване. ИК – УНСС. С., 2020, с. 17.

[38] Пак там, с. 45.

[39] Средкова, Красимира. Осигурително право. Сиби. С., 2008, с. 506 – 507.

[40] Осигурителният орган по задължителното здравно осигуряване е публичен орган, който провежда това осигуряване за всички задължително осигурени лица. Повече виж Милева, Атлиана. Осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване. Сиела. С., 2020, с. 108.

човека и то в грижата за собственото здраве? Отговорът, които дава ЗЗО на подобни въпроси, е в изграждането на системата за доброволното здравно осигуряване, съществуваща редом с тази на задължителното здравно осигуряване.

В заключение

Оценките, които се дават на задължителното здравно осигуряване, неминуемо са пречупени през собствената професионална, а понякога и лична, гледна точка. Функционирането на осигурителната система гарантира (в известна степен) социална сигурност и това осигурява спокойствие на политическата власт.

Наличният в осигурителния фонд финансов ресурс гарантира на лечебните заведения и медицинските специалисти, че те ще получат заплащане за оказаната медицинска помощ. Безспорно медицинската професия е израз на хуманизъм, но и професионална дейност, упражнявана с цел придобиването на доходи.

Интересът на посочените субекти – правителство и лечебни заведения, от функционирането на здравноосигурителната система е обективен и сравнително лесен за дефиниране.

Призванието на осигурителната система е не да осигурява политически комфорт и сигурни доходи за медицинските специалисти, а да предоставя адекватна закрила на осигурените лица, най-малкото защото те лично заплащат част или изцяло здравноосигурителни високи. Участието на лицата в здравноосигурителната система им дава (отново в известна степен) спокойствие, че в случай на нужда, за предоставеното им скъпо медицинско обслужване ще бъде платено от осигурителния орган и те няма да са изправени пред непосилни финансови трудности.

В пресечната точка на личната отговорност, обществената солидарност, споделяне тежестта на негативните житейски събития и силата

на общия финансов ресурс трябва да се търси отговора на въпроса за патернализма в задължителното здравно осигуряване.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

Енциклопедия Психология. Наука и изкуство. С., 1998

Кратък речник по етика и право. Народна просвета. С., 1986

Боаз, Дейвид. Либертарианството, въведение. Издателска къща Мак. С., 2004

Койчева, Райна. Осигурително право. Ч. I Държавно обществено осигуряване. ИК – УНСС. С., 2020

Милева, Атлиана. Осигурителни правоотношения по задължителното здравно осигуряване. Сиела. С., 2020

Москов, Иван. Деонтология – задължения и права на лекаря и кратко лекарско право. Печатница Рила. С., 1946

Мръчков, Васил. Осигурително право. Сиби. С., 2010

Христосков, Йордан. Реформите в социалното осигуряване. Издателство на ВУЗФ. С., 2010

Средкова, Красимира. Лекции по Осигурително право. Сиби. С., 1999

Средкова, Красимира. Осигурително право. Сиби. С., 2008

Момо, А. Джо. Благодеянието като морален императив в медицинската практика. Автореферат на дисертационен труд

Мясишчев, В.М. Взаимоотношенията между лекар и болен. – Във: Философски и социално хигиенни аспекти на учението за здравето и болестта. Медицина и физкултура. С., 1976

Hoffman, Frederick L. Failure of German compulsory health insurance : a war revelation. Prudential Press Newark. N.J., 1919

Hoffman, Frederick L. National Health insurance and the friendly societies. Prudential Press Newark. N.J., 1921

Hoffman, Frederick L. Some Fallacies of Compulsory Health Insurance. The Scientific Monthly, vol. 4, no. 4, American Association for the Advancement of Science, 1917, http://www.jstor.org/stable/22468

Hard, William. Is health insurance “paternalism”? – In: Brief of Health Insurance, vol. VI, N 2, June 1916, Princeton University Press, N.J.

Hobbs Margarett A. Tendencies in health insurance legislation. – In: Brief of Health Insurance, vol. VI, N 2, June 1916, Princeton University Press, N.J.

Childress James F. Public Bioethics: Principles and Problems, Chapter: Paternalism, Healthcare and Health Policy, Published online: May 2020

Inken Emrich, Leyla Fröhlich-Güzelsoy, Andreas Frewer, Ethik in der Medizin aus Patientensicht, Perspektivwechsel im Gesundheitswesen, проводтът на български е достъпен на https://bg.edustanford.com/5797541-public-health-ethics

Гл. ас. д-р Мария Радева – е преподавател по Трудово право, Осигурително право, Социално и здравно законодателство в Русенски университет „Ангел Кънчев“. Основните ѝ интереси са насочени към проблемите на функционирането на осигурителните системи, правното регулиране на здравеопазването, пазара на труда.

e-mail: mradeva@uni-ruse.bg