

## Държавната здравна политика – формиране и реализация

ас. Мария Радева

**Резюме:** Статията разглежда понятието за държавна здравна политика. Представена е правната рамка за институционализиране на държавната здравна политика и основните механизми за реализацията ѝ. Националната здравна стратегия се основава върху оценка на здравното състояние и здравните потребности на гражданите, здравно-демографските тенденции и ресурсните възможности на националната система за здравеопазване. Национална здравна карта и областни здравни карти са инструменти за осъществяване на държавната здравна политика.

**Ключови думи:** държавна здравна политика, Национална здравна стратегия, Национална здравна карта

### ПОЛИТИКА ИЛИ ПОЛИТИКИ В СФЕРАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Идеите, вложени в понятието „политика“, претърпяват еволюция от античността до днес. Терминът произлиза от гръцката дума „Πολιτική“, използвана от Аристотел в книгата му „Политика“. Първоначалното значение на думата е неособено - нещо, отнасящо се до полиса. Политиката се свързва с умението да се управлява полиса и действието по управлението. Днес, политиката неизменно се идентифицира с властта, „политиката и властта са взаимно свързани и взаимно определени“.

Политиката, така както е дефинирана думата „politics“ [4], се свързва с идеята за управлението на група от хора (нация, политическа партия); действия, извършвани от правителството, политиките или политическите партии; подходи и тактики, които се прилагат при управлението на държавата. В по-широк смисъл, политиката често се свързва с вътрешни противоречиви взаимоотношения между членовете на едно общество. Във визирания смисъл производното прилагателно „политически“ се отнася към партиите, правителствата, международните отношения.

В английския език съществува и думата „policy“ [4], преведана на български отново като политика или списък от правила и принципи. За разграничаване нюансите на смисъла, понятието политика се използва в множествено число – политики. В този смисъл политиката (политиките) се свързват с план/ курс на действие, ръководни принципи, от страна на правителство, политическа партия, бизнес организация, които се приемат за целесъобразни, разумни или полезни и които могат да повлияят и да определят решенията и в други сфери.

В смисъла на казаното по-горе, изработването и приемането на държавните политики е проявление на най-високото ниво на държавното управление, изразяващо се в реализиране на суверенната държавна власт. Това са управленски решения, които изпълняват организиращи задачи. [1]

### ДЪРЖАВНА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

Управленските решения, насочени към една определена обществена сфера, формират държавните политики в съответната област. Управленските решения в сферата на здравеопазването формират държавната здравна политика. Отчитайки разликата в понятията политика и политики, формулировката „държавна здравна политика“ търпи известни терминологични критики. Използването, в настоящия текст, на понятието в единствено число е продиктувано от обстоятелството, че така терминът е ползван в секторното законодателство, регулиращо обществените отношения в сферата на здравеопазването. Понятието „здравна политика“ се използва в документи и текстове, свързани с Европейския съюз.

Приложимите нормативни актове не дават легална дефиниция на понятието „държавна здравна политика“. В сферата на социалната медицина (П. Салчев) здравната политика се определя като част от общата политика на държавата. Тя се

обуславя от ясно определени обществени цели, потребности и интереси – здраве и здравно благополучие за населението, определя се като система на дългосрочни стабилни решения, свързани с опазване и възстановяване на здравето, които са приемливи за всички социални групи, класи или партии и съответстват на поставените цели, средства и времеви рамки за осъществяването им.

По дефиницията на Световната здравна организация (СЗО) [6], здравната политика (Health policy) се отнася до решения, планове и действия, които се предприемат за постигане на конкретни цели за здравни грижи в рамките на обществото. Ясно формулирана здравна политика, може да постигне няколко неща: да дефинира визията за бъдещето, което от своя страна помага да се установят цели и задачи в краткосрочен и средносрочен план. Здравната политика показва приоритетите и очакваните отговорности на участниците в здравната система, спомага за постигане на консенсус и информира обществото.

Възприемайки определението на СЗО за „здраве“, Законът за здравето (ЗЗ), определя същото като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие. Опазването на здравето е издигнато в национален приоритет, гарантиран от държавата чрез прилагане на основните принципи, визирани в ЗЗ. Това са принципите за равнопоставеност при ползване на здравни услуги; осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година; приоритет на промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите; предотвратяване и намаляване на риска за здравето на гражданите от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената среда; особена здравна закрила на деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства; държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите.

Така цитираните определения, включват двата основни аспекта на политиките, включително и на държавната здравна политика. От една страна здравната политика дефинира цели, т. е. приоритети, принципи. От друга страна политиката включва резултатите, вкл. и средствата за реализирането ѝ.

### НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

Първият програмен (стратегически) документ, израз на държавната политика в областта на здравеопазването (чл. 3, ал. 1 ЗНЗ отм.) е Националната здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“ 2001 –2010. Стратегията, заедно с плана за действие за периода 2001 – 2006, са приети с решение на МС 267/23. 04. 2001. Тогава се приема и национална стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг в РБ 2001 – 2006.

Понятието Национална здравна стратегия се институционализира с влизане в сила на Закона за здравето (01.01.2005), но липсва легална дефиниция. Законът за здравето визира, че Националната здравна стратегия (както и националните здравни програми) се основават върху оценка на здравното състояние и здравните потребности на гражданите, здравно-демографските тенденции и ресурсните възможности на националната система за здравеопазване.

Националната здравна стратегия се одобрява от МС, по предложение на министъра на здравеопазването и се приема с решение на Народното събрание. Действащата Национална здравна стратегия 2008 – 2013 и План за действие към нея са приети с решение на НС от 05.12.2008 (ДВ 107/2008).

Съгласно договора за ЕС, всички политики на Съюза трябва да следват единен подход, дефиниран „Здраве във всички политики“ [5]. Този подход е израз на разбирането, че здравето се определя до голяма степен от фактори извън сферата на здравеопазването – околна среда, образование, социална политика, финансова осигуреност на здравните системи, научни изследвания.

В документите на ЕС се развива виждането, че единствено чрез здравната политика не може да се повлияе в достатъчна степен върху определящите здравето фактори. В тази връзка са необходими координирани действия, съвместни стратегии и инициативи с други свързани със здравето политики, за да се гарантира, че подходът към разрешаването на проблемите в тази област е адекватен. Така се стига до разбирането, че ефективната здравна политика трябва да включва всички свързани с опазването на здравето (в тесен смисъл) области на обществената система.

За да е напълно ефективен обаче, визираният подход трябва да бъде възприет и в националните, регионалните и местните политики.

Действащата Национална здравна стратегия дефинира като първа стратегическа цел осигуряването на условия за промоция на здравето и профилактика на болестите. Реализирането на тази стратегическа цел започва с внедряване на подхода "Здраве във всички политики".

Националната здравна стратегия описва подхода "Здраве във всички политики" като включващ въздействието на всички политики извън здравния сектор върху общественото здраве. Осъществяването на това междусекторно сътрудничество се свързва с вземането на политически решения, извършването на стратегическо планиране и практическа реализация на интервенциите. Крайната цел е да се улесни разработването на политики, основаващи се на научни доказателства, включващи оценка, съпоставяща здравните детерминанти и крайните резултати за здравето състояние на населението.

Националната здравна стратегия през периода 2008 - 2013 разглежда едновременно справедливия достъп до здравни услуги, природната среда, политическото управление и социално-икономическото развитие. Тя е насочена към интегриране на грижата за здраве на българските граждани във всички политики - външна политика на страната, политика за национална сигурност, политика за финансова стабилност, политика за социална солидарност и справедливост, политика за опазване на околната среда, политика в областта на образованието и науката, политика при бедствия и аварии и други.

Държавната политика (политики) в сферата на здравеопазването е тясно свързана с общата социална политика на държавата. Анализите на социалната политика, в последно време [2], придобиват повече инструментален, отколкото политологичен характер, заменияки проблема за ценностите, с въпроса за ефективността и ефикасността на практиките и конкретните мерки. В този аспект и Националната здравна стратегия следва да бъде подложена на оценка за практическите резултати, от нейното изпълнение. Законодателят е предвидил съответният механизъм за контрол по реализацията на стратегията. Ежегодно, в срок до три месеца преди началото на бюджетната година, министърът на здравеопазването представя в НС годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия (чл. 5, ал. 2 33).

В годишния доклад за 2010 година се казва, че Националната здравна стратегия е политически инструмент за стабилно и последователно развитие на системата за здравеопазване, осигуряващ предвидимост на резултатите от прилаганите мерки, оценка и анализ на постигнатото и преориентиране на дейностите в приоритетите, където има проблеми и забавяне.

Идеята за интегрирания подход към реализация на политиките в здравната сфера е визирана и в годишния доклад за 2011, одобрен от МС на 10. 10. 2012. В доклада е дадена препоръка, че основните приоритети за подобряване здравето на нацията трябва да бъдат насочени към повлияване на всички фактори на здравето, включително и социалните.

## РЕАЛИЗАНЕ НА ДЪРЖАВНАТА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

Съгласно чл. 105, ал. 1 от КРБ, Министерският съвет и осъществява вътрешната и външната политика (в смисъла на политики[1]) на страната. В този аспект, държавната здравна политика се ръководи и осъществява от Министерски съвет, в какъвто смисъл е и разпоредбата на чл. 3, ал. 1 от Закона за здравето.

Законът за здравето (чл. 3, ал. 3) възлага върху Министерски съвет приемането на национални здравни програми, предложение, за което се прави от министър на здравеопазването. По идентични с Националната здравна стратегия принципи, здравните програми следва да отчитат състоянието на здравето и здравните потребности на населението и наличните ресурси, включително и финансови за реализацията им. Националните здравни програми се приемат с оглед превенция на социално значими заболявания, както и инфекциозни. Пример в това отношение са Националната програма за елиминация на морбили и вродена рубеола, Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата, Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции, националната програма за редки болести 2009 –2013, националната програма за превенция на детското дентално здраве.

Практически (управленски) механизъм за осъществяване на националната здравна политика е приемането на Национална здравна карта.

Лечебните заведения за болнична помощ, центровете за спешна медицинска помощ, центровете за трансфузиозна хематология, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове и домовете за медико-социални грижи, високотехнологичните методи на диагностика и лечение, както и лекарите и лекарите по дентална медицина, необходими за извънболничната помощ се планират и разпределят на териториален принцип въз основа на потребностите на населението от достъпна и своевременна медицинска помощ. Планирането се извършва чрез Национална здравна карта и областни здравни карти, посредством които се осъществява националната здравна политика (чл. 29 ЗЛЗ). Националната здравна карта се утвърждава с решение на МС по предложение на министъра на здравеопазването.

Съдържанието на Националната здравна карта е нормативно определено в Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), част от което е съдържанието на областните здравни карти. Областните здравни карти се създават след оценка на потребностите от спешна, първична и специализирана извънболнична и болнична помощ и съответствието на лечебните заведения с изискванията на закона, едно от които е задължението за болничните лечебни заведения да осигурят 24-часово извършване на лечебна дейност. Комисията, изработваща областната здравна карта е длъжна да съобрази достъпа до медицинско обслужване на населението, живеещо в труднодостъпните и отдалечените райони.

Още с приемането на Националната здравна стратегия 2008 – 2013 е направена констатацията, че съществуващата към момента Национална здравна карта (утвърдена с решение на МС 429 от 12. 06. 2003, посл. изм. ДВ 45/2005) не отчита съществени характеристики и особености - здравно-демографски, инфраструктурни, комуникационни, времеви и транспортни възможности, кадрови ресурси и др. Започналият през 2010 година процес по изготвяне на областни здравни карти, които са предпоставка за утвърждаването на Националната здравна карта (чл. 32 ЗЛЗ) е забавен. По жалба на сдружение с нестопанска цел, ВАС отмени заповедите на министъра на здравеопазването за назначаване на комисии за изготвяне на областни здравни карти в единадесет области.

С решение 103/24.02.2011 на МС е утвърдена Националната здравна карта на РБ, ведно с 33 приложения, съответстващи на нормативно определеното съдържание на картата. Решение 103/24.02.2011 на МС не е обнародвано в ДВ, въпреки изрично предвидената възможност по чл. 4, ал. 1, т. 8 от Закона за ДВ.

Производството по оспорване на цитираното решение на МС от страна на Българска стопанска камара - съюз на българския бизнес е прекратено поради просрочие на жалбата (адм. дело 9506/2011 ВАС). Видно от мотивите на определението, ВАС приема, че "решение 103/24. 02. 2011 на МС е съобщено чрез публикуването му в Интернет - страницата на Министерския съвет, като съгласно приложена и неоспорена от страните извадка от Информационната система за правна информация на МС, документът е публикуван на 15. 04. 2011 в 11:16: 50, която дата е датата на съобщаването му".

Формално ЗДВ поставя публикуването на решенията на МС на преценката на министър-председателя. В контекста на разглежданата държавна здравна политика, решението на МС за утвърждаване на Националната здравна карта има дългосрочен, стратегически ефект за развитието на една толкова важна обществена система, каквато е здравеопазването. От тази гледна точка, въпросът за (не)обнародването на визираното решение, следва да се разглежда не толкова от правен, колкото от политически, социален и социологически аспект.

Задължителна част от Националната здравна карта е формулирането на националните здравни приоритети. Здравните приоритети следва да бъдат разбирани като най-важните действия за реализиране на Националната здравна стратегия и в по-широк план – за провеждане на държавната здравна политика. Визираните в приложение 30, девет здравни приоритета съдържат общи формулировки, повтарящи основни принципи, декларирани в Закона за здравето и Националната здравна стратегия. Националните здравни приоритети са: равнопоставеност на достъпа при разпределение на публичния ресурс за здравеопазване; ефективно разходване на обществения ресурс за здравеопазване; повишаване ефективността и ефикасността на здравната система при съблюдаване на изискванията за достъпност, своевременност, достатъчност и качество; преодоляване на диспропорциите между областите; гарантиране на адекватно териториално разпределение на лечебните заведения за болнична медицинска помощ; осъществяване на комплексна и качествена диагностика близо до потребителя; унифициране на качеството и условията на предоставяне на болничните услуги, оказвани във всички области; предлагане на еднотипни специализирани, високоспециализирани и високотехнологични медицински дейности и услуги за населението от всички региони; рационализиране и икономизиране на системата.

Освен чрез МС, държавната здравна политика се осъществява и чрез Министерство на здравеопазването (МЗ), който извод се прави и в административната и съдебна практика.

Министерство на здравеопазването е орган за осъществяване на политиките по здравеопазване, за координиране действията на различните звена в системата на здравеопазване, в изпълнение на приетите политики, както и за осъществяване на административен контрол върху изпълнението. В израз именно на тази си функция, МЗ издава подзаконовни нормативни актове, а освен това може да прилага и правото си на законодателна инициатива за създаване, допълване или изменение на основни актове в сектора, каквито са: Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване и др. (Решение на КЗД по преписка № 85/2010).

В практиката си по ЗОДОВ, ВКС приема, че МЗ отговаря за провеждането на държавната политика в здравеопазването, включително и в тази част, която със закон е възложена на НЗОК.

Съгласно Закона за администрацията, министърът ръководи, координира и контролира осъществяването на държавната политика според своите правомощия. Министърът на здравеопазването, като централен едноличен орган на изпълнителната власт със специална компетентност, изпълнява възложените му от

закона дейности за реализиране на държавната здравна политика. Министърът на здравеопазването ръководи националната система за здравеопазване, която включва лечебните и здравни заведения, аптеките, както и държавните, общинските и обществените органи и институции за организация, управление и контрол на дейностите по опазване и укрепване на здравето. Върху министъра на здравеопазването е възложено осъществяването на контрол върху дейностите по опазване здравето на гражданите, осъществяването на спешна медицинска помощ, трансфузионна хематология, стационарна психиатрична помощ, медико-социални грижи за деца до тригодишна възраст, трансплантация и здравна информация, осигуряване и устойчиво развитие на здравните дейности в лечебните и здравните заведения, медицинската експертиза.

Част от реализацията на държавна здравна политика са действията на изпълнителната власт, както в отделните сектори и сфери на здравната система, така и на различни териториални равнища.

Националната система за трансплантация включва държавни органи и лечебни заведения, извършващи дейности, свързани с организацията, управлението и контрола на трансплантационния процес. Съгласно Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, министърът на здравеопазването провежда държавната политика в областта на трансплантацията. Съществена част от провежданата политика е финансирането на дейностите в сферата на трансплантациите. Законът за здравето (чл. 82, ал. 1, т. 5) предвижда предоставяне на медицински услуги свързани с трансплантация на органи, тъкани и клетки за всички български граждани, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Визираните дейности се финансират от републиканския бюджет и се ползват при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването. Към министъра на здравеопазването е създадена Изпълнителна агенция по трансплантация. ИАТ е компетентният орган за управление, координация и контрол на трансплантацията в Република България.

Друг важен аспект от здравната политика на държавата е регулирането на обществените отношения, свързани с осигуряването на лекарствени продукти. Законът за лекарствените продукти в хуманната медицина определя, че лекарствената политика е част от държавната здравна политика и се осъществява от министъра на здравеопазването. Лекарствената политика има два съществени аспекта – производството, респ. продажбата и осигуряване от страна на държавата на лекарства за определени заболявания. Конституцията на РБ предвижда държавен контрол върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях. Изпълнителната агенция по лекарствата е специализиран орган към министъра на здравеопазването за надзор върху качеството, безопасността и ефикасността на лекарствата. Производството, търговията на едро и дребно (от аптеки) на лекарствени продукти могат да бъдат извършвани след получаване на разрешение от изпълнителния директор на ИАЛ.

За всички български граждани, извън задължителното здравно осигуряване, Законът за здравето (чл. 82, ал. 1, т. 8) предвижда заплащане на лечението за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването. След поредица от изменения в реда за заплащане на лечението за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване със средства от републиканския бюджет (Наредба 34/2005), държава стесни ангажимента си осигуряване на лекарства, като разшири обхвата на дейностите, финансирани от бюджета на НЗОК. Към настоящия момент, по визирания ред, се заплащат лекарствени продукти, предназначени за лечението инфекциозни заболявания (СПИН, туберкулоза и други), психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на опиоиди, синдром на зависимост (вкл. метадонови програми), осигуряват се необходимите за лечение и

диагностика радиоактивни лекарствени продукти, радиофармацевтици, радионуклидни генератори, китове и радионуклеидни прекурсори.

Политиката на държавата в сферата на здравеопазването, освен на национално се реализира и на регионално равнище. Държавната здравна политика на територията на областта се осъществява и организира от регионална здравна инспекция (чл. 7, ал. 1 ЗЗ). РЗИ са второстепенни разпоредители с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването, със седалище населеното място - административен център на областта. РЗИ осъществяват държавен здравен контрол, както и контрол върху регистрацията и здравната дейност, осъществявана от лечебните и здравните заведения, вкл. и чрез прилагане методите на административната принуда. РЗИ изготвят анализи, оценки и прогнози за здравно-демографските процеси на регионално ниво, разработват и изпълняват регионални здравни програми и проекти; участват в координацията и изпълнението на национални и международни такива.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Държавната здравна политика се разглежда в два основни аспекта – формулирането на принципите (политиките) и тяхната реализация. Визираните аспекти не са линейно свързани, а следва да се разглеждат като взаимно свързани части (етапи) от един цикъл. Неизменна част от този цикъл е оценката.

От една страна оценката следва да бъде предварителна, извършена преди формулирането на политиките. В този смисъл е и изискването на Закона за здравето за оценка на потребностите, при формулиране на Националната здравна политика.

Оценката на въздействието е задължителна част от дейността на държавното управление. Изготвянето на нова политика в дадена област или на един акт трябва да бъдат подкрепени от съответната предварителна или разширена оценка на въздействието. Оценката на въздействието е инструмент за по-добро вземане на решения и за гарантиране качеството и устойчивостта на публичните политики. [3]

От друга страна оценка следва да се направи и в хода на реализация на определена държавна политика. Последващата оценка ще анализира ефектите (положителни или негативни) и ефикасността на провежданата политика. Изводите от оценката по прилагането, са предпоставката за управленските решения за продължаване или промяна на политиките. Изводите от изпълнението на Националната здравна стратегия 2008 –2013, както и актуална оценка на здравето на нацията ще бъдат фундамент за формулиране на бъдещите политики на държавата в сферата на здравеопазването.

### ЛИТЕРАТУРА

[1] Дачев, Л. Същност и съдържание на държавното управление, Научни трудове на РУ – 2008, том 47, серия 7,

[2] Томова, Т. Социалната политика: капаните на оценката, Публични политики. bg, бр. 4/2011

[3] Ръководство за оценка на въздействието в България, МС, <http://www.strategy.bg/Publications/View.aspx?lang=bg-BG&Id=45>

[4] The American Heritage® Dictionary of the English Language, Fourth Edition copyright ©2000 by Houghton Mifflin Company

[5] [http://ec.europa.eu/health/health\\_policies/policy/index\\_bg.htm](http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_bg.htm)

[6] [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/)

### За контакти:

Мария Радева, асистент, Юридически факултет, РУ, тел. 0887 299 552, e-mail: radeva\_m@yahoo.com, www. MariaRadeva. Com

## Неприсъствено решение срещу ответник

гл. ас. д-р Таня Панайотова Градинарова

**Rendition of a judgment by default against the respondent:** With the entry into force of the current Civil Procedure Code (CPC) on 01.03.2008 a new institute was introduced into the Bulgarian Civil Procedural Law, namely the rendition of a judgment by default and the defences against it, that poses a challenge for both the theoretical and the practical application of the CPC. The specificity of the rendition of judgments is reflected in the special conditions for their enactment, their contents, their legal regime and the available specific defences against them. Therefore, the clarification of their enactment prerequisites, depending on the differences in the regulation of the different types of renditions of judgments by default, is important for the law enforcement and for the development of the procedural theory. This report aims to create a discussion regarding some of the problems of the enactment of a rendition of a judgment by default against the respondent, being the most common type of rendition of a judgment in law both historically and comparatively wise, to conduct a critical analysis of its internal order, as well as to provide some suggestions de lege ferenda.

**Key words:** rendition of a judgment by default against the respondent, procedural inactivity, prerequisites for the enactment of a rendition of a judgment by default against the respondent

### ВЪВЕДЕНИЕ

С влизането в сила на действащия Граждански процесуален кодекс (ГПК) на 01.03.2008 г. в българското гражданско процесуално право, чрез уредбата на текстовете на чл. 238 до чл. 240 от ГПК, се въведе нов институт – този на неприсъственото решение и защитата срещу него, който представлява предизвикателство както за теорията, така и за съдебната практика по прилагане на ГПК.

Въпреки, че на българското гражданско процесуално право исторически са познати институтите на задочното решение<sup>241</sup> и на неприсъственото решение<sup>242</sup>, анализът на действащата регламентация на института води до извода, че уредбата му се различава от историко-правно познатите форми и от действащите в другите държави подобни институти.

Спецификата на неприсъствените решения намира израз в особените условия за постановяването им, в съдържанието на мотивите им (чл. 239, ал. 2 ГПК), в правния им режим на окончателни решения и в особените средства за защита срещу тях. Ето защо, изясняването на предпоставките за постановяването им, в зависимост от разликите в регламентацията на видовете неприсъствени решения, е от значение за правоприлагането и за развитието на процесуалната теория.

Настоящият доклад има за цел да постави на дискусия някои от проблемите на постановяване на неприсъствено решение спрямо ответник, което – историко - и сравнително-правно, е най-типичният вид на неприсъствено решение.

### ИЗЛОЖЕНИЕ

1. **Общи положения:** Като правило, неприсъственото решение е само първоинстанционно<sup>243</sup>, постановява се при особени предпоставки, свързани с бездействие на една от главните страни в процеса. Анализът на законовите предпоставки за постановяването му налагат извода, че условията, при наличие, на които може да се достигне до неприсъствено решение, по хипотеза изключват

<sup>241</sup> Уредено в Закона за гражданското съдопроизводство (ЗГС) от 1892 г. в чл.121 и чл.122 за задочното решение на мировия съдия и чл.чл.647-653 за задочното решение на окръжните съдилища.

<sup>242</sup> Закон за гражданското съдопроизводство (ЗГС) от 1930 г., чл.чл.464-470.

<sup>243</sup> Авторът споделя становището, изразено в практиката на Върховния касационен съд(ВКС), съгласно което постановяване на неприсъствено решение от въззивната инстанция се явява несъвместимо с характера на нейните правомощия по ГПК- Решение № 705/17.01.2011 г. на ВКС по гр.д.№1388/2009 г., IV г.о., ГК.