

FRI-2B.313-1-L-02

---

**MEDICAL STANDARD “HEALTH CARE” – CRITICAL REMARKS<sup>1</sup>**


---

**Assist. Prof. Maria Radeva, PhD**

Department of Private Law Science, Faculty of Law

“Angel Kanchev” University of Ruse

Phone: 0887 299 552

E-mail: mradeva@uni-ruse.bg

***Abstract:** The article examines the medical standard “Health Care” as subordinate normative act intended to regulate the quality of health care services and the professional activities of health care professionals. The main focus is placed on the provisions of Chapter Five of the standard. In particular, the regulation of informed consent and the mandatory template introduced therein are analysed, highlighting significant conceptual and legal inconsistencies with the applicable legislation, judicial practice, and the principles governing the protection of patients’ rights. In conclusion, the necessity of revising and refining the adopted medical standard is substantiated.*

***Keywords:** Medical standards, Health care regulation, Informed consent*

***JEL Codes:** I18, K32*

**ВЪВЕДЕНИЕ**

В първоначалната редакция на чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), обнародван в ДВ, бр. 62 от 1999 г., е предвидено, че лечебните заведения осъществяват дейността си „според правилата за добра медицинска практика и стандартите за лечение, при спазване на професионалната тайна и правата на пациента“. С посочената разпоредба за първи път се въвежда нормативно изискване за съобразяване с професионални стандарти, насочени към уеднаквяване на медицинската практика и гарантиране качеството на предоставяните медицински дейности.

С изменението на Закона за лечебните заведения (ДВ, бр. 62 от 2002 г.) понятието стандарти за лечение е заменено със *стандарти за качество на оказваната медицинска помощ*. Едновременно с това законодателят въвежда и институционалната форма на тези стандарти, като предвижда те да бъдат утвърждавани с наредби на министъра на здравеопазването. По този начин стандартите придобиват характера на подзаконови нормативни актове.

През 2010 г. (ДВ, бр. 59 от 2010 г.) в Закона за лечебните заведения се въвежда понятието медицински стандарт<sup>2</sup>, което се утвърждава и като правен термин. В последващите редакции на чл. 6, ал. 1 ЗЛЗ, включително и в действащата към момента редакция (ДВ, бр. 85 от 2020 г.), се запазва нормативната конструкция, съгласно която дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на *медицинските стандарти за качество* на оказваната медицинска помощ и при осигуряване защита на правата на пациента. Медицинските стандарти се утвърждават с наредби на министъра на здравеопазването, което ги консолидира като ключов инструмент за нормативно регулиране на дейностите в лечебните заведения. В съдържателен план те представляват нормативно определен алгоритъм за осъществяване на съответните медицински дейности при упражняването на медицинската професия<sup>3</sup>, като целят постигане на предвидимо и съпоставимо качество на медицинските дейности.

Към октомври 2025 г. действат 52 медицински стандарта, включително два стандарта в областта на денталната медицина и един медико-технически стандарт „Зъботехника“. В този контекст медицинският стандарт „Здравни грижи“, утвърден с Наредба № Н-5 от 17.10.2025 г. (ДВ,

---

<sup>1</sup> Оригинално заглавие на доклада на български език МЕДИЦИНСКИЯТ СТАНДАРТ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“ – КРИТИЧНИ БЕЛЕЖКИ

<sup>2</sup> Повече относно медицинските стандарти вж Илиева, А. Контролът в здравеопазването, Сиела, 2018, 161 - 167

<sup>3</sup> Зиновиева, Д. Медицинско право, Сиела, 2016, с.35

бр. 89 от 24.10.2025 г.), следва да бъде разглеждан като елемент от общата система на подзаконовни нормативни актове, чрез които се регламентира качеството на медицинската помощ в Република България.

Понятието здравни грижи, което е централно за разглеждания медицински стандарт, е легално определено в § 1, т. 3 от ДР на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на лекарските асистенти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите. Законът го дефинира като дейност, свързана със здравето и болестта, извършвана от лицата по чл. 1 (посочени и в наименованието на закона) с цел осигуряване на човешките потребности, когато лицето не може поради болест, възраст, инвалидност или други причини, няма познания или не трябва да я извършва само. Това легално определение очертава концептуалната рамка, в която по принцип следва да бъде поставен медицинският стандарт „Здравни грижи“. Наред с това обаче следва да се направи съществено уточнение, че подзаконовият нормативен акт въвежда по-тясно разбиране за обхвата на понятието здравни грижи. По смисъла на наредбата *специалисти по здравни грижи* са единствено медицинските сестри, акушерките, медицинските лаборанти, рентгеновите лаборанти, рехабилитаторите и масажистите (с увредено зрение). Следователно медицинският стандарт „Здравни грижи“ намира приложение единствено по отношение на професионалните дейности, осъществявани при упражняването на тези шест регулирани професии.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

### Критични бележки относно структурата на медицинския стандарт

Утвърждаването на всеки медицински стандарт следва да бъде оценявано положително. Това е обусловено не само от изпълнението на правното предписание на чл. 6, ал. 1 от ЗЛЗ, но и от обстоятелството, че чрез приемането на съответния стандарт се въвеждат нормативни изисквания, които конкретизират съдържанието на професионалната дейност и регламентират очакваното качество на оказваната медицинска помощ. Те създават и определена предвидимост в дейността на лечебните заведения и упражняващите медицинска професия – дейности, които се характеризират с професионален риск.

В структурно отношение медицинският стандарт „Здравни грижи“ следва вече установената практика при утвърждаването на медицинските стандарти. Наредбата съдържа единствен член, с който се постановява утвърждаването на съответния медицински стандарт, докато самият стандарт е оформен като приложение към този член. Този подход подлежи на критична оценка. Правилата, които съставляват съдържанието на подзаконовия нормативен акт, следва да бъдат включени в неговата основна част, а не да се изнасят в приложение. В приложенията обичайно се помества специфична информация, която е неразделна част от нормативния акт, но поради своя технически, описателен или илюстративен характер е по-подходящо да бъде структурирана извън основния му текст (арг. чл. 31, ал. 1 от Указ № 883 за прилагане на Закона за нормативните актове).

В настоящия случай приложението изпълнява функцията на основен текст на подзаконовия нормативен акт, което на практика изнася съществената нормативна уредба извън основната част на наредбата. Подобен подход затруднява систематичното тълкуване и поражда съмнения относно съответствието на структурата на акта с правилата относно строежа на нормативните актове.

Медицинският стандарт „Здравни грижи“ е структуриран в пет глави, номерирани с непрекъсната поредна номерация съгласно чл. 28, ал. 2, изр. 1 от Указ № 883. Разпоредбите в рамките на отделните глави обаче, освен че не са обозначени като „членове“, са номерирани по идентичен начин. Така например номерацията „3.1“ е използвана пет пъти в текста. Избраният способ за номериране на отделните разпоредби създава практически затруднения при позоваването и допълнително компрометира яснотата и прецизността на нормативния акт.

Изложените структурни особености на медицинския стандарт „Здравни грижи“ не изчерпват възможните критични бележки. Наред със съображенията, свързани със строежа на нормативния акт, съществени въпроси поражда и съдържанието на отделни негови разпоредби. С оглед ограничения обем на настоящото изложение, анализът е съсредоточен върху разпоредбите на глава пета.

### Критични бележки относно документацията

Глава пета на медицинския стандарт е озаглавена „Документация за отчет на изпълнението на професионалните дейности в обхвата на здравните грижи“ и съдържа четири разпоредби. С оглед изискванията, произтичащи от правилата относно строежа на нормативните актове, в настоящото изложение тези разпоредби ще бъдат обозначавани като членове.

Съгласно чл. 1 от глава пета специалистите по здравни грижи, работещи в лечебни заведения по чл. 8, т. 1–4, чл. 9 и чл. 10 от ЗЛЗ, водят въведената в лечебните заведения медицинска и друга документация съгласно утвърдените в тях правила за документооборот. Тази разпоредба е логична, доколкото в посочените видове лечебни заведения здравните грижи се предоставят от лица, които в общия случай се намират в трудовоправни отношения със стопанските субекти<sup>4</sup> - търговски дружества, кооперации и други юридически лица или лица, упражняващи свободна професия - притежаващи лечебните заведения. Специалистите по здравни грижи, в качеството си на служители по смисъла на Кодекса на труда, са дисциплинарно и йерархично подчинени на работодателя<sup>5</sup>. В този смисъл те са длъжни да спазват вътрешните актове<sup>6</sup> на работодателя, включително въведените правила за документооборот, което обуславя и нормативното решение, възприето в разглежданата разпоредба.

Съгласно чл. 2 от глава пета ръководителите на лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ утвърждават правила за документооборота в лечебното заведение, в т.ч. медицинския документооборот и форми на медицинска документация в съответствие с осъществяваните медицински дейности, позволяващо проследимост на предоставените здравни грижи. Лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ са амбулаториите за здравни грижи, които могат да бъдат индивидуална или групова практика.

Правното положение на ръководителите на лечебните заведения по чл. 8, т. 1 - 4, чл. 9 и чл. 10 от ЗЛЗ и на лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ по принцип е идентично. Въпреки това разпоредбата на чл. 2 от глава пета вмениява изрично задължение за утвърждаване на правила за документооборот единствено на ръководителите на лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ. Възможно логично обяснение за този нормативен подход е обстоятелството, че лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ могат да бъдат притежавани единствено от лекарски асистент, медицинска сестра, акушерка или рехабилитатор. Тези лечебни заведения предоставят единствено здравни грижи, т.е. в рамките на предметния обхват на разглеждания медицински стандарт, което вероятно е обусловило и специалното акцентирание върху задължението за регламентиране на документооборота.

Разпоредбата на чл. 2 от глава пета поставя и въпроса за приложимостта на разглеждания медицински стандарт спрямо лекарските асистенти. Съгласно § 1 от ДР лекарските асистенти са изключени от обхвата на наредбата, тъй като не са включени в понятието специалист по здравни грижи по смисъла на същата. От друга страна обаче лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ могат да бъдат притежавани и от лекарски асистенти. Това противоречие между нормативния обхват на медицинския стандарт и препратката към ЗЛЗ, следва да бъде преодоляно чрез прецизиране на разпоредбите на настоящия медицински стандарт, с оглед постигане на яснота и последователност в правната уредба.

Въпреки недоброто структуриране на текста, следва да се приеме, че чл. 4 от глава пета урежда досието на пациента за здравни грижи. От гледна точка на структурата и систематиката на текста, с цел по-добро възприемане и логическа последователност, би било уместно настоящият чл. 4 да заеме мястото на чл. 3. В цялост чл. 4 трудно може да бъде определен като разпоредба, изградена в съответствие с изискванията за строеж на правната норма. Независимо от отправените критики, като положителен момент следва да се отбележи направеният опит да се дефинира понятието пациентско

<sup>4</sup> Радева, М Ограничения в търговския статут на лечебните заведения, Актуални проблеми на правното регулиране на бизнеса, Издателски комплекс – УНСС, 2019, 91-97

<sup>5</sup> За лечебното заведение като работодател вж Стайков, Ив. Особености във връзка със страните и трудовите фикции по двете трудови правоотношения на лекар в лечебно заведение, който е и преподавател във висше медицинско училище, Юридическо списание на НБУ, 2016–2017 година, брой 1–3

<sup>6</sup> За недържавните източници на трудовото право вж Гевренова, Н. Правилникът за вътрешния трудов ред, Сиби, 2007

досие, както и да се очертае минималното му съдържание. Въпреки това остава неясно дали въведените изисквания относно пациентското досие са приложими към всички лечебни заведения, в които специалисти по здравни грижи извършват дейности или се отнасят единствено до лечебните заведения – амбулатории за здравни грижи. Посочената неяснота следва да бъде отчетена като дефицит на медицинския стандарт, който към настоящия момент остава непреодолян.

### **Информираното съгласие при здравните грижи – формализъм и правни противоречия**

Съгласно чл. 3 от глава пета за извършване на професионални дейности от медицински сестри, акушерки и рехабилитатори в лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ се попълва декларация за информирано съгласие по утвърден образец. С тази разпоредба се въвежда задължение, адресирано изрично до медицинските сестри, акушерките и рехабилитаторите. Извън обхвата на това задължение остават медицинският лаборант, рентгеновият лаборант и масажистът (с увредено зрение), които също са квалифицирани като специалисти по здравни грижи съгласно § 1 от ДР. Подобно разграничение може да бъде обяснено с особеностите на професионалните дейности, които отделните категории специалисти по здравни грижи осъществяват и с различната степен на взаимодействие с пациента.

Задължението по чл. 3 обхваща професионалните дейности, извършвани от медицински сестри, акушерки и рехабилитатори в лечебни заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 от ЗЛЗ. Следователно разглежданата разпоредба не намира приложение по отношение на дейността на тези специалисти в останалите видове лечебни заведения. Това обстоятелство не означава, че спрямо посочените дейности в останалите лечебни заведения е неприложим институтът на информираното съгласие, а единствено че не е задължителен, въведеният с медицинския стандарт образец.

В този контекст се налага и следното уточнение. По смисъла на Закона за здравето информираното съгласие е нормативно уредено единствено в плоскостта лекар - пациент (арг. чл. 88, ал. 1 от ЗЗ). С оглед предложението *de lege ferenda* Законът за здравето следва изрично да предвиди, че не само медицинските дейности, но и дейностите по здравни грижи се осъществяват след изразено информирано съгласие от пациента. В този смисъл при получаването на информирано съгласие лекуващият лекар или лекарят по дентална медицина, съответно специалистът по здравни грижи, следва да предоставят на пациента, респективно на лицата, които изразяват информирано съгласие от негово име, необходимата информация съобразно изискванията на действащата правна уредба.

Разпоредбата на чл. 3 от глава пета въвежда единствено писмената форма като форма за действителност на информираното съгласие, без да предвижда изключения от това правило. Този подход се различава от възприетия в Закона за здравето, където съгласно чл. 89, ал. 1 писмената форма е задължителна само в изрично посочените хипотези. Макар писмената форма да е за предпочитане от гледна точка на бъдещото доказване, нейното абсолютизиране в чл. 3 на медицинския стандарт поражда съмнения относно съразмерността на въведеното изискване и налага то да бъде преразгледано.

Съществената критика спрямо т.нар. *декларация за информирано съгласие* следва да бъде насочена към нейното съдържание. Съгласно текста на чл. 3 за извършване на съответните професионални дейности се попълва декларация за информирано съгласие, като по този начин разглежданият медицински стандарт придава нормативна форма на съществуваща порочна практика, при която активната комуникация между оказващия медицинска помощ и пациента се свежда до подписване на декларация по образец. Възприетият подход, както и съдържанието на въведения образец, показват непознаване на правната същност на института на информираното съгласие.

Информираното съгласие има за цел да обуслови допустимостта на медицинската дейност чрез поемане на информирано решение от страна на пациента, като по този начин рискът от медицинската намеса се прехвърля от лицето, което я осъществява, върху пациента, в чиято полза

тя се извършва<sup>7</sup>. За да е налице такова прехвърляне на риска, е необходимо пациентът предварително да бъде информиран за характера, обхвата и възможните последици от съответната дейност. В този смисъл информираното съгласие представлява завършващият акт - в писмена или устна форма - от предоставена преди това достатъчна по обем, ясна и разбираема информация, съгласно изискванията на чл. 88, ал. 2 от Закона за здравето.

Задължителният образец въвежда твърде обща формулировка, съгласно която пациентът декларира: „Получих подробно описание и обяснение на предстоящите дейности и манипулации, които ще ми бъдат извършени от специалиста по здравни грижи съобразно моето здравословно състояние и в рамките на неговата компетентност. Беше ми разяснена тяхната същност и ми бяха обяснени специфичните рискове.“ Подобен подход е трайно критикуван в съдебната практика. Включването на такива общи и абстрактни формулировки, които не отчитат спецификата на конкретния случай, представлява нарушение на правото на пациента да бъде информиран и да изрази не просто съгласие, а именно информирано съгласие, каквото е изискването на закона. Съгласието следва да бъде дадено по отношение на конкретно определени дейности, а не принципно и обобщено, както е предвидено във въведения образец с формулировката „съм съгласен/а медицински специалист по здравни грижи от амбулатория за здравни грижи да извърши всички професионални дейности“.

С оглед защита на икономическите права на пациента в задължителния образец е включен и следният текст: „Информиран/а съм, че за извършените дейности, манипулации и процедури дължа такса, която се съгласявам да заплатя.“ И тази формулировка е неprecизна. Съгласно чл. 98, ал. 1 от ЗЛЗ, в случаите когато медицинските услуги не се оказват по договор с Националната здравноосигурителна каса и не се предоставят по реда на чл. 82 от Закона за здравето, лечебните заведения формират цена на предоставяните услуги. Следователно за извършените дейности, манипулации и процедури в амбулаториите за здравни грижи пациентите дължат цена, а не такса. Още повече, че цената е пазарна концепция, докато таксата е административна, нормативно установена сума за определена публична услуга.

Освен това Законът за лечебните заведения въвежда изрично задължение посочените субекти да предоставят на общодостъпни места в сградата си информация относно вида и цената на всички предлагани медицински и други услуги, както и за начина на тяхното заплащане. Тази информация (под формата на ценорзпис) следва да бъде публикувана и на интернет страницата на лечебното заведение или оповестена по друг обичаен начин, включително чрез интернет страницата на Министерството на здравеопазването. При наличие на тези законови гаранции за прозрачност и информираност включването на подобен текст в т.нар. декларация за информирано съгласие не е необходимо, тъй като икономическите права на пациентите са вече защитени в достатъчна степен от действащата законова уредба.

Не само ненужен, но и логически неуместен е текстът: „Получих документ за всички извършени плащания. Да/Не (Моля, оградете вярното).“ Независимо от изискванията на данъчното законодателство, съгласно чл. 98, ал. 7 от ЗЛЗ лечебните заведения са длъжни да издават на пациентите финансов документ за всички заплатени от тях суми във връзка с предоставеното обслужване, което прави включването на подобна декларативна формулировка излишно.

Основната критика към цитирания текст от декларацията за информирано съгласие произтича от несъответствието му с логиката на процесите. Информиранието съгласие се изразява преди извършването на съответната дейност, поради което подписването на образца на декларацията неизбежно предхожда фактическото осъществяване на здравните грижи. За разлика от това, заплащането на цената и издаването на съответния финансов документ представляват фактически действия, които по правило следват извършената дейност. В този смисъл включването на подобен текст в декларацията за информирано съгласие е концептуално неправилно и потвърждава тезата, че въведеният образец е в разрез с правната природа и функцията на информираното съгласие.

<sup>7</sup> Повече относно информираното съгласие вж. Ставру Ст., Лекарската грешка – гражданска отговорност на лекаря в практиката на ВКС, гражданска колегия, Сиела, 2015, с. 65; Шаркова, М. Медицинският деликт, Център за обучение на адвокати „Кр. Цончев“, 2018, 68-86

Включеното в образаца съгласие относно обработването на личните данни на пациента при спазване на приложимата нормативна уредба е в разрез с установената административна практика. Както последователно посочва Комисията за защита на личните данни, съгласието по смисъла на Общия регламент относно защитата на данните следва да бъде дадено свободно, което предполага наличие на действителен и свободен избор за субекта на данните, включително възможност да откаже или да оттегли съгласието си, без това да води до неблагоприятни последици за него. По правило не се изисква изрично съгласие, включително под формата на подписване на декларации, за обработването на лични данни от администратори, изрично посочени в практиката на КЗЛД, когато това обработване се извършва в рамките на тяхната обичайна професионална дейност. Към тази категория администратори спадат и лечебните заведения, както и лицата, упражняващи медицински и свързани със здравеопазването професии, доколкото обработването на лични данни е необходимо за предоставянето на здравни грижи и се основава на законово задължение, а не на съгласието на пациента.

Декларирането на знание за отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс при посочване на неверни данни показва непознаване на съдържанието и приложното поле на цитираната норма. Тя не обхваща декларации от подобен характер. Поради това включването на този текст във въведения образец е юридически необосновано и следва да бъде премахнато.

В обобщение може да се приеме, че уредбата на информираното съгласие в чл. 3 от глава пета на медицинския стандарт „Здравни грижи“ разкрива съществени концептуални и нормативни несъответствия. Възприетият формализиран подход не гарантира реалното упражняване на правото на информиран избор от страна на пациента и не съответства на правната природа и функцията на информираното съгласие. Това налага преосмисляне на уредбата с оглед постигане на съответствие с принципите на Закона за здравето, защитата на правата на пациента и утвърдената съдебна практика. Формално е налице утвърден образец, който от една страна цели уеднаквяване на медицинската документация и улесняване на професионалната дейност на специалистите по здравни грижи. На практика обаче този образец, освен че поражда сериозни съмнения от правна гледна точка, създава и подвеждащо усещане за правна сигурност. При евентуален правен спор така попълнената декларация за информирано съгласие по образец не би могла да изпълни основното си предназначение - при правомерно поведение на специалиста по здравни грижи да обуслови допустимостта на дейността и да прехвърли свързания с нея риск върху пациента.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Направеният критичен анализ на медицинския стандарт „Здравни грижи“ обосновава извода, че той следва да бъде прецизиран, за да може да се прилага в съответствие с предназначението си на нормативен регулатор, гарантиращ качеството на здравните грижи и ефективна защита на правата на пациентите. Необходимостта от такова прецизиране се засилва и с оглед развитието на нормативната рамка в областта на здравното осигуряване, включително измененията и допълненията на Закона за здравното осигуряване (ДВ, бр. 97 от 2025 г.), насочени към разширяване участието на професионалистите по здравни грижи в процеса по сключване на Националния рамков договор за медицинските дейности. В този контекст и заявеният стремеж на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи към по-голяма самостоятелност на техните членове при предоставянето на здравноосигурителни престации прави разгледаните въпроси, свързани с медицинския стандарт „Здравни грижи“, особено актуални и практически значими.

## REFERENCES

- Gevrenova, N., (2007). Internal Labour Regulations. Sofia: Sibi. *(Оригинално заглавие: Гевренова, Н., 2007. Правилникът за вътрешния трудов ред. София: Сиби)*
- Ilieva, A., 2018. Control in Health Care. Sofia: Ciela. *(Оригинално заглавие: Илиева, А., 2018. Контролът в здравеопазването. София: Сиела)*

Radeva, M., (2019). Restrictions on the Commercial Status of Health Care Establishments. In Current Issues of Legal Regulation of Business. Sofia: UNWE Publishing Complex, 91–97. **(Оригинално заглавие: Радева, М., 2019. Ограничения в търговския статут на лечебните заведения. В Актуални проблеми на правното регулиране на бизнеса. София: Издателски комплекс – УНСС, 91–97)**

Sharkova, M., (2018). Medical Tort. Sofia: Center for Training of Lawyers “Kr. Tsonchev”. **(Оригинално заглавие: Шаркова, М., 2018. Медицинският деликт. София: Център за обучение на адвокати „Кр. Цончев“)**

Stavru, St., (2015). Medical Error – Civil Liability of the Physician in the Case Law of the Supreme Court of Cassation, Civil Chamber. Sofia: Ciela. **(Оригинално заглавие: Ставру, Ст., 2015. Лекарската грешка – гражданска отговорност на лекаря в практиката на ВКС, гражданска колегия. София: Сиела)**

Staykov, Iv., (2017). Specific Issues Concerning the Parties and Legal Fictions in the Two Employment Relationships of a Physician in a Health Care Establishment Who Is Also a Lecturer at a Higher Medical School. Legal Journal of NBU, issues 1–3. **(Оригинално заглавие: Стайков, Ив., (2017). Особенности във връзка със страните и трудовите фикции по двете трудови правоотношения на лекар в лечебно заведение, който е и преподавател във висше медицинско училище. Юридическо списание на НБУ, брой 1–3)**

Zinovieva, D., (2016). Medical Law. Sofia: Ciela. **(Оригинално заглавие: Зиновиева, Д., 2016. Медицинско право. София: Сиела)**