

ХОСПИСИТЕ В БЪЛГАРИЯ И В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Този анализ е изготвен с финансовата подкрепа на Институт “Отворено общество”



Автори: Даниела Трифонова, Доротея Мишкова, Мариета Димитрова и Надя Шабани

© Български център за нестопанска право; Програмен и аналитичен център за европейско право. Всички
права запазени

СЪДЪРЖАНИЕ

Увод	
I. Правен режим на хосписите в Република България.....	
Нормативна уредба	
Хосписът като един от видовете лечебни заведения според Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)	
Понятието „хоспис“ според ЗЛЗ	
Създаване на хоспис	
Съдебна регистрация	
Административна процедура за вписване в Районния център по здравеопазване (РЦЗ)	
Устройство и организация на дейността в хосписа	
Акредитация на лечебни заведения	
Прекратяване на хоспис	
Домове за медико-социални грижи.....	
II. Финансиране на хосписи	
Договаряне с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).....	
Държавни субсидии	
Директни плащания	
Донорски програми.....	
Данъчно облагане на хосписите	
Формиране на облагаемата печалба.....	
Авансово облагане	
Данъци по Закона за корпоративното подоходно облагане (ЗКПО), удържани при източника.....	
Данък върху добавената стойност.....	
Закон за местните данъци и такси.....	
Данъчни облекчения за дарителите на хосписите	
III. Правен режим на хосписите в страните членки на Европейския съюз и в някои присъединяващи се държави.....	
IV. Данни за страните членки на Европейския съюз	
V. Изводи и препоръки	
VI. Summaries.....	

УВОД

В общностното право не се съдържа легално определение на понятието „хоспис“. Понятието за хоспис произхожда от латинската дума *hospitum*, което означава частен пансион. Грижите, които се предлагат в хосписите нямат за цел удължаване на човешкия живот или ускоряване на смъртта, а единствено полагане на палиативни грижи за терминално болни пациенти и подобряване качеството на живот в последните им дни. Основната цел на лечението в хосписа е не само да се лекува болестта на пациента, а и да се облекчат максимално страданията му посредством полаганите за него палиативни грижи. В този смисъл през 1990 г. Световната здравна организация дефинира понятието палиативни грижи като *„Активната цялостна грижа за пациенти, чиято болест не се поддава на медикаментозно лечение. Преобладава (водец е) контролът на болката и други симптоми, както и на психологични, социални и духовни проблеми. Целта на палиативните грижи е постигане на възможно най-добро качество на живот на пациентите и техните близки.“*

Настоящото изследване е изготвено от експерти на Българския център за нестопанско право и фондация ПАЦЕП. Целта е да се направи задълбочен анализ на правната рамка на създаването и функционирането на хосписите като вид лечебно заведение според българското законодателство, в някои държави членки на Европейския съюз, както и в присъединяващи се към ЕС страни. Анализът разглежда и финансирането и данъчния режим на хосписите в България. Изследваната практика на европейските държави в областта на предоставяне на палиативни грижи в хосписите, може да послужи като основа за иницирането на дебати за усъвършенстване на правната рамка относно създаването и функционирането на хосписите в България, и ще послужи като основа на бъдещи законодателни промени в тази насока.

Съдържанието на направеното изследване е структурирано в четири части. Първата част на изследването очертава правната рамка на създаването и функционирането на хосписите, съгласно действащата в момента правна уредба на Република България.

Втората и третата част на анализа се спират на въпросите, свързани с финансирането и данъчния режим на хосписите.

В третата част на проучването е представен сравнителноправен анализ на правния режим и статута на хосписите в осем страни членки на ЕС и присъединяващи се държави.

В последната част на анализа са представени изводи и препоръки относно възможността лечебните заведения, в частност хосписите, да функционират като юридически лица с нестопанска цел, регистрирани в обществена форма.

I. ПРАВЕН РЕЖИМ НА ХОСПИСИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Нормативна уредба¹

Основният нормативен акт, който регламентира упражняването на медицинска дейност чрез създаването на лечебни заведения „хосписи“ е Законът за лечебните заведения (ЗЛЗ). Отношение към предмета на изследване имат също така и някои подзаконови нормативни актове, като по-важни измежду тях са :

- **Наредба № 19 от 22 юли 1999 г. за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите;**
- **Национален рамков договор 2003 г. и пр.**

Допълнителна информация може да бъде получена и от някои актове на държавните органи, които имат правомощия във връзка с регистрационния режим, а именно:

- **Методично указание № 3 от 29.03.2000 г. за устройството и дейността на лечебното заведение хоспис, утвърдени от Министъра на здравеопазването;**
- **Конкретни указания за документите, които би следвало да се изискват при регистрацията на хосписите и пр.**

Хосписът като един от видовете лечебни заведения според ЗЛЗ

ЗЛЗ предвижда най-общо три големи групи лечебни заведения, съобразно извършваната от тях медицинска дейност. Това са лечебни заведения за извънболнична помощ, лечебни заведения за болнична помощ и една трета, по-особена група лечебни заведения, която ЗЛЗ отделя в Глава пета – „Други лечебни заведения“. Именно в тази т. нар. „трета група“ лечебни заведения, българският законодател е включил хосписите, домовете за медико-социални грижи, диспансерите и пр. Всяко едно от тези лечебни заведения има своите особености, както от гледна точка на извършваната медицинска дейност, така и по отношение на техния правен режим на създаване и управление. В този смисъл, хосписите и центровете за спешна помощ и трансфузионна хематология имат повече общи белези с видовете лечебни заведения за извънболнична помощ, докато останалите от „третата група“ лечебни заведения стоят по-близо до болнични лечебни заведения.

Понятието „хоспис“ според ЗЛЗ

В ЗЛЗ са посочени някои легални дефиниции, които макар и общи, могат да послужат за изясняването на понятието „хоспис“ като вид лечебно заведение, според българското законодателство. На първо място в чл. 2 от закона се съдържа официално определение на понятието „лечебно заведение“ – *„организационно обособена на функционален принцип структура, в която лекари и стоматолози извършват някои от изброените в чл. 1 дейности или всички от тях, като например ...“*. Всяко лечебно заведение по смисъла на ЗЛЗ има следните специфични характеристики:

- **Самостоятелна структура, със собствена организация;**
- **В тази самостоятелната структура осъществяват медицинска дейност лекари и стоматолози;**
- **Структурата се регистрира по съответния ред, предвиден в ЗЛЗ.**

Към горепосочените родови признаци за всички лечебни заведения трябва да се прибавят видовите белези на хосписа според ЗЛЗ. Според закона² хоспис е лечебно заведение, *„в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение, поддържащо лечение, подписано от лекар на лице с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми“*. В Методичното указание № 3 от 29.03.2000 г. дефиницията³ е разширена като е добавено, че дейността в хосписа е насочена и към лица в *терминални състояния*.

Създаване на хоспис

Създаването на хосписа е подчинено на регистрационен режим, идентичен с този на заведенията за извънболнична помощ. Правният режим на възникването включва два основни елемента:

- **Учредяване на хосписа като юридическо лице (търговско дружество или кооперация), според действащото законодателство;**
- **Последваща регистрация по реда на чл. 40 от ЗЛЗ в районния център по здравеопазване (РЦЗ) по седалище на хосписа. Едва след приключване на регистрацията в РЦЗ, хосписът може да започне да осъществява легално дейността си.**

Съдебна регистрация

На основание чл. 3, ал. 1 от ЗЛЗ всички лечебни заведения без тези по чл. 5, ал. 1⁴ се регистрират по Търговския закон (ТЗ) или Закона за кооперациите (ЗК). Следователно позволените правноорганизационни форми за регистрация на хоспис са на първо място,

според ТЗ, всички видове търговски дружества (акционерно дружество, дружество с ограничена отговорност, събирателно дружество, командитно дружество и командитно дружество с акции) и на второ място, според ЗК – кооперация. За нуждите на съдебната регистрация е необходимо да се спазят всички изисквания на ТЗ, съответно ЗК, както и да се съобразят всички допълнителни и специални изисквания на ЗЛЗ.

Не би следвало да е допустима регистрацията на хосписа като едноличен търговец, тъй като законът е изричен – лечебните заведения с изключение на индивидуалните практики се учредяват като „търговски дружества“, а едноличният търговец е търговец по смисъла на ТЗ, но няма качеството на юридическо лице (дружество).

Учредител/и може да бъде всяко дееспособно физическо или юридическо лице. Няма ограничение относно броя – възможно е той да бъде само един, ако това е допустимо от правноорганизационната форма на дружеството. Това са случаите на еднолични акционерни дружества и еднолични дружества с ограничена отговорност.

Държавата и общините също така могат самостоятелно или съвместно с други лица да създават хосписи. Във връзка с това законът поставя известно ограничение – държавата и общините могат да притежават или да участват само в лечебни заведения, които са акционерни дружества или дружества с ограничена отговорност. Това е общо ограничение за всички видове лечебни заведения, в които има държавно, съответно общинско участие.

Съдебната регистрация на хосписите преминава през два етапа. **Първият** е свързан с изготвянето и приемането на учредителен акт или на дружествения договор. ЗЛЗ предвижда специфичното изискване, че в предмета на дейност на хосписа се вписват **само** дейностите, които лечебното заведение ще извършва. В закона има изрична забрана лечебните заведения да извършват каквито и да е търговски сделки, освен за нуждите на осъществяваната от тях медицинска дейност и за обслужване на пациентите.

В наименованието на търговското дружество/кооперация трябва задължително да се съдържа означение на вида на лечебното заведение, т. е. в наименованието трябва да фигурира „хоспис“. Също така, при последващата регистрация в РЦЗ, наименованието не може да се различава от регистрираното име в съда. Според Наредба № 19 от 22 юли 1999 г. за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите, се изисква наименованието на всяко ново лечебно заведение да се различава от наименованието на регистрираните в РЦЗ лечебни заведения.

Структурата на управление и начинът на вземане на решения се определят от правноорганизационната форма, в която е учреден хосписът. В случаите, когато

хосписът е акционерно дружество с държавно или общинско участие, е задължително да има едностепенна система на управление. Общото събрание на съдружниците, акционерите или член-кооператорите назначава и освобождава членовете на органите му. Правата и задълженията на управляващия се уреждат и конкретизират в договора за неговото назначаване.

След подписването на учредителен акт (дружествения договор) и набирането на необходимите съпътстващи документи, свързани с регистрацията на търговското дружество или кооперацията, следва **вторият етап** от съдебната регистрация, което е вписването на хосписа в регистъра към окръжния съд по седалището на лечебното заведение.

След съдебната регистрация и последващите я общозадължителни регистрации (данъчна регистрация, регистрации по системата БУЛСТАТ, регистрации в НОИ и в АФР), следва административно производство по вписване на хосписа в специалния регистър към РЦЗ, воден по образец.

Административна процедура за вписване в РЦЗ

Със съдебната регистрация се създава юридическото лице – търговското дружество или кооперацията, което е собственик на лечебното заведение, докато административната регистрация ще даде правото на това дружество/кооперация да извършва желаната медицинска дейност. Производството се осъществява пред съответното РЦЗ, на чиято територия се намира хосписът, въз основа на заявление по образец, към което се прилагат документите, посочени в чл. 40 от ЗЛЗ и в чл. 11 от Наредба 19 от 22 юли 1999 г. за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите. Необходимите документи са:

- **Съдебно решение за регистрация, удостоверение за актуална съдебна регистрация, удостоверения за данъчна регистрация и единният идентификационен код;**
- **Учредителен акт на дружеството, съответно кооперацията;**
- **Правилникът за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение;**
- **Списък, съдържащ данни за лицата – съдружници или акционери в дружеството, или членове на кооперацията;**
- **Диплома за съответното висше образование на лицата, които ще управляват, съответно ще работят в лечебното заведение;**

- **Документ за призната специалност на лицата, които ще ръководят, съответно ще работят в лечебното заведение;**
- **Удостоверение за вписване в регистъра на районната колегия на Български лекарски съюз или Съюза на стоматолозите в България за лекарите и стоматолозите, които ще ръководят, съответно ще работят в заведението;**
- **Свидетелство за съдимост на лицата, представляващи лечебното заведение;**
- **Разрешение за ползване на помещенията на лечебното заведение, издадено по реда на Закона за устройство на територията (ЗУТ), а когато не се изисква такова разрешение – заключение от хигиенно-епидемиологичната инспекция;**
- **Разрешение от компетентния държавен орган, когато в лечебното заведение ще се използва медицинско оборудване с източник на йонизиращо лечение.**

Всяко заявление за регистрация се комплектова в дело, заедно с всички приложени документи, като на корицата на делото се отбелязва номерът на делото, номерът на тома и страницата на регистъра. В отделна тарифа на Министерски съвет са определени таксите за ползване на регистъра.

В хода на административната регистрация РЦЗ трябва да провери дали е налице **пълнота и изчерпателност** на представените документи по чл. 40 от ЗЛЗ. Проверката е формална – само относно пълнотата на представените документи и доколко лечебното заведение отговаря на законовите изисквания. В указанията за регистрация дори е подчертано, че относно Правилника за вътрешния ред на заведението проверката е само „дали има правилник“, а не и да се контролира какво е устройството на хосписа. При непълнота на представените документи директорът на РЦЗ съгласно чл. 12 от Наредба 19 уведомява писмено лицето в 15-дневен срок за това и определя срок за отстраняването ѝ. В 15-дневен срок от подаване на заявлението за регистрация или отстраняване на извършените пропуски в документите, директорът на РЦЗ издава удостоверение за регистрация на хосписа по образец.

Вписването в регистъра се извършва със заповед на директора. Удостоверението за регистрация се получава от лицето, представляващо лечебното заведение, или от изрично упълномощено от него лице, след вписване на заведението в регистъра. В края на всяко шестмесечие РЦЗ изпраща на Министерство на здравеопазването и на кмета на съответната община обобщени данни за извършените регистрации на всички лечебни заведения.

При непълнота на представените документи и неотстраняването ѝ в указания срок, директорът на РЦЗ издава заповед с мотивиран отказ за регистрация и уведомява

писмено лицата за това. В случай, че директорът откаже да извърши регистрацията, не издаде удостоверение или не извърши регистрация в горепосочените срокове, то отказът (изричен или мълчалив) подлежи на обжалване пред Министъра на здравеопазването или пред окръжния съд по административен ред. Регистрираните хосписи са длъжни в 7-дневен срок от настъпване на промяна в обстоятелство, вписано е регистъра, да уведомят РЦЗ, като приложат съответния документ, удостоверяващ промяната.

Устройство и организация на дейността в хосписа

Относно хосписите ЗЛЗ е поставил ограничението ръководителят на заведението да бъде „медицински специалист“. В българското законодателство няма яснота по отношение на съдържанието на това понятие. В ЗНЗ от 1999 г. под медицински специалист се разбираше „висши, полувисши и средни медицински работници“. Възможно е тълкуването на понятието „медицински специалист“ да бъде разширено и за ръководител да бъде назначен не само лекар, но и всяко лице, което има медицинско образование, включително и медицинска сестра. В подкрепа на това е и фактът, че в указанията във връзка с регистрацията на хосписи е посочено, че при регистрацията им в РЦЗ, за медицинските специалисти, които ще извършват дейност в хосписа, следва да се представи копие от дипломите, за лекарите и удостоверение от Български лекарски съюз (БЛС), а за медицинските сестри – копие от диплом за завършено образование – полувисше или висше. Дори е посочено, че управители на хосписи могат да бъдат посочени и „лица, с диплом за социална дейност“.

В ЗЛЗ не е поставено ограничение относно минимума персонал, който трябва да бъде ангажиран с извършваната дейност в хосписите, каквото изискване съществува примерно за медицинските центрове и диагностично-консултативните центрове. Според НРД за 2003 г. изпълнителите на медицинска помощ могат да наемат персонал за извършване на лечебната дейност, който да не е от лекари. Тези лица могат да извършват дейности именно с оглед на процедурите по предоставяне на палиативни грижи за терминално болни, според НРД. Все пак в Методичното указание № 3 от 29.03.2000 г., е посочено, че със заповед на управителя (директора) на хосписа се определят: сестра-координатор на грижите в хосписа, сестра-координатор на грижите в дома на пациента; социален работник-координатор на социалната работа и координатор на доброволците сътрудници на хосписа. Посочено е също така, че тези лица заедно със счетоводителя формират медико-социален съвет, който е консултативен орган към

директора. В Правилника за вътрешния ред и структурата на хосписа се детайлизират задачите на този орган и задълженията на горепосочените длъжности. Дейностите следва да се осигуряват от лекари от лечебни заведения за първична извънболнична помощ; специалисти-консултанти при предписание от лекарите от лечебните заведения за първична извънболнична помощ; медицински сестри; социални работници според потребностите; санитарни-болногледачи, които могат да изпълняват функциите и на домашни помощници за социално-битова помощ на пациентите при оказване на грижа в дома; духовни лица за религиозните потребности на пациентите; доброволци за работа в хосписите, както в жилищната част, така и по домовете на пациентите. Препоръчано е в Методичните указания създаването на „Настоятелство на хосписа“ по решение на собственика „за привличане на обществен интерес и подкрепа на неговата дейност“. Трябва да се подчертае, че тези методически указания на практика имат само препоръчителен и детайлизиращ характер, без да представляват задължителни правила, които хосписите трябва да съблюдават при своята регистрация.

В тази връзка трябва да се спомене, че в настоящия момент сериозни проблеми създава липсата на нормативна уредба, която да регулира доброволното и безвъзмездно предоставяне на труд, тъй като именно в различните лечебни заведения, особено това се отнася за хосписите, е често срещано явление доброволци да участват в дейността по предоставянето на медицински услуги. В българското законодателство не съществува определение за „безвъзмезден труд“, както и липсва съответната регламентация на доброволния труд в данъчните, застрахователните и осигурителните правила. В тази връзка няма ясен механизъм за компенсиране на усилията на доброволците и възстановяване на сторените от тях разходи при осъществяване на дейностите. Не е изяснен и въпросът за тяхната отговорност, което създава множество практически проблеми.

Както по отношение на персонала на хосписите, така и по отношение на въпроса каква бил следвало да бъде структурата и разпределението на работата в заведението, в ЗЛЗ и в другите законови и подзаконови актове липсват детайлни разпоредби. Единствено в Методичното указание № 3 е направен опит да се изяснят тези въпроси. Структурата и дейностите в хосписа се определят свободно от директора. Според дадените указания хосписът следва да се състои от две структурни единици: жилищна и за грижи по домовете. Възможно е хосписът да бъде само за грижи по домовете. Следователно е допустимо хосписът да няма стационар, а ако има, в тази т. нар. жилищна част трябва да се разкрие легловата база. Медицинският сектор и жилищната част трябва да отговарят

на хигиените изисквания, които са посочени в приложението към указанията. Там са фиксирани определени изисквания към квадратурата на помещенията, осветлението, височината, стените и други.

По отношение на пациентите е посочено, че те се приемат в хосписите след насочване от лекар от лечебното заведение за първична медицинска помощ. От друга страна негативното становище от страна на лекаря не е препятствие за приемането на болния в хосписа. Пациентите могат да бъдат възрастни или деца осигурени по Закона за здравно осигуряване (ЗЗО). Възможно е и неосигурените лица да се ползват от услугите на хосписа, като те ще заплащат услугите. В хосписа могат да се приемат и чужди граждани срещу заплащане, по желание, изразено в писмена форма.

Според Наредба № 10 от 5 юли 2000 г. за предоставянето на медико-статистическа информация и информацията за извършваната медицинска дейност от лечебните заведения, всички лечебни заведения трябва да водят медико-статистическа документация. Контролът на медико-статистическата информация се осъществява от Националния център по здравна информация, районните центрове по здравеопазване и РЗОК. В медико-статистическа информация се отразяват основните показатели за финансовите и материалните ресурси на лечебните заведения и обемът на извършената от тях дейност.

Акредитация на лечебни заведения

Наред с регистрационния и разрешителния режим на възникване на лечебни заведения, ЗЛЗ въвежда и режим на акредитация. Акредитацията представлява административен режим за предварителен, текущ и последващ контрол на държавата върху качеството на медицинската дейност и образователната дейност в лечебните заведения.

Акредитационната процедура се отнася по принцип само за лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите, диализните центрове, домовете за медико-социални грижи, медико-техническите и медико-диагностичните лаборатории, медицинските и стоматологичните центрове и диагностично-консултативните центрове. В тези лечебни заведения акредитацията е задължителна. В Наредба № 1 от 27 април 2000 г. за критериите, показателите и методиката на акредитация на лечебните заведения за болнична помощ и диагностично-консултативни центрове е уточнено, че диспансерите, медико-техническите и медико-диагностичните лаборатории подлежат на доброволна акредитация. На практика обаче се акредитират и лечебни заведения извън горепосочените, с цел удостоверяване на качеството на предлаганите здравни услуги и

външна оценка на базовите възможности за обучение на студенти и специалисти. В тази връзка хосписи също биха могли да получат акредитация, макар че акредитационната процедура не се отнася изрично до тях.

Акредитацията се извършва от специализирана комисия към Министерство на здравеопазването. Най-общо акредитационната оценка се извършва в три насоки:

- **за отделни дейности;**
- **за всички медицински дейности заедно, т. е. цялостна оценка;**
- **за обучение на специализанти и студенти.**

Министърът на здравеопазването уведомява писмено Националната здравноосигурителна каса за отказа на лечебно заведение за откриване на акредитационна процедура. Препис от заповедта се прилага към делото на лечебното заведение за болнична помощ в Министерството на здравеопазването, а за диагностично-консултативния център – към делото му в РЦЗ.

Прекратяване на хоспис

• Съдебно прекратяване и ликвидация

Прекратяването и ликвидацията на лечебно заведение – търговско дружество или кооперация, като процедура се извършва при условията и по реда, предвидени в Търговския закон. По отношение на ликвидацията, ЗЛЗ въвежда някои допълнителни и специфични изисквания, свързани с особеностите на дейността на лечебните заведения, например: срокът на ликвидация не може да бъде по-дълъг от 18 месеца, прекратяването на лечебни заведения, създадени от общини, се извършва след съгласие на министъра на здравеопазването; ликвидатор може да бъде лице, което има висше образование; не е лишено от правото да заема материалноотчетна длъжност; не е било член на изпълнителен или контролен орган или неограничено отговорен съдружник в дружество, когато то е прекратено поради несъстоятелност, ако са останали неудовлетворени кредитори и др.

С решението за прекратяване на лечебното заведение се определят ликвидаторите, както и възнаграждението им. Ликвидаторите са длъжни да уведомят обществеността за прекратяване на лечебната дейност, като публикуват съобщение най-малко в един централен и в един местен всекидневник в седемдневен срок от назначаването си и го поставят на обществени места и в лечебното заведение. Те са длъжни и да уведомят районната здравноосигурителна каса и данъчната администрация за започналата ликвидация в четиринадесетдневен срок от назначаването си. Ликвидаторите създават

условия за довършване на започнатата лечебна дейност, като се съобразяват с интереса на пациентите и осигуряват предаването на наличните документи на пациентите относно техните заболявания и лечението им от ликвидиращото се лечебно заведение.

Тъй като правноорганизационните форми на лечебните заведения според действащото законодателство са търговски дружества или кооперация, възможно е изпадането на лечебното заведение в несъстоятелност и започването на принудително съдебно производство по Търговския закон.

• **Административно закриване**

Законодателят е предвидил процедура по заличаване на регистрацията на хоспис в РЦЗ съгласно чл. 40, след което заличаване хосписът няма да може да упражнява дейността си. Принудителното административно закриване и забраната за извършване на дейността представлява принудителна административна мярка. Основанията за заличаване на регистрацията в РЦЗ за всички лечебни заведения са изброени в закона, като за хосписите са относими следните хипотези:

- при нарушение на изискването, че лечебните заведения не могат да извършват търговски сделки, освен за нуждите на осъществяваната от тях медицинска дейност и за обслужване на пациентите, съгласно чл. 3, ал. 4 от ЗЛЗ;

- по искане на лечебното заведение;

- при прекратяване на юридическото лице;

- при осъществяване на дейности в нарушение на извършената регистрация.

Посочените в първата и последна точка основания са санкция спрямо заведението, в случаите когато то наруши някои от императивните разпоредби на закона. Те са израз на постановката, че всички лечебни заведения са равнопоставени, независимо от собствеността им, но медицинската дейност, извършвана от всички тях подлежи на контрол. Възможно е повтаряне на основанията в подзаконов акт (Наредба № 19 от 22 юли 1999 г.) и допълнителната им конкретизация, но не е възможно разширяване на кръга от основания. Трябва да се отбележи, че последното предвидено основание е доста общо, тъй като законът или подзаконовите актове не конкретизират условията, при които би следвало да се смята, че това нарушение е налице.

Заличаването на регистрацията от РЦЗ се извършва със заповед на директора на РЦЗ. Заповедите, издадени в първия и последния случай от гореизброените, подлежат на обжалване по административен ред пред Министъра на здравеопазването или пред окръжния съд. Обжалването на заповедта не спира изпълнението ѝ.

Домове за медико-социални грижи

С оглед изчерпателността на изследваната материя, във връзка с възможността за предоставяне на „палиативни грижи“ от лечебни заведения в България, следва да се направи сравнение между хосписите и домовете за медико-социални грижи, така както са регламентирани според българското законодателство. Близост съществува в предмета на тяхната дейност. Съществени обаче са разликите по отношение на режима на възникване и функциониране.

Домовете за медико-социални грижи са най-близки до хосписите като вид лечебни заведения. Според определението на закона, дом за медико-социални грижи е *„лечебно заведение, в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица от различни възрастови групи с хронични заболявания и медико-социални проблеми“*. Както е видно от законовата дефиниция на двата вида лечебни заведения, не може да бъде направено категорично разграничение между тях и между характера на предоставяните в тях медицински услуги. И двете са от третата група „по-особени“ лечебни заведения, уредени в Глава пета в ЗЛЗ. И в двете **„медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение“** и извършват **„специфични грижи“** на лица **„с хронични заболявания и медико-социални проблеми“**. Акцент обаче в определението за хоспис е поставено върху това, че се обслужват лица с хронични **инвалидизиращи** заболявания и като изрична дейност е упоменато извършването на **поддържащо лечение**.

По-съществени са разликите, които произтичат от режима на възникването на хосписите и домовете за медико-социални грижи. Законът изрично поставя ограничението, че домове за медико-социални грижи за деца се създават само от държавата. От друга страна, за домовете за медико-социални грижи за възрастни, административният режим за откриване е значително по-сложен в сравнение с този за откриване на хосписи. Както бе изяснено по-горе, хосписите подлежат на регистрационен режим (съдебна регистрация и последваща регистрация в РЦЗ). При домовете за медико-социални грижи първият етап от възникването е също съдебна регистрация, като допустимите правно-организационни форми са отново търговски дружества или кооперации. По-усложнена е обаче административната процедура за откриването на дом за медико-социални грижи, в сравнение с хосписите. При домовете е введен разрешителен режим, подобно на процедурата за болничните лечебни заведения. Редът за издаване на необходимото разрешение от Министъра на

здравеопазването за осъществяването на дейността на домовете за медико-социални грижи е регламентиран в ЗЛЗ и в Наредба № 29 за водене на регистъра за лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи. Наредбата регламентира в детайли вътрешното устройство на дома, което се състои от три функционални структурни звена- приемно звено, отделения/сектори с легла и административно-стопански блок. Разширени са и хигиенните изисквания към сградите и помещенията на домовете за медико-социални грижи в сравнение на уредбата при хосписите.

С оглед изясняването на въпроса за възможността за предоставянето на палиативни грижи от лечебни заведения според българското законодателство, следва да бъдат споменати и болниците за активно лечение. Широко разпространена практика в България е в много от болниците за активно лечение да се извършват „палиативни грижи“ за пациентите, което противоречи принципно на философията за палиативни грижи въобще като лечение на симптомите и болката, а не извършване на активно лечение. У нас в редица болници отделени части от сградите или цели етажи са отделени и изпълняват функциите на стационар, в който се предоставят грижи на терминално болни пациенти. За този ефект допринася и фактът, че единствената предвидена клинична пътека за палиативни грижи – „Палиативни грижи при терминално онкологично болни“, включва именно хоспитализация с обща продължителност до 20 дни в рамките на шестмесечен период.

Следва обаче да се отбележи, че в редица европейски страни палиативните грижи се предоставят на пациентите в заведения, близки по своята същност до разбирането на ЗЛЗ за „хоспис“, а болниците осъществяват само активно лечение.

II. ФИНАНСИРАНЕ НА ХОСПИСИ

Според глава дванадесета от ЗЛЗ източници за финансиране за всички видове лечебните заведения са: Националната здравноосигурителна каса, републиканският и общинският бюджет, доброволни здравноосигурителни фондове, дарения от местни и чуждестранни юридически и физически лица. По този начин е възможно приходите на лечебното заведение, независимо от вида му, да се формират чрез: постъпления от договори за оказана медицинска помощ, директни плащания от физически и юридически лица, плащания, направени по реда на Закона за здравето осигуряване, възстановяване на направени разходи от трета страна, целеви субсидии от републиканския бюджет, когато това е предвидено в Закона за републиканския бюджет, целеви субсидии от общинските бюджети, когато това е предвидено в тях, отдаване под наем на оборудване, помещения и площи, дарения, завещания, помощи и други източници. Изброяването не е ограничително и следователно лечебните заведения (с изключение в някои хипотези на държавните и общинските лечебни заведения) могат свободно да избират максимално ефективния за тях начин и ред, по който ще акумулират средства.

Най-общо можем да групираме начините на финансиране в три насоки:

- **на първо място са средствата, получени по линията на здравето осигуряване, както и евентуалните държавни или общински субсидии;**
- **на второ място са т. нар. директни плащания от пациентите;**
- **на последно място – безвъзмездно получаване на средства от различни спонсори и донорски програми за предоставянето на здравни услуги.**

Договаряне с НЗОК

В Националния рамков договор се уреждат най-общите условия за финансиране между лечебните заведения и касата. Конкретните права и задължения се регламентират в отделните договори, сключени със съответната РЗОК, на чиято територия се намира лечебното заведение и изпълнителите на медицинска помощ.

В частта от НРД за 2003 г., която се отнася до основния пакет болнична медицинска помощ, определена по вид и обхват в Приложение 4, наистина са споменати „палиативните грижи“. Тук обаче те са доста стеснени по своя характер: първо става въпрос за палиативни грижи на терминално **онкологично** болни т. е. лечението засяга само онкологично болни. На второ място клиничната пътека се отнася само за тази медицинска помощ, която се предоставя в болници. Така клиничната пътека за

палиативни грижи се ползва от болниците за активно лечение, което противоречи на идеята за палиативни грижи въобще. Заплащането за тази клинична пътека включва хоспитализация с обща продължителност до 20 дни в рамките на шестмесечен период. При хоспитализация на пациент по тази клинична пътека заплащането се изчислява по формула – брой пролежани леглодни, но не повече от 20, по цена на един леглоден. Общата сума по клиничната пътека е 537 лв., като за леглоден е 26,85 лв.

Според актуалното законодателство не е възможно хосписите да сключват договори с НЗОК и да получават финансиране по този ред. Хосписите към настоящия момент могат евентуално да получат финансиране от НЗОК не пряко, а само ако имат договор с определена болница в качеството си на подизпълнители на услуги, т. е. хосписите да осъществяват последващите палиативни грижи, които следват лечението в болниците. Такива договори за „съвместна дейност“ на практика между болниците и хосписите не се сключват, тъй като болниците не са заинтересовани да пренасочват средства, които биха могли сами да усвоят. Евентуалният интерес и нужда би се породил, ако болниците нямат достатъчно легла за настаняване на пациентите за последващо лечение или се приеме нормативно изискване за задължително настаняване на болни след активното лечение в болниците.

Държавни субсидии

Източник на финансиране на лечебни заведения, включително и хосписи, могат да бъдат държавните или общинските субсидии. Тук обаче следва да се отбележат сериозните ограничения, които са поставени към евентуалното финансиране по този ред. На първо място в закона изрично е отбелязано, че държавата и общините финансират чрез целеви субсидии само държавни или общински лечебни заведения . „Държавни“ или „общински“ са тези лечебни заведения, в които държавното или общинското участие е повече от 50 %. На второ място, тези целеви субсидии трябва изрично да са предварително предвидени в Закона за държавния бюджет, съответно в конкретните общински бюджети. Следващото ограничение е, че те се предоставят за определени цели или дейности, а именно: придобиване на дълготрайни материални активи; основен ремонт, свързан с преустройство на лечебното заведение; информационни технологии и системи; финансово оздравяване на обявените в несъстоятелност лечебни заведения за болнична помощ; лечебни заведения за болнична помощ; търговски дружества с държавно и общинско участие за осъществявана по договори с държавата и общините дейност. С оглед на последната хипотеза, държавните и общинските болници, които

примерно биха имали договори с хосписи, в които да се извършва долекуването на пациентите, не могат да пренасочат средства от целевите субсидии, тъй като те са ограничени да го правят само за изпълнение на дейности по договори с държавата или общините.

Според Закона за държавния бюджет 2003 г. всички лечебни заведения за болнична помощ, които са били субсидирани от бюджета на Министерството на здравеопазването и общините до 31 декември 2002 г., се субсидират от съответните бюджети и през 2003 г. въз основа на договор. Също така финансирането чрез субсидии на дейности, свързани с инвестиционните разходи, може да се извършва съобразно държавното или общинското участие в капитала на лечебните заведения. Финансирането по този ред се подчинява на горепосочените ограничения.

Директни плащания

В случаите, когато медицинските услуги не се оказват по договор с Националната здравноосигурителна каса, лечебните заведения предоставят медицински услуги срещу формирана цена. Т. нар. „кешови“ плащания се определят индивидуално от лечебното заведение, като няма законовоустановени правила за тях. Тяхното определяне е свободно и се влияе на пазарен принцип – в зависимост от предлагането или търсенето. С оглед на отчитането на тези директни плащания, хосписът трябва да води съответното счетоводство. Все пак има ограничение относно определянето стойността на оказаните медицински услуги, като е поставено изискване, че в тях не може да се включват разходите за обучение на студенти, специализанти и докторанти, за продължителна квалификация и научни изследвания. Тези разходи са обект на допълнително уговаряне между евентуалния възложител и лечебното заведение.

При директните разходи възниква и следният проблем: ниските доходи в страната като цяло затрудняват акумулирането на средства по този ред за хосписите в България. Практиката показва, че така набраните средства са крайно незадоволителни и дори не могат да стигнат за покриване на минимално необходимите разходи за съществуването на лечебното заведение, без да се включва в това число закупуване на нужната апаратура, необходимият сграден фонд, задоволяване нуждите персонала, който е изключително натоварен в работата с терминално болните.

Донорски програми

Съществуват множество европейски програми за финансиране на дейности в здравеопазването. Известни са и редица благотворителни организации, които предоставят грантове именно на хосписи или най-общо на заведения с дейност в областта на палиативните грижи. Тъй като към настоящия момент хосписите в България според правно-организационната си форма могат да бъдат или търговски дружества по ТЗ, или кооперации, потенциалните спонсори често се възпират от финансиране с аргумент, че тяхната политика е предоставянето на средства на нестопански организации, а не на търговски субекти, каквито са несъмнено търговските дружества и кооперациите. Често „хосписите“, за да ползват дарения, са принудени да се регистрират като Юридически лица с нестопанска цел, с предмет на дейност в областта на палиативните грижи. Това обаче не са лечебни заведения хосписи по смисъла на ЗЛЗ и не би следвало да могат да предоставят здравни услуги. Практиката показва, че е налице пълно смесване и препокриване на доставчиците на такъв род услуги, като не е ясно регламентиран техният статут и контрол върху дейността им. Това също от своя страна допълнително възпира донорите от финансиране.

Данъчно облагане на хосписите

Както бе изяснено в преходните параграфи, хосписите като вид лечебни заведения според действащото българско законодателство, се учредяват като търговски дружества и кооперации. Следователно те подлежат на данъчно облагане по реда за търговските дружества и кооперациите. Те са данъчно задължени лица по смисъла на Закона за корпоративното подоходно облагане (ЗКПО) и формират данъчната си основа (облагаемата печалба) по реда на глава втора от същия закон.

Формиране на облагаемата печалба

Облагаемата печалба се определя в зависимост от разликата между акумулираните приходи и направените разходи на лечебното заведение. Финансовият резултат подлежи на данъчно преобразуване по реда на чл. 23, ал. 2 от ЗКПО (увеличаване) и чл. 23, ал. 3 от ЗКПО (намаляване). След извършване на посочените корекции се формира облагаемата печалба на лечебното заведение – хоспис. Тя подлежи на годишно данъчно облагане с корпоративен данък в размер на 23,5%.

Получаването на целеви субсидии от държавните и общинските лечебни заведения не променя начина на данъчното им облагане по ЗКПО и те няма да се третират като бюджетни организации. В ЗЛЗ, като организации на бюджетна издръжка за

специфичните си функции, са регламентирани единствено лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 и само за тях режимът на облагане ще бъде различен.

Авансово облагане

Хосписите подлежат на авансово облагане, като платените през годината авансови вноски се приспадат от годишното данъчно задължение. Авансови вноски се правят по два начина:

- **месечни авансови вноски, когато облагаемата печалба е положителна величина.** Вноските се дължат до 15-о число на текущия месец.
- **тримесечни авансови вноски, когато облагаемата печалба през предходната година е отрицателна величина или лечебните заведения са новообразувани през текущата година.** Вноските се дължат до 15-о число на месеца, следващ тримесечието, като за четвъртото тримесечие вноски не се дължи.

Годишни данъчни декларации се подават от данъчно задълженото лице или от упълномощено от него лице до 31 март на следващата календарна година. С годишните данъчни декларации се определят дължимите годишни корпоративни данъци.

Данъци по ЗКПО, удържани при източника

Лечебните заведения учредени като търговски дружества и кооперации, след като подлежат на облагане по реда на ЗКПО, се облагат и с няколко данъка, удържани при източника. Тези данъци са следните:

- **Данък върху разходите за тържества, представителни и развлекателни цели, както и за подаръци, които не носят търговска марка или търговско наименование (чл. 35 от ЗКПО);** данъкът е в размер на 20 %;
- **Данък върху разходите за дарения и спонсорство, отчетени като разходи (чл. 35 от ЗКПО);** данъкът е в размер на 20 %;
- **Данък върху социалните разходи, направени от работодателите (чл. 36, ал. 1);** данъкът е в размер на 20 %;
- **Данък върху разходите за вноски (премии) за доброволно пенсионно и здравно осигуряване и доброволно осигуряване за безработица и/или застраховка „Живот“ и застраховка „Живот“, ако е свързана с инвестиционен фонд, отчетени от предприятията и търговските представителства, независимо дали извършват стопанска дейност, превишаващи 40 лв. месечно за всяко осигурено лице (чл. 36, ал. 4 от ЗКПО);** данъкът е в размер на 20 %;

- Данък върху разходите за поддръжка, ремонт и експлоатация на леки автомобили, когато с тях не се осъществява дейност по занятие (чл. 36, ал. 2 от ЗКПО); данъкът е в размер на 20 %;
- Данък върху дивидентите и ликвидационните дялове в полза на местни физически и юридически лица, които не са търговци, и на чуждестранни лица (чл. 34, ал. 1 от ЗКПО); данъкът е в размер на 15 %;
- Данък за начислените доходи, изброени в чл. 12, ал. 2, 3 и 5 от ЗКПО в полза на чуждестранни лица (чл. 34, ал. 4 от ЗКПО); данъкът е в размер на 15 %.

Всичките тези данъци са окончателни. Внасят се до 15-о число на месеца, следващ месеца на начисляването им. Отчитат се като разходи за дейността на лечебното заведение.

Данък върху добавената стойност

В Закона за данък върху добавената стойност (ЗДДС) е определен обхватът на здравните услуги, освободени от облагане с данък върху добавената стойност. Съгласно чл. 40, ал. 1 от ЗДДС освободени доставки са здравните услуги, оказвани от здравни заведения по Закона за народното здраве (ЗНЗ) и от лечебни заведения по ЗЛЗ. Здравни услуги са и всички услуги, оказвани в домовете за стари хора или за лица с физически и психически увреждания, финансирани от държавния или общинския бюджет или от друг специализиран или регионален фонд (чл. 40, ал. 2 от ЗДДС). В тези случаи не се начислява данък върху добавената стойност. Освободените доставки не участват във формирането на облагаемия оборот и следователно дори акумулираните чрез тях приходи да преминат прага за задължителна регистрация от 50 хиляди лева, такава регистрация не е необходима.

Лечебните заведения са освободени от облагане само за предлаганите от тях здравни услуги – дейностите, извършвани по занятие. Предоставянето под наем на активи не е дейност по занятие, поради което попада в кръга на облагаемите доставки. ЗДДС също изключва от обхвата на здравните услуги като освободени доставки козметичните услуги и масажите. За тях следва да се начислява ДДС.

Данъчно облекчение представлява разпоредбата на чл. 59, т. 6 от ЗДДС. Според нея не се дължи данък при внос от лечебни заведения на безвъзмездни помощи с изключение при внос на акцизни стоки.

Освободени от начисляване на ДДС са и даренията в полза на лечебни и здравни заведения, но които са на бюджетна издръжка (чл. 49, ал. 1, т. 1 от ЗДДС). Даренията, направени в полза на всички останали лечебни заведения, подлежат на облагане с ДДС.

Закон за местните данъци и такси

• Данък сгради

Лечебните заведения дължат данък за недвижимите си имоти според Закона за местните данъци и такси (ЗМДТ). В двумесечен срок от придобиването на недвижим имот лечебните заведения са длъжни да подадат декларация пред данъчната администрация по местонахождението на имота. Данъкът се внася от лечебното заведение в бюджета на общината, където се намира имотът, на четири равни вноски в определени срокове.

• Данък при придобиване на имущества по дарение и по възмезден начин

При дарение в полза на лечебни заведения данъкът е в размер на 5 % върху оценката на прехвърленото имущество. При придобиване на имущество по възмезден начин хосписите дължат данък в размер 2 % върху оценката на прехвърляното имущество, а при замяна – върху оценката на имуществото с по-висока стойност (чл. 47, ал. 2 от ЗМДТ). Данъкът се заплаща от получателя на имуществото, а при замяна – от лицето, което придобива имуществото с по-висока стойност, освен ако е уговорено друго. В случай, когато е уговорено, че данъкът се дължи от двете страни, те отговарят солидарно.

При облагането с данък за дарението данъчната декларация се подава в едномесечен срок от получаването на имуществото. В случаите, когато недвижим имот, ограничени вещни права върху недвижим имот и моторни превозни средства се даряват или прехвърлят възмездно, декларацията се подава предварително. Самият данък също се заплаща предварително.

ЗМДТ предвижда облекчение за освобождаване с данък единствено за придобиване имущество (чрез дарения и възмездно) от **здравни** заведения на бюджетна издръжка (чл. 48, ал. 1 от ЗМДТ). Ако тълкуваме стриктно разделянето на здравните заведения по ЗНЗ и лечебните заведения по ЗЛЗ следва, че за всички лечебни заведения, включително и тези на бюджетна издръжка, облекчение не е предвидено.

• Данък върху превозните средства

Лечебните заведения дължат и данък върху притежаваните от тях превозни средства по реда на глава трета от ЗМДТ. Освободени от данък са единствено линейките (чл. 58, ал. 1, т. 1 от ЗМДТ).

Данъчни облекчения за дарителите на хосписите

• Закон за корпоративно подоходно облагане

Дарителите търговски дружества и еднолични търговци (подлежащи на облагане по реда на Закона за корпоративно подоходно облагане (ЗКПО) за предоставените дарения на хосписи, могат да отчетат дарението си по два начина.

Дарителят търговец на лечебно заведение може да отчете **дарението си като разход**. В този случай следва облагане с данък при източника по чл. 35 и това облагане е окончателно. С последните изменения ставката на този данък е 20%.

Дарителят може да избере и друг подход. С дарението може да се намали положителния финансов резултат до 10 % преди данъчното преобразуване. Дарението ще бъде счетоводно отразено, а облекчението по реда на чл. 23, ал. 3, т. 1 от ЗКПО на практика ще бъде приспаданото в края на годината при подаването на годишната декларация във връзка с плащането на корпоративния данък по закона.

При извършване на дарение, за което се ползва предвиденото в чл. 23, ал. 3, т. 1 от ЗКПО данъчно облекчение, трябва да са спазени и следните условия:

1. с даренията не се облагодетелстват ръководителите, които ги отпускат, или тези, които се разпореждат с тях (чл. 23, ал. 4).

2. трябва да е налице договор или други доказателства, удостоверяващи, че предметът на дарението е получен (чл. 23, ал. 6).

Когато дарението е в непарична форма, неговият размер се определя по балансовата стойност на предмета на дарението или спонсорството (чл. 23, ал. 5).

• Закон за облагане доходите на физическите лица

Законът за облагане доходите на физическите лица (ЗОДФЛ) предвижда облекчение за дарителите физически лица, получаващи доходи по извънтрудови правоотношения и от наеми. Съгласно последните изменения облекчение се предвиди и за физическите лица, реализирали доходи от трудови и приравнени на тях правоотношения. Даренията следва да бъдат направени на лечебни заведения, което включва всички лечебни заведения по смисъла на ЗЛЗ. Облекчението е в размер до 10% от данъчната основа.

III. ПРАВЕН РЕЖИМ НА ХОСПИСИТЕ В СТРАНИТЕ ЧЛЕНКИ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ И В НЯКОИ ПРИСЪЕДИНЯВАЩИ СЕ ДЪРЖАВИ

Доколкото в общностното право липсва уредба на статута на хосписите, анализът е проведен в рамките на вътрешното законодателство на някои страни членки на Европейския съюз. Изхождайки от практиката, че хосписите са едни от основните доставчици на палиативни грижи, анализът разглежда съдържанието и особеностите на палиативните грижи в изследваните държави в контекста на съдържанието, което Световната здравна организация влага в това понятие.

Предмет на анализа е вътрешното законодателство на осем страни членки на Европейския съюз: *Англия, Германия, Италия, Полша, Унгария, Холандия, Франция и Шотландия*. Анализирани са нормативните актове относно създаването, функционирането, финансирането и данъчното облагане на хосписите, които упражняват дейност предимно като нестопански организации.

Правна уредба

Правният режим на създаването, функционирането, финансирането, данъчното облагане на хосписите е уредено в различни по степен нормативни актове. Така например в *Германия* правният режим на хосписите е уреден в Дял V на Социалния кодекс. Прави впечатление, че с приемането на новата част от Кодекса за общественото здраве във *Франция*, хосписите не фигурират сред останалите видове лечебни заведения, но могат да бъдат разглеждани като медикосоциални заведения по смисъла на Кодекса за социалната дейност и семействата. Друг законодателен подход е възприет в *Англия, Шотландия* и *Холандия*, където уредбата се открива в отделни разпоредби, съдържащи се в различни закони. Смесен е подходът в *Италия, Полша, Унгария*, където материята е регулирана в законови и подзаконови нормативни актове.

Понятие

В почти всички от разгледаните държави няма легална дефиниция за хоспис. Изключение прави *Полша*, където в Закона за лечебните заведения се предвижда, че хосписът е „лечебно заведение, в което се предоставят здравни грижи на терминално болни пациенти“.

Учредяване и правноорганизационна форма

© Български център за нестопанска право; Програмен и аналитичен център за европейско право. Всички права запазени

Практиката показва, че в повечето от изброените страни хосписите упражняват своята дейност като нестопански организации.

В *Англия*, *Полша*, *Унгария* и *Шотландия* съществува изрично предвидена законова възможност хосписите да бъдат учредявани като нестопански организации. Както в *Англия*, така и в *Шотландия* хосписите могат да бъдат разделени на две основни групи - хосписи, които са независими благотворителни организации и хосписи, които се създават като държавни към Националната здравна служба и се занимават с предоставяне на грижи предимно на лица болни от рак. За хосписите, които съществуват като независими благотворителни организации се прилага общия режим за благотворителните институции. Те се регистрират в Комисията за благотворителните организации, а за да могат да предоставят палиативни грижи като хосписи, е необходимо да се регистрират в Националната здравна комисия като независими здравни институции.

В *Полша* хосписите се регистрират като лечебни заведения и могат да се създават от правителството, общините, религиозните сдружения, застрахователни или търговски дружества, юридически лица с нестопанска цел или чуждестранни институции. Анализът на дейността на юридическите лица с нестопанска цел в *Унгария* за 2002 показва, че 10 % от тях функционират като хосписи, предоставящи палиативни грижи на терминално болни пациенти.

В законодателството на *Германия* и *Италия* не съществува изрична забрана за учредяване на хосписи като нестопански организации. Подобна забрана също не съществува в холандско законодателство. В *Холандия* хосписите също се създават предимно като юридически лица с нестопанска цел. Те основно са два вида – независими хосписи, в които работят екип от специалисти и хосписи, в които работят доброволци. Необходимо условие за предоставяне на палиативни грижи от тяхна страна е задължителната им регистрация в Регионалната статистическа организация.

Финансиране

Финансирането на хосписите се осъществява от частни лица, държавни институции или имат смесено финансиране, което преобладава в държавите, обект на анализа.

Така например в *Англия* и *Шотландия* хосписите, които се създават към държавната Национална здравна служба, получават финансирането си от нея. Хосписите, които са независими благотворителни организации се финансират от благотворителна дейност,

получават само част от средствата си от правителството и местните власти, като в тях работят предимно доброволци.

Финансирането на хосписите в *Холандия* се осигурява от националното здравно осигуряване по схемата на допълнителното осигуряване за извънредни медицински разходи, дарения, спонсорство и бюджета на местните власти. Финансирането на *полските* хосписи се осъществява от местния бюджет на базата на сключен договор със съответните общини. Хосписите, които нямат договор с местните власти се финансират от фондация „Каритас“.

В *Германия* финансирането се осигурява по три начина – от държавата, от здравното осигуряване и чрез лични средства на хосписа (най-вече от дарения).

В *Унгария* средства за хосписи се отделят предимно от националния осигурителен фонд, като част от тях постъпват и под формата на дарения от физически и юридически лица.

За финансирането в *Италия* и *Франция* се отделят средства, включени в отделните бюджети на местните власти.

Данъчен режим

Поради направения извод, че в преобладаващия брой държави хосписите съществуват и упражняват своята дейност като нестопански организации, анализът разглежда най-общо данъчния режим на нестопанските организации. Изрична правна уредба бе открита в *Англия, Германия, Полша, Унгария, Холандия*.

Хосписите, които съществуват като независими благотворителни организации в *Англия*, не дължат данъци за получени грантове, дарения или други подобни източници на доходи. Приходите от стопанска дейност за целите на благотворителната организация са освободени от корпоративни данъци. Това не се отнася за ДДС, който се дължи. Благотворителните организации са освободени и от плащане на данъци върху доходите от инвестиции. Относно данъците върху недвижимите имоти, благотворителните организации ползват 80 % намаление на данъка. Местните власти могат да опростят и останалите 20 % от дължимия данък.

Законът за корпоративния данък в *Германия* дава възможност всички търговски дружества, асоциации или благотворителни организации да не плащат корпоративен данък, когато са създадени и функционират в обществен интерес, с благотворителна цел или в полза на църквата. Това се отнася само в случаите, когато приходите от стопанската дейност се използват за постигане на тези цели. Законът за корпоративния

данък и Законът за данъка върху оборота позволяват намаляване на облагаемата основа с размера на сумите, дарени в полза на организации в обществена полза, когато те са в размер до 5 % от облагаемата основа. Юридическите лица с нестопанска цел се регистрират по Закона за данъка върху добавената стойност при реализирани приходи от стопанска дейност за съответната година, когато те надвишават 30 000 €.

В *Полша* нестопански организации, чиято дейност е свързана с осъществяване на социална дейност и дейност в областта на здравеопазването, могат да поискат освобождаване от плащане на подоходен данък или данък печалба. Юридическите лица в *Полша*, в това число и нестопанските организации, не се облагат с данък върху направени дарения и получени наследства в тяхна полза. По отношение на облагането на дарения направени от физически или юридически лица, те могат да приспадат до 15 % от данъчната основа за дарения, направени в полза на нестопански организации, чиято дейност е свързана със здравеопазване и предоставяне на социални грижи. Доколкото полският законодател не е предвидил определени лица или организации, които да са освободени от плащането на ДДС, нестопанските организации дължат такъв данък. Нормалната ставка е 22 %. Освободени са само някои стоки и услуги, включително и услуги в областта на здравеопазването и социалната дейност, които е възможно да бъдат предоставяни от нестопански организации.

В *Унгария* юридически лица, направили дарения в полза на нестопански организации в обществена полза, могат да приспадат дарението в размер до 20 % от приходите преди облагане. Физическо лице, направило дарение в полза на нестопанска организация в обществена полза, може да получи данъчен кредит в размер на 30 % от дарението. По отношение на данъка върху добавената стойност, всички организации, които осъществяват стопанска дейност подлежат на облагане с ДДС. Нормалната ставка е 25 %. Освободени от ДДС са само продажбите на определени стоки и предоставянето на определени услуги, включително в сферата на здравеопазването и социалните грижи. Нулева ставка се прилага по отношение на медикаментите.

Данъчни облекчения за дарителите на юридическите лица с нестопанска цел е предвидил и *холандският законодател*. По отношение на облагането с ДДС, нестопанските и корпоративните организации дължат такъв данък, доколкото осъществяват стопанска дейност. Освободени от ДДС са доставките и услугите, изброени в ЗДДС, които включват болничната и медицинска помощ и предоставяне на социални услуги.

Изводи

В резултат на направения анализ на действащото законодателство и практика в някои държави членки на ЕС относно уредбата на статута на хосписите, могат да се направят следните изводи:

- **В общностното право липсва уредба както на статута, така и на понятието хоспис;**
- **Правната уредба на статута на хосписите в изследваните държави се съдържа в различни по степен нормативни актове;**
- **Във вътрешното законодателство на държавите, които са обект на анализа, липсва легална дефиниция на понятието хоспис⁵;**
- **В европейските страни палиативните грижи се осъществяват от хосписи, а болниците извършват само активно лечение;**
- **В някои от разгледаните държави не се откри изрична правна регламентация относно правноорганизационната форма на хосписите. Практиката сочи, че те упражняват своята дейност като нестопански организации. Изрична правна уредба съществува в *Англия, Полша, Унгария и Шотландия*;**
- **Финансирането на хосписите се осъществява от частни лица, държавни институции или смесен тип финансиране;**
- **Европейската практика показва, че в хосписите работят специалисти на доброволчески начала, което влияе върху цените на предлаганите медицински услуги;**
- **Относно данъчния режим на хосписите се прилагат общите правила за данъчно облагане на нестопанските организации в разгледаните държави.**

IV. ДАННИ ЗА СТРАНИТЕ ЧЛЕНКИ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

АНГЛИЯ

Медицинско обслужване

Медицинското обслужване във Великобритания може условно да се раздели на три основни сектора – държавно медицинско обслужване, частна медицинска помощ и други видове медицинска помощ.

• Държавно медицинско обслужване

Постъпленията в Националната здравна каса на Великобритания са предимно от данъци. Тя има задължение да осигурява здравното обслужване на всички здравноосигурени граждани на Великобритания.

• Частна медицинска помощ

Частният сектор в здравеопазването, заемащ около 25,3 % от здравното обслужване, представлява комбинация заведения, които са ориентирани или към осъществяване на стопанска дейност, или са ориентирани предимно към благотворителна дейност. Този сектор може да включва първична медицинска помощ, спешна, психиатрична, продължителна медицинска помощ, както и частно медицинско осигуряване.

• Други видове медицинска помощ

В тази последна група се включват лечебни заведения, които предоставят палиативни грижи, а дейността им се подпомага предимно от доброволци и благотворителни организации. От своя страна лечебните заведенията, които предоставят палиативни грижи, работят активно все повече в партньорство с Държавното медицинско обслужване.

Заведенията, предоставящи палиативни грижи представляват само около 0,5 % от всички лечебни заведения във Великобритания. Палиативните грижи се предоставят на пациенти с неизлечими и прогресиращи заболявания на места като:

- хосписи;
- дневни центрове;
- по домовете на пациентите.

Палиативни грижи

Нормативната уредба във Великобритания ползва дефиницията на понятието палиативна грижа, дадено от Световната здравна организация. Палиативните грижи

целят да подобрят цялостно качеството на живот на терминално болни пациенти и техните семейства посредством лечение на болката и други физически, психически и духовни проблеми.

Палиативните грижи се състоят в:

- **облекчаване на болката и други негативни симптоми;**
- **разглеждане на смъртта като нормален процес, който е част от живота;**
- **да не се ускорява, нито да се отлага смъртта;**
- **концентрира се върху психологическите и духовните аспекти на смъртта;**
- **осигурява подкрепа на семейството по време на болестта на пациента;**
- **повишава качеството на живот, което може да повлияе положително и процеса на болестта;**
- **приложими в курса на болестта са такива терапии, които могат да удължат живота на пациента, като химиотерапия, лъчетерапия и др.**

Понятие за хоспис

В сега действащото законодателство на Великобритания няма легална дефиниция на понятието *хоспис*. Националната хоспис служба използва преимуществено понятието „палиативна грижа“, а не „грижа, предоставяна в хосписи“. Към настоящия момент 80 % от хосписите са независими благотворителни организации, чиито статут се урежда от *Закона за благотворителните организации*. Останалите 20 % са държавни, финансирани от Националната служба за здравеопазване.

В хосписите се предоставят грижи за личността на човека във всичките ѝ аспекти: физически, емоционален, социален и духовен. В тях се предоставя грижа не само за терминално болни пациенти, но и за семействата им – в дома на болния и в самите хосписи. Във Великобритания статистиката показва, че половината от пациентите след престоя си в хосписите се връщат по домовете си. Средната продължителност на престоя е 13 дни и е безплатен.

Предоставяне на домашни грижи по домовете

Във Великобритания съществуват над 90 служби, които предоставят домашни грижи по домовете на терминално болни пациенти. Много хосписи имат добра практика в това отношение. В *Закона за Националната здравна комисия* не е изяснен статутът на службите, които предоставят грижи по домовете, като поради тази причина проверки от страна на Комисията почти не се осъществяват.

Регистрация и прекратяване на хосписите

Във Великобритания хосписите могат да бъдат разделени на две основни групи:

- **хосписи, които са независими благотворителни организации и които получават само част от финансирането си от правителството и от местните власти;**
- **хосписи, които се създава към Националната здравна служба, получават финансиране от нея и се занимават основно с лица, болни от рак.**

За хосписите, които съществуват като независими благотворителни организации се прилага общият режим за благотворителните институции. Те се регистрират в Комисията за благотворителните организации. От друга страна, за да могат да предоставят палиативни грижи като хосписи, е необходимо да се регистрират от Националната здравна комисия като независими здравни институции. В тези случаи те подлежат на задължителни годишни проверки за спазването на установените от Комисията стандарти. Националната здравна комисия от своя страна е обект на проверки от Държавната комисия за подобряване на здравето обслужване.

Според решение на Камарата на лордовете, съществуват четири категории благотворителни организации според целта, която са си поставили:

- **намаляване на бедността;**
- **развитие на образованието;**
- **популяризиране на религията;**
- **други цели в обществена полза, например повишаване на заетостта.**

Не могат да бъдат благотворителни организации:

- **организациите или фондовете, учредени в полза на определени лица;**
- **организации, учредени с политическа цел;**
- **клубове, които имат членска маса, включително спортни клубове и такива клубове, чиято цел е ползата на техните членове повече, отколкото обществената полза.**

Финансиране на хосписите

Хосписите за възрастни получават от държавни субсидии едва 28% от общия им бюджет, а хосписите за деца – едва 4%. Хосписите плащат данъци за служителите си и за търговската дейност, която осъществяват, като например печалбите от магазините, чиито приходи от продажби се използват за благотворителни цели.

Служителите, работещи в хосписите, подпомагани от благотворителни организации, се намират в трудово правоотношение с финансираната от държавата Национална здравна

служба. Националната здравна служба също така поема разходите за линейки, лекарства и др. Държавата периодично увеличава тези субсидии и започва нови проекти за финансирането на здравни заведения за деца.

Данъчно облагане на хосписите, които съществуват като юридически лица с нестопанска цел

Хосписите, които съществуват като независими благотворителни организации ползват данъчни облекчения за по-голямата част от преките данъци. Те не дължат данъци за получени грантове, дарения или други такива източници на доходи. Това се отнася за дарения, получени както от физически, така и от юридически лица, включително и от чуждестранни източници.

Приходите от стопанска дейност, насочена към реализиране целите на благотворителната организация, са освободени от данъци. Това не се отнася за ДДС, което се дължи във всички случаи. Благотворителните организации са освободени и от плащане на данъци върху доходите от инвестиции.

За облагане на приходите на хосписите може да се говори само доколкото те осъществяват стопанска дейност, като например в случаите, когато хосписите притежават магазини. Ако приходите от тази дейност за съответната година са по – големи от 55 000 J, подлежат на облагане с данък добавена стойност в размер на 17,5 %. Платеният данък може да се възстановява. Грантове в полза на благотворителни организации, включително и такива от чуждестранни лица, не подлежат на облагане с ДДС. Хосписите не плащат ДДС и за медицинското оборудване, което използват.

Относно данъците върху недвижимите имоти, благотворителните организации ползват 80 % намаление на данъка. Местните власти могат да опростят и останалите 20 % от дължимия данък.

ГЕРМАНИЯ

Палиативна медицина

В немската медицинска и правна литература понятието „палиативна медицина“ се дефинира като „активна помощ и лечение на болни, чиито страдания не могат да бъдат облекчени със средствата на класическата медицина“. От решаващо значение за тях е да бъдат контролирани болките им, както и симптомите, свързани с психически и социални проблеми. Целта на палиативното лечение е да се осигури на пациентите и

техните семейства възможно най-добрия начин на живот, доколкото съответното заболяване позволява това.“⁶ Съгласно Дял V, § 39 от Социалния кодекс на Германия палиативните заведения се изграждат към болниците.

Заведения за палиативни грижи

Понятието „заведение за палиативни грижи“ е родово и включва всички места, в които се оказват грижи за неизлечимо болни. То включва:

- стационарни заведения за палиативни грижи и хосписи;
- полустационарно лечение (дневни палиативни центрове или дневни хосписи);
- грижи по домовете.

• Стационарни хосписи

В стационарните хосписи се осигурят последните възможни медицински услуги на умиращите пациенти, когато всички възможности за борба с болестта са вече изчерпани (легална дефиниция от § 39a, изр. 4 от Социалния кодекс). В случая става въпрос за относително малки стационари, обикновено с не повече от 16 легла, предназначени за особено тежки случаи и умиращи пациенти. Изрично **се изключва възможността стационарният хоспис да бъде част от болничното заведение** (това е и разликата с останалите палиативни заведения, които се изграждат към болниците). Извън тази формална разлика (палиативни стационари при болниците и хосписи – извън структурата на болничните заведения), дейността е една и съща: грижи за неизлечимо болни и умиращи пациенти, с акцент върху оказване на психологическа подкрепа.

• Хоспис-стаи

Междинно звено между така описаните палиативни стационари и болничните заведения представлява възможността за изграждане на т. нар. „хоспис-стаи“ към обикновените болници. Основна предпоставка за работа в „хоспис-стаите“ са познанията в областта на палиативната медицина, а за ръководител задължително се определя лекар. Част от персонала се състои от доброволци. Важно е и участието на домашния лекар, чиято роля – за разлика от болничните заведения – не се изчерпва до хоспитализирането на болния. Работата в „хоспис-стаите“ на доброволни начала до голяма степен решава проблемите с финансирането, тъй като доброволците не получават възнаграждение за работата си. По този начин съответното заведение може да си позволи привличане на повече доброволци, което позволява използването на тази форма и при по-малките здравни заведения. За приемането на пациента в стационарния хоспис

е необходимо направление от домашен лекар или лекар от болнично заведение. Първоначално престоят се определя за четири седмици, при възможност да бъде продължаван.

• Полустационарно (амбулаторно) лечение

Става дума за „дневни палиативни центрове“ или „дневни хосписи“. Тази форма дава възможност на близките на болния да се освободят веднъж или няколко пъти седмично от физическото и психическо натоварване, свързано с полаганите грижи. Не винаги стационарната форма на палиативно лечение е наложителна или желана. Решение на този проблем дава амбулаторното лечение (лечение на приходящи болни с възможност за посещения по домовете). Тази форма се определя като субсидирана, защото намира приложение дотолкова, доколкото болният не може или не иска да бъде настанен в палиативен стационар или хоспис и не се налага да бъде поставен под непрекъснато специализирано наблюдение в дома си. Най-често функциите на амбулаториите се свеждат до изкуствено хранене и контрол над болката.

• Грижи по домовете

Целта, която се открива и при амбулаторната форма на палиативните грижи, е най-ясно изразена именно при т. нар. „мобилно лечение“ или грижите за болния в дома му, за да се осигури на умиращия възможност да прекара последните си дни в дома си. Задачата на палиативните и хоспис-екипите е да направят това възможно и поносимо както за болния, така и за членовете на неговото семейство.

Развитието на тази последна форма на палиативно лечение познава различни модели. Първият от тях е на т. нар. „лекарски консултации“ и се осъществява от домашния лекар. Положителното при него е, че се крепи на доверието на пациента към лекаря, с когото е свикнал и познава добре. В резултат на работата на специализираната в тази насока *Организация на домашните лекари в Берлин (PKD)*, голям процент от раково болните имат възможността да починат в домовете си, а не в болница.

Друг е принципът, заложен в берлинския *Home-Care-Project*. При него домашните посещения на раково болни пациенти в напреднал стадий на болестта се осъществяват от лекар – специалист по палиативна медицина. Този модел позволява тясна специализация на медицинските кадри и осигурява по-високо качество на полаганите грижи, но не държи в достатъчна степен сметка за връзката лекар – пациент.

Понятие за хоспис

Единствените законови текстове, отнасящи се до хосписите, които се срещат в немското законодателство, са тези от *Дял V на Социалния кодекс*, където се въвеждат три основни правила:

- **здравната каса подпомага (участва във финансирането) амбулаторни хосписи, чиято дейност е насочена към пациенти, за които хоспитализирането е ненужно.** Идеята е те да прекарат последните си дни в домовете си. Тук е и функцията на хосписите: полагат грижи за умирация. Предпоставка за отпускане на средства от здравната каса е и амбулаторният хоспис да работи с квалифицирани в областта на палиативната медицина лекари и помощен персонал;
- **отпускат се средства за повишаване на професионалната квалификация на работещите в хосписите;**
- **изработена в закона схема за увеличаване на средствата, предназначени за палиативна медицина до 2007 г.**

Зараждането на идеята за т. нар. „*хосписи*“ е резултат от дейността на доброволчески отряди за помощ и подкрепа на болни в последните им дни. Тази идея достига до институционализираната си форма в Германия в началото на 80-те години на XX в. През 1983 г. в Кьолн е открито първото заведение за палиативни грижи. През 1991 г. са поставени основите на *Немската организация за помощ на болни от ракови заболявания*.

Друг подобен пример представлява хосписът „*Св. Франциск*“ в Реклингхаузен. Той се поддържа от специално създаден за това съюз и разполага с осем места за стационарно лечение. Необходимите лекарски грижи се осигуряват от разположената в съседство болница „*Елизабет*“, с която хосписът осъществява тясно сътрудничество.

Най-общо хосписите имат за задача да осигурят на неизлечимо болните пациенти необходимото и възможно болнично обслужване и да изпишат лицето, за да прекара последните си дни дома си. Законодателят възлага субсидирано тази функция и на стационарните хосписи, когато съответният палиативен стационар не може да я поеме.

Създаване на хосписите

Доколкото изграждането на хосписи не подлежи на предварително планиране, в уредбата им в провинциите се наблюдават значителни различия. В новия § 39a на *Социалния кодекс* законодателят предвижда създаването на рамкови споразумения за пакета от медицински манипулации, извършвани в стационарните хосписи, между

държавното здравно осигуряване от една страна и сдруженията на хосписите – от друга. Споразуменията обаче не са изчерпателни.

Сред основните институционални проблеми на палиативните и хоспис-грижи, 75-ата Конференция на министрите на здравеопазването на германските провинции през 2002 г. отчита правния статут на ангажираните с дейността организации. Федералната работна група „Хоспис“ и многобройните организации в провинциите са *нестопански организации*. Към доклада е приложена статистика с актуалното положение във Великобритания, Италия, Австрия и Швейцария, където съответните организации имат по-големи компетенции, а някои са със статут на държавни органи⁷. Като резултат е отчетена липсата на аналогични структури в Германия. До момента Федералното правителство е реализирало един по-значителен съвместен проект с „*Роберт Кох – институт*“, но и при него целта не е била постигането на координация между многобройните организации, функциониращи в страната.

Липсата на унифицирана уредба на организациите на палиативните заведения и хосписите в Германия, налага краткото представяне на някои от тях с илюстративна цел.

Службата за хоспис-грижи по домовете към Съюза „Хоспис-Йена“ с подкрепата на Министерството на здравеопазването реализира проект за създаване на *Комуникационен център „Хоспис“*. Инициативата е насочена към пациенти с ракови заболявания в напреднал стадий и има за цел да подпомогне пациентите и техните близки. Предвижда се създаването на дискуссионен форум с участието на болните, техните близки и лекари; провеждане на палиативни консултации и оказване на психологическа подкрепа на нуждаещите се; сформирание на денонощни екипи от лекари и доброволци и др.;

Германската „Хоспис-фондация“ е благотворителна организация, създадена в обществен интерес. Нейната основна цел е защитата на правата на пациентите. Тя финансира амбулаторни и стационарни хосписи (в т.ч. амбулаторни хоспис-служби; дневни хосписи, стационарни хосписи; палиативни стационари; проекти, насочени към подпомагане и развитие на грижите за тежко болни и умиращи пациенти.) Фондацията може да поеме финансирането на координационна дейност в размер до 1500 € годишно, разходи за персонал, за придобиване и повишаване на квалификация, за научни изследвания. Критериите за финансиране включват:

- финансиране на не повече от един проект за съответното заведение годишно;
- финансирането е субсидирано, доколкото приоритет имат другите възможности за набиране на средства. То е недопустимо, ако разходите могат да бъдат покрити от

държавния бюджет, провинциите, общините, социалните фондове на ЕС, здравните каси и др.;

- финансирането не е пълно – съответното заведение/проект трябва да участва и със собствени средства. За възможностите на финансираните лица да осигурят своята част от необходимата сума следва да са налице надлежни гаранции;
- отпуснатите от фондацията средства могат да бъдат разходвани само съгласно финансирувания проект. В противен случай те подлежат на връщане и др.

Решения за финансиране се вземат два пъти годишно. Проектите, кандидатстващи за финансиране за първото полугодие, трябва да бъдат представени до 1 януари на съответната година. Постъпилите до 1 юли проекти могат да бъдат финансирани за второто полугодие.

Финансиране на палиативните заведения и хосписи

• Общи положения

Като основен организационен проблем за разглежданата дейност, в теорията се изтъква липсата на централизирана компетентност при ръководството и финансирането на палиативните заведения и хосписите. С паралелни компетенции разполагат осигурителните органи, административните единици, самите хосписи. В редица случаи се стига до финансиране на проекти, чиито цели са несъгласувани, а понякога и противоречиви. Липсата на координация при финансирането довежда до отстъпление и от основните принципи на палиативната медицина – напр. зачитане на волята на болния да умре в дома си. Практиката показва, че много от домашните лекари хоспитализират пациентите и в този случай, за да поемат лечебните заведения съответните разходи.

Пълно финансиране на дейността на палиативни заведения и хосписи от бюджета на държавното здравно осигуряване или други фондове на държавния бюджет, или бюджета на провинциите за момента не се предвижда. Финансирането се осигурява по три начина:

- по реда на дял XI от Социалния кодекс (целени средства от държавното здравно осигуряване);
- чрез лични средства на пациента (а при невъзможност да заплаща за предоставените му грижи – от сумите, полагаеми се на лицето под формата на социални помощи);
- от собствени средства на хосписа, от дарения⁸ и др.

В правната литература на остра критика е била поставяна разпоредбата на § 37 от дял V на Социалния кодекс, чиято формулировка създава колебания в практиката дали средства от държавното здравно осигуряване могат да се насочват за *амбулаторни* палиативни заведения и хосписи. Тази форма не може да бъде подведена под понятието „разходи за болнично лечение“, защото намира приложение именно в случаите, когато от медицинска гледна точка хоспитализирането на пациента е ненужно и противоречи на естественото му желание да прекара последните дни в дома си. По тази причина на практика амбулаторните хосписи не са получавали никакви средства от здравните каси през последните години и е трябвало да разчитат изцяло на собствени постъпления. Едва с *чл. 1 от Закона за изменение и допълнение на Закона за предоставяне на специализирани грижи от 14. 12. 2001 г.* германският законодател проявява готовност да подобри уредбата на финансирането на посочените заведения, по-конкретно тези, специализирани в работата с психически заболявания.

Следващата крачка в тази насока е направена с последните изменения на *Социалния кодекс*, в сила от 1 януари 2002 г. Изрично е предвидено, че здравните каси отделят средства за амбулаторните хосписи, за целите на работата им със здравно-осигурени пациенти, чието хоспитализиране вече е безпредметно (дял V, § 39–39а).

В новата ал. 2 на § 39а от дял V на Социалния кодекс се предвижда финансиране от здравните каси на инициативи, свързани с придобиване и/или повишаване на квалификацията на доброволците при палиативните заведения и хосписите. Условие за отпускане на целеви средства е направеното от съответния хоспис искане, както и наличието на редица предпоставки, свързани с кандидатите за участие в съответните квалификационни курсове. Средствата, отпуснати от здравните каси са определени в закона – за 2002 г. – 0,15 € за всяко осигурено лице, като през всяка следваща година тази сума се увеличава с 0,05 €, за да достигне до 0,40 € през 2007 г. Подробната уредба на посочените отношения трябва да бъде създадена на федерално ниво по силата на договор между органите на държавното здравно осигуряване и националните организации на амбулаторните палиативни заведения и хосписи.

• **Финансиране от фондовете на доброволното здравно осигуряване**

В Уредбата на лекарското обслужване на лица, осигуряващи се доброволно (ГОД) или т. нар. „частно осигуряване“ не съществува норма, по силата на която грижите за умиращ пациент да могат да се оценяват и финансират по особен ред. Следователно всички дължими по силата на осигурителния договор лекарски манипулации могат да бъдат осъществени и по отношение на болни, попадащи в целевите групи на

палиативните заведения и хосписите, като разходите за тях ще бъдат покрити от набраните по партидата на лицето суми.

• **Модел за финансиране на провинциално ниво**

На провинциално ниво са изработени някои оригинални модели за финансиране. Например в провинция Райнланд Пфалц през 1998 г. е сключен договор за насърчаване на работата на амбулаторните хосписи между местния лекарски съюз и местната работна група „Хоспис“. По силата на договора лекарският съюз се задължава да поеме 40 % от разходите за персонал на амбулаторния хоспис, при условие че той разполага с най-малко двадесет квалифицирани доброволци и че медицинските лица в него поемат ангажимент да продължат образованието си в областта на палиативната медицина.

• **Частично финансиране**

В практиката е познато и частичното финансиране на дейността по силата на договори, сключвани между федералните, респ. провинциалните лекарски съюзи и здравните каси, в рамките на отделни здравно-осигурителни райони. Средства се предвиждат за изплащане на хонорари на квалифицирани кадри, заети в дейността на палиативни заведения и хосписи. Тази форма на финансиране обаче е по правило ограничена във времето, касае най-често един здравно-осигурителен район и се прилага най-често по отношение на лекари, които са високо квалифицирани и изключително необходими на съответното заведение. Средствата покриват единствено разходите за пациенти, които са осигурени от съответните здравно-осигурителни каси, и то не за всички групи пациенти (най-често само за раково болни и пациенти със СПИН).

Сходна форма на финансиране в момента съществува и за амбулаторните заведения, обслужващи неизлечимо болни пациенти в последните стадии на болестта. Предвидени са средства за домашни посещения за раково болни и пациенти със СПИН (здравно-осигурителен район Бранденбург), за облекчаване на болките на умиращи пациенти (здравно-осигурителни райони Хамбург, Заксен, Шлезвиг-Холщайн, Южен Вюртемберг), за воденето на стандартизирана документация за онкологично лечение (здравно-осигурителни райони Кобленц, Нидерзаксен, Пфалц, Райнхесен, Заксен-Анхалт, Триер). В много от здравно-осигурителните райони са предвидени и допълнителни средства за обслужването на пациенти със СПИН.

Посочените модели за финансиране на провинциално ниво са в състояние да покрият нуждите само на една относително малка част от тежко болните и умиращите пациенти. При това става дума за несамостоятелни споразумения, с ясно изразен допълнителен характер. Единствено общият договор на здравно-осигурителни райони Берлин и

Бранденбург регламентира средствата за хонорари за посещения по домовете на умиращи пациенти и касае единствено финансирането на тази форма на палиативната медицина.

Данъчно облагане на хосписите, съществуващи като юридически лица с нестопанска цел

Чл. 5 от Закона за корпоративния данък в Германия позволява всички търговски дружества, асоциации или благотворителни организации да не плащат корпоративен данък, когато са създадени и функционират в обществен интерес, с благотворителна или религиозна цел. Това се отнася само в случаите, когато приходите от стопанската дейност се използват за постигане на тези цели.

*Законът за корпоративния данък и Законът за данъка върху оборота*⁹ позволяват намаляване на облагаемата основа с размера на сумите, дарени в полза на организации в обществена полза, когато са в размер до 5 % от облагаемата основа. Юридическите лица с нестопанска цел се регистрират по *Закона за данъка върху оборота* при реализирани приходи от стопанска дейност за съответната година, когато те надвишават 30 000 €.

ИТАЛИЯ

Палиативни грижи

През 1998 г. на национално ниво е приета програма за реализирането на структури за предоставяне на палиативни грижи във всеки регион и автономна провинция в Италия, в съответствие с Националния здравен план. Същите представляват неразделна част от мрежата за оказване на помощ на неизлечимо болни, състояща се от услуги и действия на териториалните и болнични органи, насочени към оказване на палиативни грижи. Идеята на тази мрежа и създаването на центрове е да се оказват палиативни грижи и подкрепа на определена част от болните и техните семейства, най-вече на неизлечимо болните от рак пациенти, нуждаещи се от грижи, които имат за цел осигуряването на високо качество на живот на тях и на техните семейства.

Предоставянето на палиативни грижи в нарочно създадени за целта центрове в Италия е уредено на национално и регионално ниво със следните нормативни актове:

- **Закопи във връзка с привеждането в изпълнение на Националните здравни планове;**
- **Декрет на министър-председателя от 20 януари 2000 година във връзка с минималните структурни, технологични и организационни изисквания за „резиденциалните центрове за палиативни грижи“;**
- **Декрет на министрите от 28 септември 1999 година „Национална програма за реализирането на структурите за палиативни грижи“;**
- **Решения на Общински съвети, с които се приемат регионални здравни планове за определен период от време, в които има специални разпоредби за осъществяването на Програмата „Мрежа за палиативни грижи“.**

Компетентни органи

Предвидено е Министерството на здравеопазването да предоставя на регионите и автономните провинции финансови средства за създаването на центрове за палиативни грижи, като стремежът е да се създаде във всеки регион или автономна провинция поне по един такъв център (хоспис). Структурите следва да се изградят най-вече чрез приготвяването и превръщането на сгради, собственост на местните здравни органи или болничните органи или в сгради, освободени чрез реструктурирането на болничната мрежа в съответствие с критериите, установени в Декрета на министрите. Съответните региони и автономни провинции трябва да изготвят планове и проекти за изграждането на такива структури. Министерството на здравеопазването преценява съответствието на проектите и плановете с Декрета на министрите, като проверява и съответствието с отпуснатите финансови средства, след което одобрява тези планове и проекти. В случай, че плановете и проектите бъдат одобрени, Министерството разпорежда отпускането на финансови средства.

Министерството на здравеопазването в съгласие с Постоянната комисия за връзките между държавата, регионите и автономните провинции, определя специфични индикатори за проверка на постигнатите резултати и оценка на качеството на предоставените услуги и грижи от структурите за палиативни грижи. Същите органи извършват и проверка за изпълнението на програмата за предоставяне на палиативни грижи. Местните санитарни болнични органи определят и използват инструменти за систематична и постоянна оценка на удовлетвореността от обслужването от страна на пациентите и техните семейства.

Регионите и автономните провинции следва да изготвят програми за обучението на персонала, работещ в мрежата за палиативни грижи.

Мрежа за предоставяне на палиативни грижи

С оглед правилното управление на въпросите, свързани с помощта за пациенти, нуждаещи се от палиативни грижи, се извършва организационно реструктуриране на функциите на болничните и териториалните органи. Регионите и автономните провинции осигуряват интегрирането и координирането на новите структури за неизлечимо болни с дейностите по оказване на помощ по домовете и други здравни дейности в съответната територия.

За да гарантират непрекъснатостта на грижите в различните фази на оказване на помощ и координирането на здравните дейности – от болницата до домашното лечение, регионите и автономните провинции изграждат мрежа за оказване на помощ на неизлечимо болни. Мрежата се състои от комплекс от функции, интегриран в болничните, здравни и социални услуги, който комплекс функционира едновременно с мрежата за социална справедливост на съответната територия, като обаче се спазва автономността на отделните компоненти. Мрежата се интегрира със съответното териториално звено за оценка.

Мрежата може да бъде разделена в следните организационни линии, предоставящи палиативни грижи:

- **амбулаторна помощ;**
- **общо лечение по домовете;**
- **специализирано лечение по домовете;**
- **болнично настаняване при общ режим;**
- **настаняване в резиденциални центрове за палиативни грижи – хосписи.**

Мрежата за оказване на помощ на неизлечимо болни се координира от управител – лекар, определен от тези, които вече извършват дейности, осъществявани в мрежата.

Помощ в рамките на тази мрежа се оказва на пациенти, страдащи от прогресивни болести и от болести в напреднал стадий на развитие, болести, които се развиват бързо и имат фатален край, за пациенти, при които всяка терапия, насочена към лечение или стабилизиране е невъзможна или неприложима.

Организацията на мрежата за предоставяне на палиативни грижи предвижда т. нар. оперативна фаза, в която за всеки пациент се изготвя индивидуален терапевтичен план.

В тази фаза следва да участват: семейният лекар, лекарят от болничното поделение, към

което принадлежи пациента и/или териториален специалист, лекар-експерт по палиативни грижи, отговорният за оказването на обща помощ по домовете, психолог, медицинска сестра, социален служител, както и всякакви други професионалисти, чието участие би било полезно. За всеки пациент се изготвя индивидуална и „мултипрофесионална“ програма за цялостните грижи, съдържаща критерии и индикатори за периодична проверка. Съставя се медицинско досие, което отразява състоянието на пациента през различните моменти на оказване на помощ.

• **Инструменти**

Регионите и автономните провинции изготвят съответната нормативна уредба относно техническите аспекти, които регулират интегрирането на дейностите и услугите в мрежата, както и това с другите нездравни структури и доброволчески организации и организации на ползващите грижите.

Регионите и автономните провинции изготвят и програмите за проверка и повишаване на качеството на оказваната помощ, управлението, обучението и квалификацията на персонала.

Регионите и автономните провинции изготвят указания за насърчаване на различни форми за сътрудничество между структурите за палиативни грижи и организациите с нестопанска цел за обществена полза и доброволческите организации, действащи в сектора.

Местният здравен орган, в чиято територия действа мрежата, привежда в изпълнение комуникационна стратегия, насочена към предоставяне на информация за наличието, целта и условията за достъп до мрежата за палиативни грижи, както и проверява нейната ефективност.

• **Мониторинг на качеството и оценка на резултатите**

Министерството на здравеопазването и регионите следва да извършват проверка за изпълнението на програмата за палиативни грижи в срок до три години от приемането на Декрета.

Министерството и регионите, въз основа на индикатори, посочени съвместно от тях, проверяват всяка година постигнатите резултати и качеството на оказаните грижи и услуги.

Местните здравни органи и болнични заведения посочват и използват посочени от тях инструменти за систематичната оценка на качеството на обслужването от страна на пациентите и техните семейства.

• **Оперативен план**

© Български център за нестопанска право; Програмен и аналитичен център за европейско право. Всички права запазени

Регионите и автономните провинции създават програма за приготвянето и реструктурирането на структурите за хосписи.

Определянето на броя на леглата трябва да бъде съобразено с общото предлагане на помощ за неизлечимо болни пациенти на съответната територия в съответствие с търсенето и указанията на регионалните органи.

Понятие за хоспис

Структурите за палиативни грижи за неизлечимо болни пациенти, които имат нужда от грижи, насочени да осигурят на тях и на техните семейства по-добро качество на живот, са наречени *резиденциални центрове за палиативни грижи – хоспис*.

Основните функции на хосписите са следните:

- **временно настаняване на пациенти, за които не съществуват подходящи условия за оказване на помощ в домашна обстановка, специализирана помощ по домовете или приемане в болница;**
- **временно настаняване като помощ на семействата на болния с цел облекчаване на грижите за него;**
- **помощни дейности през деня;**
- **оценка и мониторинг на палиативните терапии с оглед извършване на контрол върху симптомите;**
- **изграждане на пункт за информация и подкрепа на ползващите грижите;**
- **обучение и квалификация на персонала.**

Хосписът трябва да е организиран по такъв начин, по който ще се гарантира психологическото благосъстояние и добрата среда на болните и техните семейства, удобство, сигурност при използване на пространствата и уважение към тайната. Организацията на хосписите трябва да насърчава и присъствието и участието на членовете на семействата на пациентите, като им се позволява неограничен времеви достъп. Структурите трябва да бъдат лесно достъпни, т. е. да са разположени на място, до което може да се достигне с обществен транспорт.

Подробно са уредени минималните изисквания, на които трябва да отговарят центровете с оглед тяхната технологична и структурна организация – местоположение, организация на помещенията, изисквания за стаите, в които болните пребивават, места за терапия, пространства за извършване на различни дейности, минимално необходими уреди и др.

Финансиране

Финансирането за периода 1998 – 1999 г. (т. е. след вземането на решение за провеждане на Национална програма за палиативни грижи) е определено директно в твърди суми за всеки регион в Италия в Декрета на министрите. Финансирането се определя за всяка година с общите бюджети на държавата съответно за всеки регион в страната.

В хода на проучването не бяха намерени конкретни данни за правната регламентация на приходите от неправителствени организации и данъчното облагане на такива приходи. Не бяха намерени и данни за правния режим на даренията за хосписите – дали такива са допустими, как са уредени и какъв е данъчният режим.

Бяха намерени документи относно финансирането, до които обаче достъпът е лимитиран за членове на определени организации.

Въз основа на намерените данни не може да се направи категоричен извод за ролята на т. нар. „доброволчески организации“ и „нестопански организации за обществено полезна дейност“ в областта на палиативните грижи. Няма конкретни данни за възможността те самите да създават или участват в създаването на центрове за палиативни грижи.

Налице са и множество документи – проекти или планове за различни дейности, които е следвало да бъдат извършени през изминалите или трябва да се осъществят през настоящата година. Като цяло те преповтарят рамката, заложена в Декрета на министрите, а информацията в тях е много обща. Липсват данни за реализацията и последиците от тези планове и проекти.

ПОЛША

Палиативни грижи

През 1981 г. в Краков са поставени основите на независимото движение за палиативни грижи, базирано на участието на доброволци. През 1984 г. е учреден хосписът „Палатинум“, който се превръща в модел за организирането и развитието на хосписите на територията на цялата страна.

Първоначално хосписите функционират неформално като религиозни общества или организации, без подкрепа от държавата, изцяло финансирани от дарения на пациенти и техните близки. През 1991 г. Министерството на здравето и социалните грижи на Полша

за първи път включва в годишната си програма изработването на единна държавна политика по въпросите на обслужването на терминално болни пациенти.

Решаващо значение за развитието на хосписите в Полша има издадената *Наредба от здравното министерство от 1993 г.*, която предоставя на местните власти (т. нар. войводици) финансов ресурс за осъществяването на палиативните грижи.

Нормативна уредба на хосписите

За разлика от повечето източноевропейски страни, полското законодателство подробно урежда правната форма, организацията, правосубектността и финансирането на хосписите. Основните актове, третиращи тези въпроси, са:

- **Закон за лечебните заведения (1991);**
- **Кодекс за медицинска етика (1993);**
- **Наредба на Министерството на здравето и социалните грижи, с която се учредява Национален съвет за палиативните грижи (1993);**
- **Правила за финансиране на лечебните заведения на Министерството на здравето и социалните грижи (1995);**
- **Закон за здравното осигуряване (1998).**

Легална дефиниция на понятието „хоспис“

Законът за лечебните заведения (1991) за първи път в развитието на полското законодателство регламентира материята за хосписите. Съгласно разпоредбите му хосписът е „лечебно заведение, което предоставя здравни грижи на терминално болни пациенти“.

Правноорганизационна форма на хосписите

Хосписът се регистрира като частно лечебно заведение и съгласно *параграф 408 на Закона за лечебните заведения* хосписът се учредява от:

- **правителството или негови министри;**
- **общините;**
- **църкви или религиозни организации;**
- **фондации и сдружения;**
- **застрахователни компании или търговски дружества;**
- **чуждестранни институции;**
- **физически лица.**

Финансиране на хосписите

В съответствие с *чл. 363 на Правилата за финансиране на лечебните заведения* хосписът сключва договор с общината, на базата на който получава финансиране от местния бюджет. Хосписите, които нямат договор с местната власт, се финансират от фондация „Каритас“.

Хосписът, кандидатстващ за финансова помощ от общината, трябва да представи:

- **копие на документите за регистрация;**
- **информация за броя и квалификацията на наетия персонал;**
- **бюджет относно приходите и разходите, покриващи:**
 - грижата по домовете (цената на месечната грижа за 1 пациент);
 - цената на дневната грижа за 1 пациент;
 - цената на болничната грижа за 1 пациент.

Данъчно облагане

В съответствие с действащото законодателство няма пречка хосписи да бъдат създавани от нестопански организации – фондации и сдружения.

Нестопански организации, чиято дейност е свързана с осъществяване на социална дейност и дейност в областта на здравеопазването, могат да поискат освобождаване от плащане на подоходен данък или данък печалба (*чл. 17, ал. 1, 4 и 5 от Закона за подоходно облагане*).

Юридическите лица в Полша, в това число и нестопанските организации, не се облагат с данък върху направени дарения и получени наследства в тяхна полза. По отношение на облагането на дарения направени от физически или юридически лица съгласно *чл. 26, ал. 1 и ал. 9, б. „а“ от Закона за облагане доходите на физическите лица* и *чл. 18, ал. 1 от Закона за подоходно облагане*, тези лица могат да приспадат до 15% от данъчната основа за дарения, направени в полза на нестопански организации, чиято дейност е свързана със здравеопазване и предоставяне на социални грижи.

По отношение на ДДС полският законодател не е предвидил определени лица или организации, които да са освободени от плащането му. Обичайната ставка е 22 %. Освободени са само някои стоки и услуги, включително и услуги в областта на здравеопазването и социалната дейност, които е възможно да бъдат предоставяни от нестопански организации.

УНГАРИЯ

Палиативна грижа и грижа, предоставяна от хосписите. Понятие

Унгарският закон влага в понятията „палиативна грижа“ и „грижа, предоставяна от хосписите“ идентично съдържание. Затова и текстовете на разпоредбите на чл. 99 от Закона са обособени в раздел „Грижа за терминално болен пациент“. Съдържанието на понятието „палиативна грижа“ е дефинирано в *чл. 99 от Закона за здравето (1997) на Унгария*. Съгласно ал. 1 палиативната грижа е „физическата и емоционалната грижа за терминално болен пациент с цел подобряване на качеството на живот на болния, облекчаване на страданията му и запазване на неговото достойнство“.

Каталог от специфични права на терминално болен пациент съдържащ се в ал. 2 на чл. 99 включва:

- **право на облекчаване на болките и страданията;**
- **право на специализирана грижа;**
- **право на емоционална, социална и духовна подкрепа на терминално болен от неговото семейство и приятели.**

Организация и дейност на хосписите

Организацията и режимът на дейност на унгарските хосписи са уредени в подзаконовите актове на Министерството на социалните грижи (*Наредби 6/2001 и 32/1997*). Съгласно нейните разпоредби към хосписа се разкриват следните сектори:

- **грижа по домовете, осигуряваща непрекъснато медицинско обслужване 24 часа в денонощието;**
- **медицински сектор, обособен като болнично звено;**
- **жилищна част с леглова база;**
- **дневен център за терминално болните, който ги подпомага социално да се интегрират в обществото;**
- **мобилен консултантски сектор, който предоставя помощ на терминално болните пациенти в болниците и поликлиниките.**

Правноорганизационна форма на хосписите

Правноорганизационна форма на лицата, предоставящи палиативни грижи:

- **лични лекари;**

- болници;
- онкологични центрове;
- хосписи.

Няма пречка в законодателството, която да забранява създаването на хосписи като юридически лица с нестопанска цел. Нещо повече, анализът на дейността на юридическите лица с нестопанска цел в Унгария, изготвен по поръчка на Министерството на социалните грижи през 2002 г. показва, че 10% от тях функционират като хосписи, предоставящи палиативни грижи на терминално болни пациенти.

Финансиране на хосписа

Към момента в страната функционират около 20 хосписа – Унгарската хоспис фондация, създадена през 1991 г., седем болнични отделения за палиативни грижи и дванадесет мобилни консултантски групи, обслужващи терминално болни пациенти. Медицинските отделения се финансират чрез болниците, в които са създадени, от държавата и Националния осигурителен фонд. Консултантските групи също получават средства от осигурителния фонд. Част от средствата постъпват и под форма на дарения от физически и юридически лица.

Данъчно облагане

Юридически лица, направили дарения в полза на нестопански организации в обществена полза, могат да приспаднат дарението в размер до 20 % от приходите преди облагане. Когато е направено дарение в полза на „изтъкнати“ нестопански организации в обществена полза, юридическото лице дарител може да приспадне до 150 % от размера на дарението до 20 % от печалбата преди данъчно облагане.

Физическо лице, направило дарение в полза на нестопанска организация в обществена полза, може да получи данъчен кредит в размер на 30 % от дарението. Когато дарението е за „изтъкнати“ нестопански организации в обществена полза, данъчният кредит е 30 % от дарението.

По отношение на данъка върху добавената стойност, всички организации, които осъществяват стопанска дейност подлежат на облагане с ДДС. Нормалната ставка е 25 %. Освободени от ДДС са само продажбата на определени стоки и предоставянето на определени услуги, включително здравеопазването и социалните грижи. Нулева ставка се прилага по отношение на медикаментите.

ФРАНЦИЯ

Медицинско обслужване

Медицинските услуги във Франция се предоставят от обществени и частни болнични заведения. В първата група заведения се включват обществените здравни заведения, частните здравни заведения, които участват в предоставянето на обществени болнични услуги и частни заведения, чиито разходи се покриват от социалните осигуровки. Втората група обхваща частни болнични заведения, които целят реализиране на печалба и такива, които не целят печалба.

Понятие за хоспис

С приемането на новата част от Кодекса в последните години все по-голямо значение придобиват и т. нар. заведения, които не са медицински, но в които се полагат медицински грижи за възрастни хора. В обхвата на тези заведения са включени и хосписите. Не се открива и легална дефиниция на понятието. В резултат на направеното проучване се установи, че във Франция съществуват предимно обществени хосписи. Това, което е характерно е, че предлаганите в тях грижи се покриват от социалните осигуровки на лицата.

Създаване на хосписи

Законодателят е предвидил създаването на обществените хосписи да става с декрет на Държавния съвет, преподписан от министъра на общественото здраве, след предварително съгласуване с министрите на вътрешните работи, на финансите и на икономиката. Хосписите, които в продължение най-малко на три години не са осъществявали никаква дейност или тези, които никога не са функционирали реално, могат да бъдат закрити с решение на префекта, взето по направено предложение от директора на здравния департамент в съответното населено място.

Финансиране

Финансирането на заведенията, в които се полагат грижи за възрастни хора, в това число и хосписите, се осъществява предимно от средства, предвидени в държавния бюджет, националното социално осигуряване и от такси, заплащани от лицата.

ХОЛАНДИЯ

Палиативни грижи

Палиативните грижи представляват полагането на цялостна грижа за терминално болни пациенти, като целта е да се намалят страданията им в последните дни от живота им, в това число и тези на техните семейства. Най-общо доставчиците¹⁰ на палиативни грижи са:

- **общопрактикуващи лекари;**
- **организации, предоставящи помощ по домовете;**
- **домове за възрастни хора със соматични проблеми;**
- **независими хосписи, в които работят екип от специалисти;**
- **хосписи, в които работят доброволци;**
- **болници и доброволчески организации.**

Механизмът, към който холандското правителство се стреми, е полагането на палиативни грижи предимно от общопрактикуващи лекари, медицински сестри и социални работници.

Понятие за хоспис

За разлика от останалите европейски държави, където хосписите възникват значително по-рано, първият хоспис в Холандия е създаден през 1988 г. Обяснението за този факт е, че холандците не гледат много положително на хосписите, а ги възприемат като място, където възможността да се прибегне до евтаназия от терминално болни пациенти е най-голяма.

В холандското здравно законодателство не беше открита легална дефиниция на понятието „хоспис“. Съществуват най-общо два вида хосписи, които се регистрират като нестопански организации:

- **независими хосписи, в които работят екип от специалисти;**
- **хосписи, в които работят доброволци.**

Само в три болници в Холандия (две в Ротердам и една в Тил) има създадени хоспис-отделения.

Предоставянето на палиативни грижи в независимите хосписи, в които има медицински персонал се осъществява предимно от медицински сестри. Тези хосписи се

появяват сравнително късно едва след 1992 г. и техният брой е много малък. В случая под „независим“ следва да се разбира хоспис, който не е част от домове за възрастни хора със соматични проблеми или дом за стари хора.

Във втория вид хосписи, в които работят доброволци се полагат грижи предимно за терминално болни пациенти, за които не може да се полагат повече грижи от техните близки в домашна обстановка. Доброволците, които работят в хосписите, се грижат за задоволяване на ежедневните нужди на болните, докато професионалната грижа за тях се извършва от личните им лекари.

Регистрация на хосписите

По-голямата част от независимите хосписи, в които работят специалисти и от тези, в които работят доброволци, трябва да отговарят на определени условия, за да упражняват дейност, а именно:

- **да са получили разрешение от Регионалната статистическа организация, което е необходимо за получаване на финансиране по схемата на извънредните медицински разходи (AWBZ)¹¹;**
- **полаганите грижи да са за точно определен период;**
- **добро качество на предлаганите грижи.**

Финансиране

Всички доставчици на грижи за терминално болни пациент, в това число и независимите хосписи, в които работят специалисти и тези, в които работят доброволци, получават финансиране от:

- **здравните осигуровки на лицата;**
- **осигуровките, които се плащат по схемата на извънредните медицински разходи;**
- **дарения;**
- **благотворителни организации;**
- **спонсорство;**
- **общинския бюджет на местната власт.**

Данъчно облагане на хосписите

Физически лица, направили дарения в размер по-голям от 54 € в полза на нестопански организации, регистрирани като хосписи, могат да приспаднат даренията от 1 % до 15 % от данъчната основа за даренията. Юридически лица, направили дарения в полза на холандски нестопански организации, които осъществяват академична, религиозна, благотворителна или културна дейност, могат да приспаднат до 6 % от данъчната основа за дарения, когато дарението е размер по-голям от 227 €.

На облагане с ДДС подлежат единствено предприемачите, които осъществяват *търговска дейност* свързана с доставката на стоки или услуги, в пряка връзка с основния предмет на извършваната от тях търговска дейност. Правноорганизационната форма на предприятието е без значение за облагане с ДДС. Физически лица, корпоративни организации, нестопански организации и т.н. също могат да бъдат класифицирани като търговци/предприемачи, стига само да извършват търговска дейност. Освободени от ДДС са доставките и услугите, изброени в ЗДДС, като между тях са болничната и медицинската помощ и социалните услуги.

Таблица 1.

Доставчици на палиативни грижи и източници на финансиране към средата на 2002 г.

Доставчици на палиативни грижи		Общ брой	Източници на финансиране
<i>Общопрактикуващи лекари</i>		прибл. 7800 (вкл. и общопрактикуващите лекари без голяма практика)	<ul style="list-style-type: none"> доброволно осигуряване и Здравноосигурителен фонд
Организации, предоставящи помощ по домовете	Регистрирани и финансирани в съответствие с изискванията на схемата за извънредните медицински разходи	прибл. 120	<ul style="list-style-type: none"> осигуряване на средства от схемата за извънредните медицински разходи и поемане на малка част от разходите от самите пациенти
	Смесен състав	няма данни	<ul style="list-style-type: none"> поемане на разходите от самите пациенти
Домове за възрастни хора със соматични проблеми	Без хоспис-отделения (прибл. 293)	прибл. 330	<ul style="list-style-type: none"> осигуряване на средства от схемата за извънредните медицински разходи и поемане на малка част от пациентите дарения, спонсорство, помощи (когато става въпрос за хоспис-отделенията)
	С хоспис-отделения (прибл. 37)		
Домове за възрастни хора	Без хоспис-отделения (прибл. 1339)	прибл. 1365	<ul style="list-style-type: none"> осигуряване на средства от схемата за извънредните медицински разходи и поемане на малка част от пациентите дарения, спонсорство, помощи (когато става въпрос за хоспис-отделенията)
	С хоспис-отделения (прибл. 26)		
<i>Независими хосписи с екип от специалисти</i>		16	<ul style="list-style-type: none"> доброволно осигуряване и Здравноосигурителен фонд, осигуряване на средства от схемата за доброволни извънредни медицински разходи (за лекарства, грижи на доктори или др. специалисти и т.н.) дарения, спонсорство, помощи и т.н.
<i>Хосписи, в които работят доброволци</i>		21	
Болници	Без хоспис-отделения (прибл. 134)	прибл. 137	<ul style="list-style-type: none"> доброволно осигуряване или Здравноосигурителен фонд

	С хоспис-отделения (прибл. 3)		<ul style="list-style-type: none"> дарения, спонсорство, помощи (когато става въпрос за хоспис-отделенията)
Доброволчески организации	Членове на VTZ	прибл. 170	<ul style="list-style-type: none"> субсидии от правителството (за координиране на доброволците) дарения, спонсорство, помощи
	Смесен състав	няма данни	

ШОТЛАНДИЯ

Палиативни грижи

Палиативните грижи в Шотландия целят да подържат и доколкото е възможно да подобряват състоянието на лицата, болни от такива прогресиращи заболявания, като рака например. Палиативните грижи се състоят в:

- **контролиране на болката и други негативни симптоми;**
- **подпомагане на пациентите да се справят с техните емоционални състояния и практически проблеми на ситуацията;**
- **грижа за душевното състояние на болните.**

Понятие за хоспис. Общи положения

В Шотландия са създадени 14 хосписа, които са учредени като благотворителни организации. Като част от независимия здравен сектор те подлежат на проверки от шотландската Комисия за управление на здравеопазването. Услугите, които хосписите предоставят са безплатни. Хосписите получават част от необходимите им средства и работят в тясно сътрудничество с Националната здравна служба. Хосписите предоставят палиативни грижи за хора с хронични, прогресиращи заболявания, включително рак.

От съществуващите 14 хосписа в Шотландия 13 от тях предоставят грижи за възрастни и само един за деца на възраст до 21 години. Приетите национални стандарти за хосписите се отнасят за всички хосписи. Съществуват допълнителни стандарти за хосписите за деца, които съдържат разпоредби, адресирани до родителите или настойниците на децата, които се нуждаят от подобен тип грижи.

Повечето хосписи предоставят различни видове грижи – грижи в самия хоспис, дневни грижи, грижи в домовете на пациентите. Пациентите се изпращат в хосписите най-често от техните лекуващи лекари или лекарят, който ги е лекувал в болница. Изборът на хоспис се прави от лекуващия лекар според вида на грижите, които съответния хоспис предоставя. Голям процент от хората се връщат в домовете си след кратък престой в хосписите. Хосписите разполагат с екип от професионалисти – лекари, медицински сестри и друг специализиран персонал.

Органи

Създадена е Национална комисия за националните здравни стандарти за развиване на националните стандарти. Националната комисия за националните здравни стандарти

работи заедно с лицата, ползващи услугите на хосписите, техните семейства или лицата, които се грижат за тях съвместно с професионални сдружения и местните власти. Нормативната уредба е направена от гледна точка на лицата, които ползват грижите.

Съществува специална Комисия за регистрация на заведенията, предоставящи здравни услуги, която издава разрешения за създаване на лечебни заведения и има право да отнема издадени вече разрешения при наличие на предвидени в Закона за регулиране на грижите обстоятелства. Комисията за регистрация на заведенията, предоставящи здравни услуги може да извършва редовни и извънредни проверки.

V. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Имайки предвид, че хосписите са един от основните доставчици на палиативни грижи в страните членки на Европейския съюз, то съвсем естествено регламентирането и развитието на палиативните грижи в България е неразривно свързано с усъвършенстване на законодателната уредба на хосписите у нас.

Въз основа на представения анализ на правния режим на хосписите в България и сравнителноправния анализ на вътрешното законодателство на осем страни членки на Европейския съюз, биха могли да бъдат направени следните препоръки за бъдещото развитие на хосписите в България:

1. Основен недостатък на сега действащата нормативна уредба, регламентираща създаването и функционирането на хосписите е тяхната правноорганизационна форма, определена от ЗЛЗ – търговско дружество или кооперация. Хосписите, регистрирани по Закона за лечебните заведения като търговски дружества не могат да получат финансиране чрез дарения, грантове, благотворителни фондове или програми за финансиране, тъй като политиката на основните донори, предпоставя средствата да бъдат предоставяни на юридически лица с нестопанска цел, а не на търговски дружества или кооперации. При това положение, хосписите разчитат основно на таксите и заплащането от страна на болните и техните близки, а при ниските доходи в страната, тези средства не са достатъчен ресурс за развитието на дейността на хосписите и за предоставяне на качествени медицински услуги.

С едно изменение на Закона за лечебните заведения, което да създаде възможност лечебните заведения и в частност хосписите да функционират с правноорганизационната форма на юридически лица с нестопанска цел, регистрирани в обществена полза, биха се постигнали следните благоприятни последици:

• българското законодателство ще се съобрази с опита на европейските страни, където хосписите съществуват и упражняват своята дейност като нестопански организации;

• естествената връзка между идеалните цели на юридическите лица с нестопанска цел, действащи в обществена полза и дейностите, които се осъществяват в сферата на здравеопазването ще намери своята изява и ще бъде използвана като потенциал;

- ще се разширят източниците на финансиране на дейността на хосписите, като ще се създаде възможност да получават средства от дарения, грантове и програми за финансиране, предназначени за юридически лица с нестопанска цел;

- уредбата на обществените отношения в областта на медицинското обслужване ще стане адекватна на новата правна рамка за учредяване и дейност на юридически лица с нестопанска цел, регламентирана от ЗЮЛНЦ и ще се даде възможност на юридическите лица с нестопанска цел, действащи в обществена полза да осъществяват целия спектър от присъщите им дейности, свързани с идеалните цели на тези организации.

2. На второ място, в Закона за лечебните заведения не се съдържат норми относно персонала, структурата и разпределението на работата в хосписите. Такива разпоредби липсват и в подзаконовите нормативни актове. На практика дейността на специалистите в хосписите се урежда от Методично указание номер 3/2000 г., което няма характер на нормативен акт, има пожелателен характер и приложението му изцяло зависи от волята на управляващия хосписа.

Имайки предвид, че хосписът е лечебно заведение, в което се предоставят специфични грижи на лица с хронични заболявания и медико-социални проблеми, както и на лица с хронични инвалидизиращи заболявания, за да се гарантира качеството на поддържащото лечение би следвало да има нормативна регламентация на структурата и разпределението на работата в хосписа, както и изисквания по отношение на работещия персонал.

3. От гледна точка на действащото законодателство, хосписите би следвало да бъдат основните доставчици на палиативни грижи. Такава е и установената практика в европейските страни, където палиативните грижи се осъществяват от хосписи, а болниците извършват само активно лечение.

За съжаление в България клиничната пътека за палиативни грижи се ползва от болниците за активно лечение, което е скъпо и неефективно. По тази клинична пътека НЗОК поема само 20 дни в рамките на 6 месеца, а има случаи когато болните или близките на болните искат да останат по-дълго. Това води до възникване на сериозен медицински и социален проблем, за решаването на който би следвало да се предвиди възможност хосписите да сключват договори с НЗОК. Пациентите на хосписите, така както и излечимо болните, са заплащали осигуровки и е редно държавата да има определен ангажимент към тях. От една страна разбираеми са опасенията, че с оглед на все още проходящия статут на хосписите и липсата на утвърдени хосписи на пазара не

е ясно, ако се предвиди финансиране от НЗОК, какви грижи ще се предоставят. От друга страна обаче, това може да се избегне с въвеждането на критерии за сключване на договори между хосписите и НЗОК, както и с упражняване на контрол върху качеството на предоставяните медицински грижи в хосписите. Все в тази връзка възможно е да се предвиди и задължителна акредитация на хосписите, сключващи договор с НЗОК.

4. Европейската практика показва, че в хосписите работят специалисти на доброволчески начала, което влияе върху цените на предлаганите медицински услуги. За съжаление в България липсва нормативна уредба, която да регламентира доброволното и безвъзмездно предоставяне на труд. За решаването на този въпрос би следвало да се предвидят норми, както в специалните нормативни актове, регламентиращи дейността на лечебните заведения, така и в общите данъчни и осигурителни закони.

5. Качеството на грижите, предоставяни в хосписите, зависи от възможностите да акумулират средства. Понастоящем хосписите функционират като търговски дружества и кооперации и съответно подлежат на данъчно облагане по реда, предвиден за търговски дружества и кооперации. При едни евентуални промени на Закона за лечебните заведения с оглед създаване на възможност хосписите да функционират като юридически лица с нестопанска цел, регистрирани в обществена полза, би следвало да се предвидят и данъчни преференции, както за дарителите, така и за хосписите, действащи като юридически лица с нестопанска цел в обществена полза. Те ще им дадат възможност да акумулират средства за осъществяване на дейността им. Такава практика е установена в редица страни членки на Европейския съюз, включително и в бивши Източноевропейски страни, преминали през период на преход. В тази връзка българският законодател (при хармонизиране на законодателството със законодателството на Европейския съюз) би могъл да приеме някои от тези практики като например стимулиране на данъчните облекчения за дарителите или освобождаване от данък на приходите от стопанска дейност, използвани за постигане на целите на юридическото лице с нестопанска цел и други.

VI. SUMMARIES

Legal Arrangements on Hospices in the Republic of Bulgaria

Sources. Legal Definition of Hospice

The most important legal act that regulates the hospice healthcare institutions is the Law on Healthcare Institutions. There is also some secondary legislation, regulating this field.

According to the Law on Healthcare Institutions, Art. 28, paragraph 1, hospice is a healthcare institution where medical and other specialists carry out continuous medical observation, sustaining treatment subscribed by a doctor, and specific care in the homes of persons with chronic disabling diseases and medical social problems. In Methodical Instruction No 3 from March 29, 2000 it is added that hospices' activity targets mainly terminal ill patients.

Establishment of Hospices

There is a registration regime for the establishment of hospices, which is similar to the registration regime for healthcare institutions for non-stationary care. The establishment of hospices requires two fundamental elements:

- **The establishment of hospices as a legal entity (commercial companies or co-operatives) according to the Commercial Law and the Law on Co-operatives. This means that hospices may exist as all kinds of commercial companies or as co-operatives. The State and the municipality may establish hospices independently or in cooperation with other persons.**
- **Subsequent registration in the District Healthcare Center under the Law on Healthcare Institutions, Art. 40. After the registration in the District Healthcare Center the hospice may legally provide healthcare activities. The entry is issued by a Director's order.**

Structure and Organization of the Activities in the Hospice

The Director of the hospice must be a *medical specialist* according to the Law on Healthcare Institutions. There is no legal definition of the term *medical specialist*; there is no requirement for the minimum number of the staff of the hospice. According to the National Frame Contract for 2003 the healthcare service providers may employ persons who are not doctors.

At present, the problem is that there is no legal regulation for the voluntary and unpaid labor, which is very popular in the healthcare institutions. In the Bulgarian legislation there is no

legal definition of *voluntary and unpaid labor* even in the tax and insurance rules. Therefore, there is no clear mechanism for compensation of the volunteers' work and expenses. The problem with the volunteers' responsibility is not regulated, which causes a lot of practical problems.

The laws allow the existence of home care hospices. Thus hospices may have not proper buildings. However, if they have a building, it must have bed space.

The patients are admitted to the hospices only after a recommendation, given by a doctor from the healthcare institutions for primary help.

Accreditation of the Healthcare Institutions

Along with the registration and licensing regime the Law on Healthcare Institutions introduces an accreditation procedure. The accreditation is a kind of administrative procedure for preliminary, current and subsequent control from the State on the quality of the activities performed by healthcare institutions. The control is exercised by a specialised Committee within the Ministry of Healthcare.

Dissolution of Hospices

The dissolution of a hospice which is a commercial company or a cooperative shall be made in accordance with the provisions of the Law on Commerce. The conditions and the procedure for compulsory dissolution of hospices are defined in the law.

Financing of Hospices

According to the provisions of Part 12 of the Law on Healthcare Institutions fundamental financing resources of all healthcare institutions are: National Health Insurance Fund, the state and municipal budgets, voluntary health insurance funds, donations from national and foreign legal and natural persons.

The financing resources may be grouped into 3 groups:

- **Funds of the National Health Insurance Fund, state and municipal donations;**
- **Direct income, paid from the patients;**
- **Donations from sponsors and donation programs for providing healthcare services.**

Hospices as commercial companies and co-operatives are subjects to the Bulgarian tax laws. They are tax obligated persons in accordance to the provisions of the Law on the Corporate Income Tax Levying. They are subject to advance taxation according to Law on the Corporate Income Tax Levying, Law on Local Taxes and Fees and Law on Value Added Tax.

There are some tax privileges for the donors of hospices. Some cases of granting such privileges are regulated in the current taxation laws.

Legal Regime of Hospices in European Union Member States and Some New Members

In so far as the European law does not regulate the status of hospices, this analysis has been carried out within the framework of the internal legislation of some European Union member states. Given the practice that hospices are among the main providers of palliative care, the analysis is focused on the content and particular nature of palliative care within the context of the concept implied by the World Health Organisation.

Subject of the analysis is the internal legislation of eight countries in the European Union: *England, Germany, Italy, Poland, Hungary, the Netherlands, France and Scotland*. The analysis has been carried out with regard to the regulations on the establishment, functioning and taxation of hospices, which perform mainly as non-profit organisations.

Legal Framework

The legal regime of establishment, functioning, financing and taxation of hospices is regulated by a number of acts of different priority. For example, in *Germany* the legal regime of hospices is regulated in Book V of the Social Security Code. It is obvious that with the adoption of the new section to the Public Health Code in *France*, hospices are not identified among the other medical institutions, but may be viewed as medical and social institutions under the Social Care and Family Code. Another legislative approach has been adopted in *England, Scotland and the Netherlands*, where the legal framework is identified in separate provisions contained in different laws. It's a combined approach in *Italy, Poland, Hungary*, and the issues are regulated in the laws and the secondary regulations.

Concept

The concept of “hospice” is hardly defined in the countries subject of this analysis. An exception is *Poland*, where the Law on Medical Institutions defines the hospice as “a medical institution which provides health care to terminally ill patients”.

Establishment and Form of Legal Organisation

Experience shows that in the majority of those countries hospices function as non-profit organisations.

In *England, Poland, Hungary and Scotland*, there is an explicit legal provision that hospices should be set up as non-profit organisations. Both in *England* and in *Scotland* hospices may be divided into two main groups – hospices which are independent charity organisations, and hospices which are set up as governmental institutions to the National Health Service to provide care mostly to people with cancer. For hospices that exist as independent charity organisations applicable is the general regime for charity institutions. They are registered with the Charity Commission, and in order to provide palliative care as hospices they need to be also registered with the National Health Commission as independent medical institutions.

In *Poland* hospices are registered as medical centres and may be set up by the government, municipalities, religious organisations, insurance and trading companies, legal non-profit entities or foreign institutions. The analysis on the activities of the legal non-profit entities in *Hungary* for 2002 shows that 10 percent of them function as hospices providing palliative care to terminally ill patients.

The legislative systems in *Germany* and *Italy* do not explicitly prohibit the establishment of hospices as non-profit organisations. There is no such prohibition in the Dutch legislation either. In *the Netherlands*, hospices are also mainly set up as legal non-profit entities. Basically, they are two types – independent hospices where services are provided by experts, and hospices with volunteers. For the provision of palliative care they are required to register with the Regional Statistics Organisation.

Financing

Hospices are financed by private persons, governmental institutions, or co-financed mainly in the countries subject of this analysis.

For example, in *England* and *Scotland* hospices constituted to the National Health Service are financed by the same institution. Hospices which are independent charity organisations are financed through charity and partially with governmental or local resources. Mainly volunteers work there.

In *Holland* hospices are funded through the voluntary exceptional medical expenses insurance system (AWBZ), donations, sponsorships and local budgets. *Polish* hospices are financed from the local budget on the grounds of a written agreement with the respective municipal authorities. Hospices without such an agreement are financed by the “Karitas” Foundation.

In *Germany* finances are provided by three sources – the state, the health security system and internal resources of the hospice (mainly donations).

In *Hungary* finances for hospices are mainly ensured from the national security fund and part of them as donations by physical and legal entities.

In *Italy* and *France* financing is ensured with resources of the municipal budgets.

Taxation

Considering that in the majority of countries hospices exist and function as non-profit organisations, the analysis has been generally concentrated on the tax regime for non-profit organisations. An explicit legal framework has been identified in *England, Germany, Poland, Hungary, and the Netherlands*.

Hospices, which exist as independent charity organisations in England, are not subject to taxation for grants, donations or suchlike resources. Any business receipts for the purpose of charity are exempt from corporate taxes. This principle, however, is not applicable to VAT, and the value added tax is, therefore, payable. Charity organisations are also released from taxes on incomes from investments. With regard to taxes on immovable properties, charity organisations enjoy a privilege of an 80 percent discount on the tax. Local authorities may still remit the remaining 20 percent of the due tax.

The Law on Corporate Taxes in *Germany* allows for exemption from corporate taxes for all trading companies, associations and charity organisations provided that they are set up and function in favour of society, for charity reasons or in favour of the church. This principle refers only to cases when business receipts are invested for achieving such objectives. The Law on Corporate Taxes and the Law on Turnover Taxes allow for reduction of the taxable sum by the value of donations in favour of organisations in service of society when they amount to 5 percent of the taxable sum. Legal non-profit entities are registered under the Law on VAT in case of actual business receipts for the respective year exceeding 30 000 €.

In *Poland* non-profit organisations, whose functions are connected with social activities and activities in the field of health care, may request exemption from income tax or profit tax. Legal entities in *Poland*, including non-profit organisations are not subject to taxes on donations or inheritance in their favour. With regard to taxation of donations made by physical or legal entities, they are entitled to a deduction of up to 15 percent on the taxable sum for donations granted in favour of non-profit organisations whose activities are connected with provision of health care or social services. As the Polish legislators have not determined people or organisations that are exempt from VAT, non-profit organisations are obliged to pay that tax. The established rate is 22 percent. Only few goods and services are exempt from taxation,

including service in the field of health care and social services, which may be provided by non-profit organisations.

In *Hungary* legal entities that have made donations in favour of non-profit organisations in service of society are entitled to deduct the amount of that particular donation up to 20 percent of the before tax profit. Any physical person who has made a donation in favour of a non-profit organisation in service of society may obtain a tax credit equal to 30 percent of the donation. Concerning the VAT, all organisations with economic activities are subject to VAT. The established rate is 25 percent. Only sale of particular goods or services is exempt from VAT, including in the field of health care and social services. A zero rate is applied to medicines.

Tax privileges for donators of legal non-profit entities are also provided for by the *Dutch legislator*. Regarding the VAT application non-profit organisations and corporations are obliged to pay VAT if they develop business. Exempt from VAT are only deliveries and services listed in the Law on VAT, which include hospital services, medical care and social services.

Conclusions

As a result of the analysis on the effective legislation and the established practice in some EU member states with regard to regulating the status of hospices, the following conclusions may be drawn:

- **In the Community law, both the status and concept of “hospice” fail to be regulated;**
- **The legal framework of hospices status in the analysed countries is contained in various regulations of different priority;**
- **In the internal legislation of the analysed countries there is no legal definition of the concept “hospice”¹²;**
- **In the European countries, palliative care is provided by hospices, whereas hospitals only provide intensive medical treatment;**
- **In some of the countries in the analysis, the form of legal organisation of hospices has not been explicitly regulated. Experience shows that hospices function as non-profit organisations. An explicit legal framework exists in *England, Poland, Hungary and Scotland*;**
- **Hospices are funded by private persons or governmental institutions, or by way of co-financing;**

- **The European practice shows that mostly volunteers work in hospices, which has an effect on the price of medical care;**
- Regarding taxation of hospices, applicable are the general taxation rules for non-profit organisations in the analysed countries.

БЕЛЕЖКИ:

¹ Изследването на българското законодателство е актуално към октомври 2003 г.

² чл. 28, ал. 1, ЗЛЗ

³ Необходимо е да се направи уточнението, че тази дефиниция, касаеща хосписа и характера на извършваната в него дейност, изхожда от уредбата в българското законодателство на хосписа като вид лечебно заведение според ЗЛЗ и подзаконовите актове в тази област.

⁴ Центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузионна хематология, лечебните заведения за стационарна психична помощ, домовете за медикосоциални грижи, в които се осъществяват медицинско наблюдение и специфични грижи за деца, както и лечебните заведения към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта и съобщенията, се създават от държавата.

⁵ Такова беше открито единствено в полския Закон за лечебните заведения.

⁶ Понятието е сходно с възприетото през 1990 г. от Световната здравна организация (СЗО).

⁷ Национален съвет за палиативни грижи и хоспис във Великобритания (National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services); Национален съвет по биоетика към Правителството на Италия (Comitato Nazionale per la Bioetica); Работна група по проблемите на палиативната медицина към австрийското Социално министерство; Национална комисия по етика в областта на хуманната медицина в Швейцария (Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin).

⁸ Проучването не откри специална уредба за дарения, предоставяни на хосписи.

⁹ В Германия еквивалентът на ЗДДС е Закона за данък върху оборота (Umsatzsteuergesetz) в сила от 1979 г., с последни изменения от 09.06.2002 г.

¹⁰ вж. Таблица 1

¹¹ През 1968 г. влиза в сила Закона за доброволните извънредни медицински разходи, с който започва функционирането на задължителна национална осигурителна схема за извънредните медицински разходи (AWBZ) в случаите на продължително лечение на дадено заболяване.

¹² Identified only in the Polish Law on Medical Institutions

БЦНП допуска използване на текстове от публикацията с единствено условие да бъде цитиран източникът