

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Д-Р ЕМИЛ АНКОВ СПАСОВ

ОСНОВНИ ПРАВА НА ПАЦИЕНТА И ЗДРАВНО
ОБСЛУЖВАНЕ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА
СТЕПЕН “ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ
ПРОФ. Д-Р РАЛИЦА ЗЛАТАНОВА-ВЕЛИКОВА, ДМ

София, 2017г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	6
I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	9
I.1. Исторически преглед на проблема за правата на пациента.....	9
Развитие на концепцията за правата на пациента.....	9
Правна регламентация в рамките на Европейския съюз.....	11
I.2. Движение за ново обществено здравеопазване и права на пациента.....	32
I.3. Сравнително правен анализ на международните актове.....	39
I.4. Действащо законодателство в страните от Европейски съюз.....	52
Видове нормативни актове на национално равнище.....	52
I.5. Регламентация на правата на пациента и правото на здравно обслужване в Република България.....	82
Конституционна уредба.....	82
Законова уредба на правата на пациентите	90
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	104
II. 1. ЦЕЛ.....	104
II. 2. ЗАДАЧИ:.....	104
II. 3. РАБОТНА ХИПОТЕЗА	105
II. 4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	105
Обект	106
Логическа единица.....	107
Техническа единица.....	107
Време и място на наблюдението	108
Документи на проучването	108
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	110
III. 1. АНАЛИЗ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В БЪЛГАРИЯ РЕГЛАМЕНТИРАНИ В НОРМАТИВНИТЕ ДОКУМЕНТИ.....	110
III. 2. АНАЛИЗ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА ПРИ ПОЛУЧАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ В ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ.....	121
III. 3. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЛЕКАРИТЕ, ПАЦИЕНТИТЕ И СТУДЕНТИТЕ ПО МЕДИЦИНА ЗА ПОЗНАНИЯТА ИМ ОТНОСНО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В БЪЛГАРИЯ	130
Демографска характеристика на анкетираните лица	130
Информираност на анкетираните лица.....	133
Мнения и впечатления като пациенти на лечебно заведение.....	140
Осведоменост на анкетираните лица относно правата им, като ЗЗОЛ	164

Правата на пациентите и качеството на здравеопазването.....	169
III. 4. МОДЕЛ НА АЛГОРИТЪМ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА ИНФОРМИРАНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ЗА ТЕХНИТЕ ОСНОВНИ ПРАВА ПРИ ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ.....	177
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	180
ИЗВОДИ	182
ПРЕПОРЪКИ	185
САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	187
ЛИТЕРАТУРА	189
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНКЕТНА КАРТА ЗА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В БЪЛГАРИЯ.....	201
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Демографски характеристики на анкетиранията лица – общо и по групи	208
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Информираност на анкетиранията лица – общо и по групи ...	209
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Мнения и впечатления на анкетиранията лица като пациенти на лечебно заведение – общо и по групи	210
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Информираност на анкетиранията лица и подадени жалби – общо и по групи	212
ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Мнение на анкетиранията лица за правата на пациентите	213

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС	Български лекарски съюз
ДЕО	Договор за Европейска общност
ЕКЗПЧ	Европейска конвенция за защита правата на човека и основните свободи
ЕС	Европейски съюз
ЗЗОЛ	Задължително здравно осигурени лица
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ЗНЗ	Закон за народното здраве
ИМП	Извънболничната медицинска помощ
ИСП	Извънболничната специализирана помощ
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
МОН	Министерство на образованието и науката
МЦ	Медицински център
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НРД	Национален рамков договор

ООН	Организация на Обединените Нации
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
РБ	Република България
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СЗО	Световна здравна организация
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение

ВЪВЕДЕНИЕ

Необходимостта от регламентиране на правата на пациента е тясно свързана и произтича от по-широкото по съдържание разбиране на правото на автономия на личността като основно човешко право. В този контекст в изложението е посочено, че изискванията за защита на правата на пациентите се поставят с **Всеобща декларация за правата на човека** приета от Общото събрание на ООН през 1948 г. и **Европейската конвенция за защита правата на човека и основните свободи (ЕКПЧ)** – подписана на 4 ноември 1950 г. в Рим, в сила от 1953 г.

Правата във връзка със здравето следва да се разглеждат диференцирано и да се прави разлика между:

➤ **Правата на гражданите по отношение изобщо на тяхното здраве.**

Право на достъпна медицинска помощ с определен обем и качество, право на лечебно заведение, лекар, стоматолог, право на информация по проблемите на здравето, право на здравно осигуряване по една или друга система, право на здравословна околна среда, право на здравословни и безопасни условия на труд и т.н., (които права у нас се уреждат с **Конституцията на Република България, Закона за народното здраве**, както и с редица актове относно социалната политика, трудовото законодателство, екологичното законодателство, храните и храненето).

Едно важно допълнение към тези права, което придобива популярност през последните години, е **правото на участие** на гражданите при формиране на политиката и решенията в областта на здравеопазването. Възможностите за упражняване на тези права, както и необходимите правила и процедури, са

институционализирани във Великобритания и Финландия, до известна степен и в Полша и някои други страни. В този смисъл са и мерките, предвидени в **Програмата по общественото здравеопазване на Европейския съюз** по разширяване осведомеността на обществото относно здравните проблеми.

➤ **Правата на пациентите**

По своята същност правата на пациента представляват правна възможност за защита на конкретни изисквания на ползвателите на здравни грижи към други правни субекти, които са уредени в законов или подзаконов нормативен акт, както и в редица международни актове. Правата на пациентите са юридическо измерение на способите за защитата на здравето на човека, като основно право.

Пациент е всяко лице, което е потърсило или на което се оказва медицинска помощ. Регистрацията на лице като пациент става с неговото информирано съгласие, освен в случаите, посочени със закон. На пациента се оказва здравна помощ независимо от неговата възраст, пол, произход, език, национална, расова или политическа принадлежност, образование, убеждения, културно равнище, сексуална ориентация, лично, общественно или материално положение, увреждане и вид и причина на заболяването.

Необходимостта от регламентиране на неговите права произтича от това, че пациентът е в особено състояние, различно от обичайното, обусловено главно от ограничението на неговите функции (соматични, психични и социални). Това ограничаване произтича от тежестта на заболяването и от режима, който е наложително да се спазва, независимо дали пациентът е в болница или при извънболничен режим.

Имайки предвид посоченото, **основната функция** на правата на пациента е посредством тяхното спазване:

- да се защити достойнството на личността му;
- да се улесни неговото адаптиране към заболяването, включително и към режима извън болницата и в болницата да се подкрепи терапевтичният ефект от осъществяваното лечение.

Правата на пациента са специфични и допълват правата на гражданина относно защитата на неговото здраве. От всичко това проличава и **значението на проблема** за правата на пациента. Нормативното гарантиране и защитата правата на пациента е неразделна част от защитата на общочовешките права.

I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

I. 1. Исторически преглед на проблема за правата на пациента

Развитие на концепцията за правата на пациента

Основа на движението за защита правата на пациентите са **Всеобща декларация за правата на човека (1948) и Европейската конвенция за защита правата на човека и основните свободи (1950).**

През 1945 г. се създава Организацията на обединените нации – универсална международна организация, играеща най-голяма роля за постигане на „международно сътрудничество при разрешаване на международните проблеми от икономическо, социално, културно или хуманитарно естество, както и при развиване и насърчаване зачитането правата на човека и основните свободи за всички, без разлика на раса, пол, език или вероизповедание” [Чл. 1, ал. 3 от Устава на ООН]. Непосредствено след създаването си, тя поставя началото на процеса на интернационализация на закрилата на правата на човека и основните свободи [Blake, С., 2008]. В преамбюла на Устава е декларирана решителността на Обединените нации да възстановят „вярата в основните права на човека, в достойнството и в ценността на индивида, в равенството между правата на мъже и жени на малки и големи народи”. **Уставът на ООН е първият универсален договор, явяващ се нормативна основа за разработването на Международната харта за правата на човека и останалите универсални договори в тази област.**

Значимостта на Европейската конвенция за правата на човека се определя преди всичко от обстоятелството, че нейното действие за

първи път в историята на Стария континент създава общоевропейско правно пространство. Изградена върху общи ценности, политически традиции и идеи, тя създава юридическата база за развитието на демократичните общества в целия европейски регион . Конвенцията налага на всички страни – членки на Съвета на Европа, унифицирани правозащитни стандарти и създава международен механизъм, съблюдаващ тяхното съобразяване.

Отличителна характеристика на Конвенцията е наличието на международен публичноправен инструмент за ефективна защита на основните права и свободи. Постоянно действащият Европейски съд по правата на човека в Страсбург, чиито решения са задължителни за страните по Конвенцията, е гарант за имплементацията на общеевропейските правозащитни критерии в националното законодателство на държавите, ратифицирали Конвенцията.

Всеобща декларация за правата на човека

Всеобщата декларация за правата на човека, приета от Общото събрание на ООН през 1948 г., съдържа списък на човешките права, относими към всички, независимо от раса, цвят на кожата, пол, език, религия, политически или други убеждения, националност, социален произход или състояние [Лозанова, Цв., 1998]. Принципите, залегнали в нея, проникват в правния ред на отделните държави – членки на ООН, посредством националните конституции и международните договори, по които те са страна [Милкова, Д. и кол., 2010].

Същевременно, за права на пациента като специфични човешки права започва да се говори едва през последните няколко десетилетия. До към 70те години отношенията между лекар и пациент се регламентират предимно от нормите на медицинската етика. В последвалия период фокусът се пренася върху правното

регламентиране на тези отношения и проблемът започва да придобива международна значимост.

Първото международно събитие в тази сфера е Европейската консултация по правата на пациентите, свикана под егидата на Европейското бюро на СЗО в Амстердам, Холандия (28-30 март, 1994г.). Присъствуват 60 представители от 36 страни членки. Целта на консултацията е да дефинира основните принципи и стратегии за укрепване на правата на пациентите в контекста на здравната реформа, която се провежда в повечето европейски държави по това време.

Приема се **Декларация за правата на пациентите в Европа**. Тя не е загубила своята актуалност и до ден днешен и представлява една обща европейска рамка и база за действие.

Правна регламентация в рамките на Европейския съюз

Основната отговорност за провеждането на здравната политика и осигуряването на здравни грижи за европейските граждани се носи от държавите – членки на ЕС. Има области, в които държавите членки не могат да постигнат резултат, ако действат самостоятелно, като в тези случаи сътрудничеството на общностно ниво е задължително. Към тези случаи спадат проблеми с трансгранично или международно влияние като пандемии и биотероризъм, а също и въпроси, свързани със свободното движение на хора, стоки и услуги.

Желанието на гражданите на ЕС да пътуват извън границите на своите държави с цел получаване на здравни услуги се различава значително в зависимост от държавата, в която лицето постоянно пребивава, и където обичайно получава здравни грижи. Друг фактор, влияещ върху степента на мобилност на пациентите в рамките на ЕС,

е качеството на предоставяне на медицински грижи във всяка една държава членка.

Важната роля на Европейската общност в областта на здравеопазването е потвърдена с Договора от Лисабон, подписан на 19 октомври 2007 г. от държавните и правителствени ръководители на страните – членки на ЕС, в сила от 1 декември 2009 г., където се установява засилване на значението на здравето в политиката на ЕС [Abbasi IN., 2015].

С влизане в сила на Лисабонския договор са направени редица нововъведения в областта на здравеопазването. Благосъстоянието, което е тясно свързано със здравето, е залегнало като нова цел за Европейския съюз. Договорът засилва сътрудничеството и координацията между страните членки, като ги насърчава да изготвят препоръки, да споделят добри практики и да заложат цели и механизъм за наблюдение, с оглед подобряване на трансграничните здравни услуги.

С влизане в сила на Договора от Лисабон, Хартата на основните права на ЕС придоби правнообвързваща сила, като по този начин правото на превантивно здравеопазване и лечение стана признато като основно право на всички граждани на ЕС. Чл. 35 от Хартата регламентира закрилата на здравето, като посочва, че всеки има право на достъп до здравна профилактика и право да ползва медицински грижи при условия, установени от националните законодателства и практики.

На 27 октомври 2007 г. Европейската комисия представи Бяла книга в областта на здравеопазването, представляваща стратегически подход за ЕС за периода 2008–2013 г. [COM (2007)] Документът има за цел да определи стабилна рамка, даваща насока на дейността на Европейската комисия в сферата на здравеопазването.

Основните принципи на действие на ЕС в областта на здравеопазването включват:

- Стратегия, основана на общи ценности по отношение на здравето;
- Здравето е най-голямото богатство;
- Здраве във всички политики;
- По-голяма тежест на гласа на ЕС по отношение на здравето в световен мащаб.

Стратегическите цели, залегнали в документа, включват: насърчаване на доброто здраве в застаряваща Европа; защита на гражданите от заплахи за здравето; и подпомагане на динамични здравни системи и нови технологии.

Стратегията определя и механизъм за установяване на сътрудничество между партньорите, насърчаване на инициатива „Здраве във всички политики”, както и постигане на по-голяма яснота в разбирането на здравеопазването на общностно ниво.

В средата на 2011 г. на ниво ЕС са публикувани насоки [Публикувана в Официален вестник на Европейския съюз С 202, 8.7.2011 г.], представляващи заключения на Съвета във връзка с модерни и устойчиви здравни системи, отговарящи на очакванията на потребителите. Обръща се внимание на ключовия въпрос за осигуряване на равнопоставен достъп до висококачествени здравни услуги в условия на недостиг на икономически и други ресурси. Отчита се фактът, че понастоящем се променя мащабът и неотложността на справяне с проблема неравнопоставеност при предоставяне на здравни услуги, което би могло да се превърне в основен фактор за бъдещата икономическа и социална структура на ЕС.

В документа се признава, че в Европейския съюз съществува необходимост от споделяне на факти относно модернизиранието на здравните системи и новите подходи в сферата на здравеопазването. Изтъква се необходимостта от обединяване на усилията за установяване на по-координирано сътрудничество на равнище ЕС, за да се подкрепят държавите членки в усилията им да направят така, че техните здравни системи да отговарят на бъдещите предизвикателства [Benjamin, S. et col.,2006].

Държавата от ЕС, която предоставя трансгранично здравно обслужване, трябва да гарантира, че:

1. на пациентите е предоставена цялата информация, която ще им е необходима да направят информиран избор;
2. съществуват прозрачни процедури за подаване на жалби;
3. съществува застраховка за професионална отговорност или сходни гаранции;
4. се зачита правото на неприкосновеност на личния живот във връзка с личните данни;
5. пациентите имат достъп до писмено или електронно досие за лечението, което получават;
6. таксите за здравно обслужване, които се прилагат, са същите като за местните пациенти.

Държавата от ЕС, в която е осигурен пациентът, трябва да гарантира, че:

- разходите за предоставеното здравно обслужване ще бъдат възстановени;
- на пациентите се предлага информация за правата им;
- пациентите имат достъп до последващо медицинско лечение, което може да е необходимо;
- пациентите имат достъп до своите медицински досиета.

Доставчиците на здравно обслужване предоставят на пациентите информация, включително по отношение на [Харта на основните права на ЕС, ОВ С 303/1 от 14 декември 2007.]:

- I. възможностите за лечение;
- II. наличността;
- III. качеството и безопасността на здравното обслужване, което предоставят;
- IV. цените;
- V. статуса им по съответния разрешителен или регистрационен режим.

Собствената държава на пациента трябва да възстанови разходите за лечението по тарифата, която прилага на национално равнище. Тя може също така да реши да възстанови пътните разходи и разходите за настаняване.

От пациента може да се изиска да получи предварително разрешение от собствената си държава, преди да отиде в чужбина за лечение. Това може да е необходимо, ако медицинското обслужване включва престой в болница поне за една нощ и/или ползването на високоспециализирано и свързано със значителни разходи медицинско оборудване, или ако то излага пациента или населението на особен риск.

Националният орган може да откаже да даде предварително разрешение, ако счита, че той може да осигури на пациента необходимото здравно обслужване в срок, който е обоснован от медицинска гледна точка.

Исканията за медицинско лечение в друга държава от ЕС трябва да се обработят в разумен срок.

Предписанията, издадени в една държава от ЕС, са валидни в друга.

Националните здравни органи трябва да си сътрудничат при прилагането на законодателството и при разработването на Европейски референтни мрежи, включващи доставчиците на здравно обслужване и експертните центрове.

Сътрудничеството по отношение на трансграничното здравно обслужване в рамките на Европейския съюз обхваща борбата с редки заболявания, разработването на електронно здравеопазване и оценката на новите здравни технологии [Brinkman A., 2014].

Законодателството не обхваща услуги за дългосрочни грижи, предоставянето на органи и достъпа до такива органи или ваксиниране.

Преди изготвянето на единен акт, регламентиращ правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, съществуваше неяснота в случаите когато европейски гражданин желае да получи лечение в друга държава относно механизмите и процедурите за възстановяване на направените разходи от негова страна. Тази празнота в законодателството наложи приемането на ясни правила, регламентиращи упражняването на права при трансгранично здравно обслужване.

Директива относно упражняването на права на пациентите при трансгранично здравно обслужване е приета едва на 9 март 2011 г., макар дебатът за изграждане на нова правна рамка, улесняваща дейността по трансгранично здравно обслужване в рамките на ЕС да стартира през 1998 г.

Директива 2011/24 за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване¹ отделя специално внимание на въпросите, свързани с предоставяне на здравни услуги в държава –

¹ Публикувана в Официален вестник на Европейския съюз L 88, 4.4.2011 г., с. 45–65.

членка на ЕС, различна от тази, в която пациентът се осигурява. С приемане на директивата се цели улесняване на достъпа до безопасно и висококачествено трансгранично здравно обслужване. Директивата не засяга начина, по който държавите от ЕС организират и финансират своите национални здравни системи за собствените си граждани.

Трансграничното здравно обслужване се определя като здравно обслужване, предоставено или предписано в държава – членка на ЕС, различна от държавата членка, в която лицето, търсещо или получаващо здравно обслужване, се осигурява.

Приетият нормативен акт отразява практиката на Съда на Европейската общност по отношение на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, като в същото време защитава правото на всяка държава самостоятелно да организира своята национална система за здравеопазване.

Независимо от възможността пациентите да получават трансгранично здравно обслужване въз основа на правилата, залегнали в Директива 2011/24, държавите членки продължават да отговарят за предоставянето на гражданите, намиращи се на тяхна територия на безопасно, висококачествено, ефикасно и достатъчно от гледна точка на количеството здравно обслужване.

Потоците от пациенти между държавите членки са ограничени, тъй като по-голяма част от пациентите в ЕС получават здравно обслужване в собствената си държава и предпочитат това. Въпреки това редица са случаите, при които пациентите могат да потърсят някои форми на здравно обслужване в друга държава членка. Такива са примерите за високоспециализирани грижи или здравно обслужване, предоставяно в гранични области, където най-близкото подходящо здравно заведение е от другата страна на границата. В

други случаи пациенти искат да бъдат лекувани в чужбина, за да бъдат близо до членове на своето семейство, които пребивават в друга държава членка, или за да имат достъп до метод на лечение, различен от този, предлаган в държавата членка по осигуряване, или защото считат, че ще получат по-качествено здравно обслужване в друга държава членка.

Директива 2011/24 не се прилага за услуги, чиято главна цел е да се оказва подкрепа на хора, които се нуждаят от съдействие при извършването на рутинни, ежедневни задачи. Тя не се прилага например за услуги за дългосрочни грижи, които се предоставят при грижи в домашни условия, в домовете за медико-социални грижи и в домовете за възрастни хора или в домовете за медицински грижи.

Директивата не се прилага и по отношение на:

- услуги за дългосрочни грижи, чиято цел е оказване на подкрепа на хора, които се нуждаят от съдействие при извършването на рутинни, ежедневни задачи;
- предоставянето на органи с цел трансплантация и достъп до такива органи;
- обществени програми за ваксиниране срещу инфекциозни болести, чиято единствена цел е защитата на здравето на населението на територията на дадена държава членка, и за които се прилагат специални мерки за планиране и изпълнение.

Няма съмнение, че задължението за възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване следва да бъде ограничено до здравно обслужване, на което осигуреното лице има право съгласно законодателството на държавата членка по осигуряване. Директивата не предоставя на никое лице право на влизане, престой или пребиваване в дадена държава членка с оглед

получаването на здравно обслужване в тази държава. Когато престоят на дадено лице на територията на дадена държава членка не е в съответствие със законодателството на тази държава членка относно правото на влизане или престой на нейна територия, това лице следва да не се счита за осигурено лице по смисъла на Директивата.

Директивата изяснява някои основни понятия и критерии относно процедурите, които трябва да бъдат спазвани при трансграничното здравно обслужване, за да се гарантира, че те са обективно обосновани, необходими и пропорционални. Съдържа легални дефиниции на понятия като здравно обслужване, медицински специалист, доставчик на здравно обслужване, лекарствен продукт, медицинско изделие, медицинско предписание, здравни технологии, медицинско досие и др.

Здравното обслужване представлява здравни услуги, предоставяни от медицински специалисти на пациенти с оглед оценка, поддържане или възстановяване на тяхното здравословно състояние, включително предписването, изпълнението на медицинските предписания и предоставянето на лекарствени продукти и медицински изделия. Директивата обхваща не само случаите, в които пациентът получава здравно обслужване в държава членка, различна от държавата членка по осигуряване, но също предписването, изпълнението на предписанията и предоставянето на лекарствени продукти и медицински изделия, когато те се предоставят в контекста на здравна услуга.

Определението за трансгранично здравно обслужване обхваща както закупуването от пациента на лекарствени продукти и медицински изделия в държава членка, различна от държавата членка по осигуряване, така и закупуването от пациента на лекарствени

продукти и медицински изделия в държава членка, различна от тази, в която е издадено медицинското предписание.

Държава членка по местолечение е държавата, на чиято територия действително се предоставя здравното обслужване на пациента, а за доставчик на здравно обслужване се приема всяко физическо или юридическо лице или всяка друга структура, законно предоставяща здравно обслужване на територията на държавата членка.

Изрично се съдържа и дефиниция на понятието медицинско предписание, като за такова се приема предписание на лекарствен продукт или на медицинско изделие, издадено от член на регламентирана професия в областта на здравеопазването, който има законното право да прави това в държавата членка, в която се издава медицинското предписание.

Държавите-членки следва да осигурят наличието на механизми за закрила на пациентите и за защита при настъпване на вреди, като тези механизми следва да са съобразени с естеството и степента на риска [Cave E., 2017]. Държавите членки са тези, които определят естеството и реда и условията на такъв механизъм.

Установява се правото на пациента да получава всеки лекарствен продукт, разрешен за търговия в държавата членка по местолечение, дори той да не е разрешен за търговия в държавата членка по осигуряване, тъй като това е неизменна част от получаването на ефективно лечение в друга държава членка. Във връзка с упражняването на това право следва да се има предвид обстоятелството, че нищо не задължава държавата членка по осигуряване да възстановява на осигуреното лице разходите за лекарствени продукти, предписани в държавата членка по местолечение, които не са включени в обезщетенията, предоставени

на това осигурено лице от законоустановената система за социална сигурност или от националната система на здравеопазване на държавата членка по осигуряване.

Разходите за трансгранично здравно обслужване се възстановяват или заплащат директно от държавата членка по осигуряване до размера на разходите, които биха били поети от държавата членка по осигуряване, ако това здравно обслужване е било предоставено на нейна територия, без да се надхвърлят действителните разходи за предоставеното здравно обслужване. Държавата по осигуряване може да реши да възстанови пълния размер за трансгранично здравно обслужване дори когато той надвишава размера на разходите, които биха били поети, ако здравното обслужване е било предоставено на нейна територия.

Държавите-членки трябва да разполагат с прозрачен механизъм за изчисляване на разходите за трансгранично здравно обслужване, които да бъдат възстановени на осигуреното лице от държавата членка по осигуряване. Този механизъм се основава на предварително известни обективни, недискриминиращи критерии и се прилага на съответното (местно, регионално или национално) административно равнище.

Предвижда се възможност държавите да предвидят система на предварително разрешение за възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване. Оповестява се публично информация за кое здравно обслужване се изисква предварително разрешение.

Здравното обслужване, за което може да се изисква предварително разрешение, е ограничено до здравно обслужване, което:

- е зависимо от изисквания за планиране, свързани с целта за гарантиране на достатъчен и постоянен достъп до балансиран спектър от висококачествено лечение в съответната държава членка или с желанието за контролиране на разходите и избягване, доколкото е възможно, на разхищението на финансови, технически и човешки ресурси, и:
 - включва настаняване на въпросния пациент в болница поне за една нощувка; или
 - налага ползването на високоспециализирана и свързана със значителни разходи медицинска инфраструктура или медицинско оборудване;
- включва лечение, което излага пациента или населението на особен риск; или
- е предоставено от доставчик на здравно обслужване, който в отделни случаи би могъл да предизвика сериозни и конкретни съмнения за качеството или безопасността на обслужването, с изключение на здравно обслужване, за което се прилага законодателството на Съюза, гарантиращо минимално ниво на безопасност и качество в целия Съюз.

Държавата-членка не може да откаже да даде предварително разрешение, когато пациентът има право на въпросното здравно обслужване и когато то не може да бъде предоставено на нейна територия при следните критерии:

- в обосноваван от медицинска гледна точка срок,
- въз основа на обективна медицинска оценка на здравословното състояние,
- историята и вероятното развитие на заболяването на пациента,

- степента на болка при пациента и/или естеството на увреждането на пациента към момента на подаването или подновяването на искането за разрешение.

Причините, при които държава членка може да откаже да даде предварително разрешение, включват:

- съгласно клинична оценка пациентът по всяка вероятност ще бъде изложен на риск за неговата безопасност, който не може да бъде считан за нормален предвид възможната полза за пациента от търсеното трансгранично здравно обслужване;
- може да се предположи с относителна сигурност, че населението ще бъде изложено на съществен риск за неговата безопасност в резултат на въпросното трансгранично здравно обслужване;
- ако въпросното лечение се предоставя от доставчик на здравно обслужване, който предизвиква сериозни и конкретни съмнения за спазването на стандартите и насоките за качество на обслужването и безопасност на пациентите, включително разпоредбите относно надзора, независимо дали тези стандарти и насоки са предвидени в законови или подзаконови разпоредби или посредством системи за акредитиране, създадени в държавата членка по местолечение;
- въпросното здравно обслужване може да бъде предоставено на нейна територия в рамките на срок, който е обоснован от медицинска гледна точка, като се отчита настоящото здравословно състояние и вероятното развитие на заболяването на всеки пациент.

Държавите-членки определят разумни срокове за обработване на исканията за трансгранично здравно обслужване и предварително

ги оповестяват публично [Council of the European Union, EU Annual Report on Human Rights, 2008]. При разглеждането на исканията се вземат предвид конкретното здравословно състояние, както и спешността и индивидуалните обстоятелства.

Държавите имат възможност да предвидят създаване на доброволна система за предварително уведомяване, при която пациентът получава писмено потвърждение на размера на сумата, която ще бъде възстановена. Писменото потвърждение се основава на предварителна оценка, при която се взема предвид клиничният случай на пациента, като в нея се посочват вероятно приложимите медицински процедури.

Индивидуалните решения по отношение на ползването на трансгранично здравно обслужване и възстановяването на разходите за здравно обслужване следва да бъдат надлежно обосновани, като решенията подлежат на преразглеждане във всеки отделен случай и могат да бъдат оспорвани по съдебен ред.

Националната правна система не може да изключва възстановяването на разходите за болнично лечение в друга държава членка винаги, когато липсва предварително разрешение, и независимо от обстоятелствата, поради които то не е получено. Когато отказът бъде съдебно признат за незаконосъобразен, осигуреното лице има право да поиска от компетентната здравна институция да му възстанови разходите пряко в размера, който би бил признат, ако разрешение е издадено от самото начало.

Отделено е специално внимание на трансграничното здравно обслужване при пациенти с редки заболявания. Държавите членки се подкрепят в сътрудничеството за разработване на диагностика и лечение на редките заболявания. Държавите следва да осведомяват пациентите, медицинските специалисти и органите, отговарящи за

финансиране на здравното обслужване, за възможностите за изпращане на пациенти с редки заболявания в други държави членки дори за диагностика и лечение, които не се предлагат в държавата членка по осигуряване.

Предвижда се изграждането на европейски референтни мрежи между доставчици на здравно обслужване и експертни центрове в държавите членки, по-конкретно в областта на редките заболявания. Мрежите се основават на доброволното участие на своите членове, които участват и допринасят за дейностите в съответствие със законодателството на държавата членка, в която са установени членовете на мрежата.

Европейските референтни мрежи имат за цел [Domaradzki J., 2015]:

- да подпомагат реализирането на потенциала на европейското сътрудничество по отношение на високоспециализираното здравно обслужване на пациентите и на системите на здравеопазване посредством използване на иновации в медицинската наука и в областта на здравните технологии;
- да допринасят за обединяването на познанията относно профилактиката на заболяванията в обща база;
- да улесняват подобряването на диагностиката и предоставянето на висококачествено, достъпно и икономически ефективно здравно обслужване за всички пациенти със здравословно състояние, изискващо особен обем от експертни знания и умения в области на медицината, в които тези експертни знания и умения са рядкост;

- да постигат възможно най-висока степен на икономически ефективно използване на ресурсите посредством тяхното съсредоточаване там, където е целесъобразно;
- да подпомагат научните изследвания, епидемиологичния надзор, като например водене на регистри, и да предоставят обучение за медицинските специалисти;
- да улесняват преноса на експертните познания, виртуално или физически, и разработването, обмена и разпространяването на информация, знания и най-добри практики и да насърчават развитието на диагностиката и лечението на редки заболявания във и извън мрежите;
- да насърчават разработването на показатели за сравнение на качеството и безопасността и да спомагат за разработването и разпространяването на добрите практики в мрежата и извън нея;
- да подпомагат държавите членки с недостатъчен брой пациенти с определено здравословно състояние или без необходимите технологии или експертни умения за предоставяне на високоспециализирани висококачествени услуги.

Подпомагане на развитието на европейските референтни мрежи се извършва чрез свързване на подходящи доставчици на здравно обслужване и експертни центрове на своята територия и гарантиране на разпространението на информация на подходящите доставчици на здравно обслужване и експертни центрове на своята национална територия.

Изграждането на мрежа за електронно здравеопазване се основава на разпоредбите на Директивата, спомагащ механизъм за сътрудничеството и обмена на научна информация между държавите

членки. Мрежата изработва насоки относно: неизчерпателен списък на данни, които да бъдат включени в медицинските досиета на пациентите и да могат да бъдат обменяни между медицинските специалисти с оглед осигуряване на трансгранична приемственост на грижите и на безопасност на пациентите; и ефективни методи, които да позволят използването на медицинска информация за нуждите на общественото здравеопазване и научните изследвания [Falagas ME. et col., 2009].

Създадената мрежа за оценка на здравните технологии, също се базира на нормите на Директивата за трансгранично здравно обслужване, като има за цел да оказва подкрепа на държавите-членки на ЕС за предоставянето на обективна, надеждна, навременна, прозрачна, съпоставима и прехвърляема информация относно относителната ефикасност, както и относно краткосрочната и дългосрочната ефективност на здравните технологии, и да позволи ефективен обмен на тази информация между националните органи или институции.

Действието на Директивата поражда преки последици в правните системи на всички държави членки, като задължава техните законодателни, изпълнителни и правораздавателни органи с нови правни стандарти в третирането на пациента.

Държавите – членки на Европейския съюз имаха задължение да въведат в своето вътрешно законодателство разпоредбите на Директива 2011/24 в срок до 25 октомври 2013 г. Транспонирането на Директивата в националното законодателство и нейното прилагане не следва да води до насърчаване на пациентите да търсят лечение извън своята държава членка.

В Директивата изрично се подчертава, че принципът на недискриминация въз основа на гражданството се прилага спрямо

пациентите от други държави членки. Това не засяга възможността държавата членка по местолечение, когато това е обосновано от императивни съображения от обществен интерес, да приема мерки относно достъпа до лечение във връзка с основната си отговорност да осигури достатъчен и постоянен достъп до здравно обслужване на своята територия. Такива мерки са ограничени само до това, което е необходимо и пропорционално, като те не могат да представляват средство за произволна дискриминация и следва да са предварително оповестени.

С оглед равнопоставеността на гражданите, получаващи здравни услуги, и спазване на принципа на недискриминация по признак гражданство държавите членки следва да гарантират, че доставчиците на здравно обслужване на тяхна територия прилагат същите тарифи за пациенти от други държави членки като тези за местните пациенти в подобна медицинска ситуация, или че те прилагат цена, изчислена съгласно обективни и недискриминационни критерии, ако няма сравнима цена за местните пациенти [Grady Ch., 2015]. Това правило не засяга нормите в националното законодателство, позволяващи на доставчиците на здравно обслужване да определят своите цени, при условие че те не са дискриминационни по отношение на пациенти от други държави членки.

Пациентите не трябва да бъдат лишавани от по-благоприятните права, гарантирани от регламенти, приети в рамките на Съюза, и отнасящи се до координация на системите за социална сигурност. Следователно на всеки пациент, който поиска разрешение за получаване на подходящо за състоянието му лечение в друга държава членка, следва винаги да се дава такова разрешение съгласно условията, предвидени в регламентите на Съюза, когато въпросното

лечение е между обезщетенията, предоставени от законодателството на държавата членка на пребиваване на пациента, и когато на пациента не може да бъде осигурено подобно лечение в рамките на оправдан от медицинска гледна точка срок, като се има предвид настоящото здравословно състояние на лицето и вероятното му развитие.

През септември 2015 г. Европейската комисия публикува доклад² относно действието на Директива 2011/24 за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване. Публикуваният доклад представлява първият подобен документ, като на всеки 3 години Европейската комисия ще изготвя доклад за начина на функциониране на системата и действието на директивата.

По отношение въвеждане на Директивата и синхронизиране на вътрешното законодателство на държавите -членки на ЕС с изискванията на Директивата се наблюдава неспазване на крайният срок за транспониране на Директивата, който беше 25 октомври 2013 г. Процедури за нарушение поради късно или непълно уведомяване за съответните мерки, които държавите са предприели за привеждане на националното си законодателство в съответствие с изискванията на Директивата, бяха открити срещу 26 държави членки. Нарушенията се отнасят единствено до пълнотата на мерките за транспониране.

С член 7, параграф 7 от Директивата на държавите членки се разрешава да наложат на пациенти, поискали трансгранично здравно обслужване, същите условия и формалности, които биха наложили, ако това здравно обслужване е било предоставено на тяхна територия, при условие че тези условия и формалности не са дискриминационни и не представляват необоснована пречка пред свободното движение.

² COM(2015) 421 final

Някои държави-членки на ЕС изискват пациентите да предоставят превод от заклет преводач на фактурите (една дори изисква от пациентите всички документи да бъдат заверени от техния консул в държавата по местолечение). Член 10 от Директивата обаче задължава националните точки за контакт да си оказват взаимопомощ за разбиране на фактурите.

Докладът не отчита значителни по обем потоци от пациенти, които търсят здравно обслужване в чужбина, съгласно Директивата, като от 21 държави членки, които са въвели система за предварително разрешение, 17 са в състояние да предоставят данни за броя на исканията за разрешение конкретно съгласно Директивата. В член 8, параграф 2, буква а) от Директивата на държавите членки се позволява да използват система за предварително разрешение за здравно обслужване, за което се изисква планиране, ако то включва нощувка в болница или ако налага ползването на високоспециализирана и свързана със значителни разходи медицинска инфраструктура или медицинско оборудване.

В член 8, параграф 2, букви б) и в) на държавите членки се позволява също така да изискват предварително разрешение за лечение, което излага пациента или населението на особен риск, или за такова, предоставено от доставчик на здравно обслужване, който предизвиква сериозни и конкретни съмнения за качеството или безопасността на обслужването.

На практика обаче системите за предварително разрешение се основават почти изцяло на член 8, параграф 2, буква а). Всяка система за предварително разрешение трябва да бъде необходима и пропорционална на поставените цели и не може да представлява средство за произволна дискриминация или необоснована пречка пред свободното движение на пациенти.

В член 8, параграф 7 от Директивата от държавите членки се изисква да „оповестяват публично информация за това за кое здравно обслужване се изисква предварително разрешение“.

Член 11 от Директивата въвежда принципа на взаимно признаване на медицинските предписания в отделните държави членки и дава правомощия на Европейската комисия да приема практически мерки за подпомагане на такова признаване. По-голямата част от тези мерки са уредени в Директива за изпълнение 2012/52/ЕС³. В тази директива се определя списък от общи елементи, които трябва да се включват в трансгранични медицински предписания. Списъкът включва, наред с други елементи и с ограничени изключения, общоприетото наименование на продукта (което на практика за голяма част от продуктите означава международното непатентно наименование).

Мобилността на пациентите за планирано здравно обслужване — както съгласно Директивата, така и съгласно регламентите за социална сигурност — е все още ниска, докато мобилността на пациентите във връзка с непланирано здравно обслужване е значително по-висока. Основна причина за това е обстоятелството, че някои държави членки закъсняха с прилагането на Директивата, а това се е отразило на броя на хората, които са могли да се ползват от нея. Освен това, броят на гражданите, които са запознати с общите си права за възстановяване на разходите, е изключително малък. Дори в случаите, когато гражданите знаят правата си, за пациентите в редица

³ Директива за изпълнение 2012/52/ЕС на Комисията от 20 декември 2012 г. за определяне на мерки за улесняване на признаването на медицински предписания, издадени в друга държава членка (ОВ L 356, 22.12.2012 г., стр. 68)

държави членки е трудно да научат повече за това как да се ползват от тези права на практика.

Докато някои държави членки са приложили Директивата изцяло и полагат сериозни усилия за улесняване на упражняването на правата на пациентите на трансгранично здравно обслужване, има определен брой държави членки, в които поставените от системите на здравеопазване препятствия на пътя на пациентите са сериозни. Някои от действащите системи за предварително разрешение са по-широкообхватни, отколкото би било оправдано спрямо актуалния брой на исканията. В много случаи не е ясно точно за кои видове лечение се изисква предварително разрешение. По-ниските тарифи за възстановяване на разходите, отколкото използваните в държавата членка на произход, категорично са демотивиращ фактор. Съществуват редица обременяващи административни изисквания, които могат да възпират пациентите от търсене на трансгранично здравно обслужване.

Директивата съдържа значителен брой разпоредби във връзка с прозрачността за пациентите по отношение на техните права, както и за качеството и безопасността на здравните услуги.

II. 2. Движение за ново обществено здравеопазване и права на пациента

Освен на ниво СЗО, въпросът за правата на пациентите се разглежда и в рамките на Съвета на Европа. Петата конференция на министрите на здравеопазването (Варшава, 7-8 ноември, 1996 г.) преминава под мотото **Социалното предизвикателство към здравеопазването: Равенство и права на пациентите в условията на реформа в здравеопазването**. Основната цел на конференцията е

да даде възможност за дискусия на най-високо равнище на основните политически, социални и технологични промени, следствие на които светът е изправен пред: финансови трудности в условията на нарастващо търсене, обусловено от демографски фактори; социално отхвърляне по признак здравословен статус и ниско обществено участие.

Решението е потърсено в трипартидният договор между пациенти, доставчици на медицински услуги и финансиращи институции, ангажираност на всички сектори и участие на всички заинтересовани лица, с цел постигане на едно по-справедливо разпределение.

Финалният текст на конференцията подчертава необходимостта от:

1. Засилено участие на гражданите и пациентите в разработването на концепцията, изграждането и реформирането на здравната система;
2. Равен достъп до здравни услуги, при постигането на баланс между правото на медицински грижи и финансовите ограничения и адресиране на нуждите на групите в най-неблагоприятно положение;
3. Преоценка на значението на здравния статус за благоденствието на населението.

Посочва се, че изпълнението на тези мерки изисква съответни действия както от страна на държавата, така и от страна на отделните лица и доставчици на медицинска помощ. Съветът на Европа се концентрира върху изграждането на мрежа за обмен на информация между държавите-членки по въпросите на:

- ✓ Правата и участието на пациентите;
- ✓ Ролята на непрофесионалистите за подобряване на здравето и околната среда;

- ✓ Изключването от обществото на определени групи пациенти като хронично болните и инвалидите;
- ✓ Ангажирането на научната общност в разработването на ефективно лечение и процедури.

През периода 1997-1998 под егидата на **Европейската комисия по здравеопазване** започва едно международно изследване по темата "Структури за участие на гражданите и пациентите в процеса на вземане на решения в сферата на здравеопазването." Все повече си прокарва път тезата, че е необходимо да се засили демократичното участие на гражданите и то не само, когато става дума за вземането на трудни решения, но и по отношение на общите принципи и ценности на системата на здравеопазването. Работната група включва представители от Италия, Франция, Полша, Великобритания, Португалия и Холандия. Основните области на изследването са:

1. Анализ на съществуващите форми на гражданско участие; организационни, финансови и функционални аспекти;
2. Идентифициране на други форми, в които гражданите имат желание да бъдат включени и възможните нива на гражданско участие;
3. Потенциални трудности (информация, различия между общественото и професионалното мнение по даден въпрос, организационни трудности и т.н.)

Междувременно се създава и **Мрежа по правата на пациентите**. Последната среща е през април 1999 год. в регионалното бюро на СЗО за Европа в Копенхаген. Представени са 26 страни, вкл. и България. Присъствуват също НПО, представители на международни организации, университети, асоциации на пациенти и професионални сдружения на лекари. Новото, което се очертава в тематиката включва индикаторите за измерване на напредъка,

качеството, процедурата за подаване на жалби, ролята на професионалните сдружения на лекарите и асоциациите на пациентите. Променя се името - **Европейско партньорство по правата на пациентите и гражданското участие.**

В контекста на създаване на единна Европа, темата придобива още по-голямо значение. През м. февруари, 2000 г. Съветът на министрите на Европейския Съюз приема **Препоръки за изграждането и развитието на структури за участие на гражданите и пациентите в процеса на вземане на решения в сферата на здравеопазването.**

Препоръките се основават на редица международни документи: Европейската социална харта, Конвенцията за защита на личността по отношение на автоматичната обработка на персонални данни, Препоръките за качествено усъвършенствуване на системите за здравеопазване, Програма 2001 на СЗО, Декларацията от Джакарта за здравеопазването през 21 век и т.н. Препоръките представляват ясно признание на необходимостта системата за здравеопазване да се обърне към пациента като осигури участието на гражданите в процеса на вземане на решения. В този смисъл правителствата на страните членки се призовават да осигурят необходимите условия за гражданско участие във всички сфери на системата за здравеопазване на местно, регионално и национално ниво и да създадат правните структури и политика, която да гарантира това участие и защитата на правата на пациентите. Разработват се насоки в три основни области:

Участие на гражданите и пациентите

1. Правото на участие на гражданите и пациентите в процеса на вземане на решения в сферата на здравеопазването е фундаментално право и неотменна част от демократичното общество;

2. Правителствата трябва да разработят политика и стратегия, която да осигурява това участие и защитата на правата на пациентите;
3. Гражданското участие и участието на пациентите трябва да се превърне в неотменна част на системата за здравеопазване и здравната реформа;

Процесът на вземане на решения трябва да стане по-демократичен чрез осигуряване на:

1. Ясно разпределение на отговорностите;
2. Адекватно финансиране на всички заинтересовани групи, вкл. гражданските сдружения, а не само отделни професионални групи или осигурители;
3. Публичен достъп до политическите дебати;
4. Проактивно участие, а не само разрешаване на проблеми;
5. Да се използва по-широко инструмента на публичните дебати за укрепване на механизмите на участие.

Информация

1. Широко разпространение на информацията относно здравеопазването и механизмите за вземане на решения, своевременно и на разбираем език;
2. Редовни информационни кампании (горещи телефони);
3. Адекватни системи за насочване на пациентите, които желаят повече информация относно съществуващите им права и механизмите за тяхната защита.

Подкрепяща политика

1. Правителствата трябва да създадат подкрепяща среда посредством:
2. Създаването и укрепването на механизми и структури за

- гражданско участие; отчитането на становището на гражданите и пациентите трябва да стане неотменим компонент на цялата здравна система на всички нейни нива;
3. Лансиране на демократични процедури за назначаване и избор на представители на гражданите в различните комисии по здравеопазване, комисии по етика, консултантски органи и други подобни структури, които са ангажирани в процеса на вземане на решения в здравеопазването;
 4. Ангажиране на гражданите и пациентите в самите структури на системата за здравеопазване;
 5. Непрекъсната оценка на процеса на участие;
 6. Елиминиране на финансовите, географски, културни и езикови ограничения;
 7. Допълнителна подкрепа за социално уязвимите групи;
 8. Обучение и образование в сферата на гражданското участие.
 9. Правителствата трябва да създадат нормативната база, която е необходима за създаването на подкрепяща среда посредством:
 - ✓ Разработването на законодателство регламентиращо участието на гражданите в управлението на здравните заведения и осигурителни фирми;
 - ✓ Създаването на благоприятни условия както от законова, така и от финансова гледна точка за финансирането и функционирането на тези организации; бюджетът за здравеопазването по възможност да предвижда средства за подпомагането им;
 - ✓ Подкрепа на сътрудничеството между тези организации;
 - ✓ Улесняване на предоставянето на услуги от страна на тези

организации;

- ✓ Възлагане на роля на тези организации в разпространението на информация ;
- ✓ Стимулиране на демократичния и етичен дебат;
- ✓ Създаване на прозрачни и открити взаимоотношения между държавните организации и неправителствените организации в тази сектор;
- ✓ Програми за обучение и научни разработки по гражданското участие.

Участие

- ✓ Гражданите трябва да участвуват в процеса на разработване на законодателството в сферата на здравеопазването и в контрола върху съблюдаването на законите, чрез участие в комисии и публични дебати;
- ✓ Гражданите трябва да имат глас в определяне на приоритетите в здравеопазването;
- ✓ Становището на гражданите и пациентите трябва да се отчита при оценката на качеството на здравеопазването, чрез техните сдружения и в договорите с доставчиците на медицинска помощ, в които трябва задължително да се включват клаузи в този смисъл;
- ✓ Пациентите и техните организации трябва да имат гарантиран достъп до адекватни механизми за приложение на своите права, да се въведат процедури и механизми за помирение и посредничество като част от формалните процедури и механизми за внасяне на жалби; да се премахнат финансовите бариери пред равния достъп

(свободен достъп или субсидирани такси за хора с ниски доходи);

- ✓ Да се прави системен анализ и обработка на жалбите и оплакванията на пациентите и така събраната информация да се използва за оценка на качеството на здравеопазването като индикатор на областите и аспектите, които се нуждаят от подобрене.

I. 3. Сравнително правен анализ на международните актове

Международни актове

Изследвани са актовете на ООН, Европейски съюз, съвета на Европа и Световната здравна организация, които очертават световните стандарти в областта на разглежданата проблематика. По темата са разгледани следните международни актове:

- 1. Всеобща декларация за правата на човека (1948 г.).** Този акт на ООН урежда правото на медицинско обслужване и осигуряване в случай на болест или инвалидност като елемент от комплексното право на жизнено равнище. Жизненото равнище се основава на три елемента: право на подходящо жилище, право на подходяща храна и право на медицинско обслужване.
- 2. Международен пакт за икономически, социални и културни права (1966 г.).** Ратифициран от Република България на 21.09.1970 г. в сила от 03.01.1976 г. разпоредбите на чл. 21 от пакта сред основните права гарантира и правото на добро физическо и душевно здраве, като са посочени и мерките, улесняващи упражняването на това право.
- 3. Договор за Европейска общност (ДЕО).** Свързан е с

разглежданата проблематика чрез разпоредбата на чл. 129, която насърчава сътрудничеството между държавите членки за осъществяване на интегрираната здравна политика в рамките на Европейския съюз. Превенцията на пациента заема приоритетно място в общностната политика на здравна закрила. същинската законодателна компетентност относно лечението, грижите за болните и рехабилитацията остава на национално ниво.

Европейска социална харта (в сила от 1 юли 1999 г.). За България е в сила от 01.08.2000 г. хартата провъзгласява правото на опазване здравето на индивида. За тази цел договарящите държави се задължават да предприемат необходимите мерки за премахване на причините за заболявания, за създаване на служби за консултации и образование, както и за предотвратяване на епидемии, ендемии, други болести и злополуки.

На 18 октомври 1961 г. под егидата на Съвета на Европа е подписана Европейската социална харта. Тя представлява международен договор, регламентиращ социални права, като право на труд, право на справедливо заплащане, право на колективно договаряне, също така и право на професионално ориентиране и обучение, право на социално осигуряване, право на рехабилитация и социално приобщаване на хората с увреждания и др.

Европейската социална харта [Харта на основните права на ЕС, ОВ С 303/1 от 14 декември 2007] се доразвива с приетия на 5 май 1988 г. Допълнителен протокол, посредством който се разширява списъкът на правата, залегнали в текста на документа от 1961 г. Допълнителният протокол допълва обема на правата, като добавя към тях: право на равни възможности и равно третиране в сферата на трудовата заетост и професионалната дейност, без дискриминация,

основана на пол; право на информация и консултация; право на работниците да бъдат информирани и консултирани по отношение на своя труд; право на работниците на участие в определяне и подобряване условията на труд и работна среда; право на социална закрила на възрастните хора.

На 9 ноември 1995 г. е приет Допълнителен протокол към Европейската социална харта, който установява система за колективни искове.

През 1996 г. е ревизиран текстът на Европейската социална харта, като списъкът с права е допълнително разширен. В ревизирания текст, който е открит за подписване на 3 май 1996 г., се регламентират области като право на защита на работниците в случаи на предсрочно освобождаване от работа; право на защита на работниците в случаи на неплатежоспособност на работодателя; право на работниците да бъдат информирани и консултирани при масово съкращаване на работна ръка; право на закрила срещу бедност и социална изолация и др.

Ревизираният текст на Европейската социална харта е ратифициран от Република България със Закон, приет от 38-то Народно събрание на 29 март 2000 г., обн. ДВ, бр. 30 от 11 април 2000 г.

Европейска конвенция за защита правата на човека и основните свободи (1950 г.). В документа е регламентирано правото на зачитане на личния и семеен живот. Предвидена е ненамеса на държавните органи.ограничаване на това право е допустимо в случаите, когато държавата предприема мерки за защита здравето и морала. Конвенцията за защита на правата на човека и основните свободи е изготвена в Съвета на Европа. Тя е представена за подпис в Рим на 4 ноември 1950 г. и влиза в сила през септември 1953 г. Целта

на авторите ѝ е да направят първата крачка към съвместно гарантиране на спазването на някои от правата, залегнали във Всеобщата декларация за правата на човека на ООН от 1948 г. [Ван Дайк, П., Ван Хууф, Г., 2000]

Значимостта на Конвенцията се определя преди всичко от обстоятелството, че нейното действие за първи път в историята на Стария континент създава общоевропейско правно пространство. Тя е изградена на базата на общи ценности, политически традиции и идеи, като създава юридическа база за развитието на демократичните общества за целия европейски регион.

Освен че излага списък на гражданските и политически права и свободи, Конвенцията създава и една система от мерки за принудително налагане на изпълнението на задълженията, поети от договарящите страни. Съгласно първоначалния текст на Конвенцията три институции си поделят отговорността за този контрол: Европейската комисия по правата на човека (създадена през 1954 г.), Европейският съд за правата на човека (основан през 1959 г.) и Комитетът на министрите към Съвета на Европа, в чийто състав влизат министрите на външните работи на страните членки или техни представители.

Именно наличието на международен публичноправен инструмент за ефективна защита на основните права и свободи е една от отличителните характеристики на Конвенцията.

Европейският съд по правата на човека в Страсбург, чиито решения са задължителни за страните по Конвенцията, изпълнява функцията на гарант за въвеждането на общоевропейските правозащитни критерии в националните правни системи на държавите, ратифицирали Конвенцията [Владимиров, Ив., 2005].

Конвенция за закрила на индивида с оглед автоматичната

обработка на личните данни (28 февруари 1981 г.). първият международен инструмент, който защитава лицата срещу злоупотреба при събиране и обработване на личните данни. В нея се квалифицира като незаконна обработката на личните данни свързана със здравословното състояние на индивида, когато не са налице съответните законови предпоставки. Конвенцията прокламира и правото на лицето да бъде информирано, когато за него е събрана такава информация, както и правото му да иска коригирането ѝ.

През ноември 2010 г. Европейската комисия публикува съобщение до Европейския парламент, Съвета, Икономическия и социален комитет и Комитета на регионите, озаглавено „Всеобхватен подход за защита на личните данни в Европейския съюз”⁴. Във връзка с разглеждане на въздействието на новите технологии в документа се потвърждава „необходимостта от поясняване и уточняване на прилагането спрямо новите технологии на принципите за защита на данните, за да се гарантира, че личните данни на физическите лица действително са ефективно защитени, независимо от използваната технология за обработка на тези данни, и че администраторите на лични данни напълно съзнават последиците от новите технологии за защитата на данните”. Относно подобряване на съгласуваността на правната рамка за защита на личните данни се подчертава необходимостта „ЕС да разработи всеобхватен и съгласуван подход, който гарантира пълното съблюдаване на основното право на защита на личните данни на физическите лица в и извън рамките на ЕС”.

С приемането на Директива 95/46 ЕО⁵ за защита на физическите лица при обработването на лични данни и за свободното движение на тези данни се забранява обработката на т.нар. **чувствителни данни**. В

⁴ COM (2010) 609 окончателен.

⁵ ОВ L 281 от 23 ноември 1995 г.

параграф 1 на чл. 8 се забранява „обработването на лични данни, разкриващи расов или религиозен произход, политически идеи, религиозни или философски убеждения, членство в професионални съюзи, като и обработването на данни, свързани със здравословното състояние и половия живот”. Европейската комисия в публикуваното през 2010 г. Съобщение посочва, че с оглед на технологичното развитие и други промени в обществото „съществуващите разпоредби относно чувствителните данни следва да бъдат преразгледани, да се обмисли евентуалното добавяне на други категории данни и да се изяснят допълнително условията за тяхната обработка. Това се отнася например за генетичните данни, които понастоящем не са изрично посочени като категория чувствителни данни”. В публикуваното съобщение изрично се посочва, че „Комисията ще разгледа възможността дали други категории данни следва да се считат за „чувствителни данни”, например генетични данни”⁶.

Директива 95/46 ЕО е транспонирана в българското законодателство чрез приетия Закон за защита на личните данни – обн. ДВ, бр. 1 от 4 януари 2002 г., в сила от 01.01.2002 г. Посредством Закона за защита на личните данни се поставя основата на подробно регламентиране на обществените отношения в областта на обработката и на защитата на личната информация на гражданите. Целта на Закона е да се гарантират основните права на човека на неприкосновеност на личността и на личния живот посредством защитата на физическите лица при неправомерно обработване на свързаните с тях лични данни. Законът за защита на личните данни, освен че е насочен към възприемане на правилата на Директива 95/46/ЕС, се основава и на принципите, приети в европейското

⁶ Съобщение на Комисията – Всеобхватен подход за защита на личните данни в Европейския съюз, с. 11.

законодателство, с което спомага за движението на личната информация в рамките на Европейски съюз при еднакво ниво на защита.

В чл. 5, ал. 1, т. 2 от Закона се забранява обработването на лични данни, които разкриват политически, религиозни или философски убеждения, членство в политически партии или организации, сдружения с религиозни, философски, политически или синдикални цели, а в т. 3 се посочват и данните, отнасящи се до „здравето, сексуалния живот или до човешкия геном”.

В Закона, както и в Директива 95/46/ЕС, се предвижда изключение от забраната за обработка на данните, посочени в чл. 5, ал. 1 ЗЗЛД, когато „обработването е необходимо за защита на живота и на здравето на физическото лице, за което тези данни се отнасят, или на друго лице и състоянието на физическото лице не му позволява да даде съгласие или съществуват законни пречки за това”.

Конвенция за правата на човека и биомедицината (1997 г.).

Конвенцията за правата на човека и биомедицината на Съвета на Европа е подписана в Овиедо на 4 април 1997 г.

Актът, чието пълно наименование е **„Конвенция за защита на правата на човека и на човешкото достойнство във връзка с прилагане постиженията на биологията и медицината: Конвенция за правата на човека и биомедицината”**, е в сила за Република България от 1 август 2003 г.⁷ след ратификация от Народното събрание, приета на 26 февруари 2003 г.

За създаване на Конвенцията се вземат под внимание действия, които могат да изложат на опасност човешкото достойнство чрез неподходящо използване на постиженията на биологията и на медицината. Възприема се виждането, че постиженията в биологията

⁷ Обн. ДВ, бр. 32 от 12.04.2005 г.

и в медицината трябва да се използват за доброто на сегашните и на бъдещите поколения, както и за необходимостта от международно сътрудничество, за да може цялото човечество да се ползва от тези постижения. Използването на термина **права на човека** се отнася до залегналите основни принципи в Европейската конвенция за защита на правата на човека и основните свободи. Двете конвенции прилагат не само един и същи подход, а и редица етични принципи и правни понятия. Изразът „прилагане на постиженията на биологията и медицината”, използван в чл. 1 на Конвенцията за правата на човека и биомедицината, се отнася до естествените науки, което е широко понятие. Поради това терминът е използван в чл. 1 за ограничаване на обхвата на Конвенцията до човешката медицина и биология, като се изключват постиженията, относими към животни и към растения. Съгласно чл. 1 страните по Конвенцията **„защитават човешкия индивид, неговото достойнство и идентичност и гарантират на всяко лице без дискриминация зачитането на неговата неприкосновеност и на другите му права и основни свободи по отношение на прилагането на постиженията на биологията и медицината”**. Конвенцията се отнася до всички постижения на медицината и биологията, засягащи човека, включително с превантивно, с диагностично, с терапевтично и с научно приложение.

Установява се правилото, че всяка интервенция, свързана със здравето, включително и научноизследователската дейност, съблюдава професионалните правила и задължения, както и правилата за поведение, приложими в дадения случай. Всяка интервенция, свързана със здравето, следва да се извършва само със свободно и със съзнателно изразено съгласие на заинтересованото лице. Всеки човек има право на неприкосновеност на личния си живот по отношение на сведения, свързани със здравето му, като

ограничения в упражняването на правата могат да бъдат предвидени само по изключение в закон.

Упражняването на правата и разпоредбите за защита, съдържащи се в Конвенцията, не подлежат на никакви ограничения, освен на тези, установени от закона и необходими в интерес на обществената сигурност за предотвратяване на престъпления за защита на здравето или на правата и свободите на другите. Разпоредбите не могат да се тълкуват като ограничаващи или накърняващи правото на всяка страна да осигури по-благоприятен режим на защита във връзка с прилагането на постиженията на биологията и на медицината от предвидените в акта. Страните следва да осигурят мерки за защита с оглед предотвратяване или незабавно прекратяване на незаконно накърняване на правата и на принципите, признати от Конвенцията. Провеждане на обществена дискусия по фундаменталните въпроси, породени от развитието на биологията и медицината, и по-специално в светлината на конкретните медицински, социални, икономически, етични и правни последици от това развитие, както и организиране на консултации по възможните приложения на постиженията на биологията и медицината, също е задължение на страните, присъединили се към Конвенцията.

Конвенцията за правата на човека и биомедицината е подписана от постоянния представител на Република България към Съвета на Европа на 31 май 2001 г.

В периода от 1998 до 2008 г. към Конвенцията са изготвени и приети общо 4 допълнителни протокола, а именно: Допълнителен протокол относно забрана на клониране на човешки същества, Допълнителен протокол относно трансплантация на органи и тъкани от човешки произход, Допълнителен протокол относно

биомедицинските изследвания и Допълнителен протокол за генетични изследвания за медицински цели.

Първият международен акт, предназначен да закриля достойнството на човека и неговите права и свободи чрез установяване на комплекс от принципи и забрани срещу злоупотреба с достиженията на биологията и медицината. отправна точка в Конвенцията е приоритетът на правата на човека над интересите на науката или обществените интереси;. Въведените принципи и забрани се отнасят до биоетиката, медицинските изследвания, съгласието на пациента, неприкосновеността на личния живот, правото на информация, трансплантацията на органи и обществените обсъждания.

Препоръка 2000/5 на Съвета на Европа относно развитието на механизми за участието на граждани и пациенти в процеса на вземане на решения относно здравеопазването (24 февруари 2000 г.). Документът насърчава правителствата на държавите, членки на ЕС да осигурят участието на граждани на всички нива на системата на здравеопазването. препоръката прогласява създаването на законови механизми и процедури, които да подкрепят и гарантират разпространението на гражданското участие и правата на пациентите. Прокламиран е основния принцип гражданите и пациентите да участвуват в процеса на вземане на решения относно здравеопазването. Правилото се разглежда като основополагаща и неделима част от всяко демократично общество. Други основни принципи, залегнали в препоръката са:

- Широко разпространена информация за здравеопазването и механизма за вземане на решения;
- Създаване на среда, подкрепяща участието на граждани в процеса на вземане на решения относно здравеопазването;

- Осигуряване участието на граждани в процеса на създаване на законодателни актове в областта на здравеопазването.

Бяла книга за защита правата на човека и достойнството на психично болни лица (2000 г.). дадена е легална дефиниция на понятието “психично болен”. Този акт урежда предпоставките и процедурите за предприемане на принудителни медицински мерки по отношение на психично болните лица.

Парижката харта за борба с рака (4 февруари 2000 г.). Хартата е приета на първата световна конференция за борба с рака. Тя е подписана от представители на правителства, изследователски общности, застъпници в движението за борба с рака. Особеност на този документ е възможността за свободно присъединяване от всички желаещи посредством Интернет страницата на Хартата.

Парижката Харта възприема следните основни принципи:

1. Зачитане правата на онкологично болните като човешки права;
2. Изкореняване на страха от раковото заболяване;
3. Насърчаване на знанието и научния прогрес в областта на онкологията;
4. Осигуряване на правото на квалифицирана онкологична помощ;
5. Подобряване на профилактиката на рака;
6. Даване на приоритет на скрининга и ранното откриване на рака;
7. Насърчаване на правата на раково болните;
8. Подкрепа на местните стратегии за борба с рака;
9. Създаване на неправителствени организации за борба с рака.

Декларация за подкрепа правата на пациентите в Европа (Амстердам, март 1995 г.). декларацията е приета от Европейския

съвет на Световната здравна организация за правата на пациентите като рамка от принципи за гарантиране правата на пациентите в европейските страни членки на СЗО. Декларацията регламентира следните основни права на човека и ценности при грижа за здравето:

1. Уважение към личността;
2. Самоопределение;
3. Физическа и духовна неприкосновеност;
4. Уважение към моралните и културни ценности към индивида, както и към неговите философски и религиозни убеждения;
5. Закрила на здравето чрез предотвратяване на болести и стремеж към постигане на най-доброто за собственото си здравословно състояние.

Харта на основните права на Европейския съюз

В областта на защита на правата на човека приетата през 2000 г. Харта на основните права на ЕС става юридически задължителна за институциите на ЕС и държавите членки, които прилагат правото на ЕС.

От създаването на трите общности се приема, че не може да бъде гарантирано функционирането на общ пазар, характеризирани със свободно движение на хора, стоки и услуги, ако се допуска дискриминация.

На 7 декември 2000 г. Съветът, Парламентът и Комисията прокламират Харта на основните права на Европейския съюз⁸. Хартата е създадена въз основа на съдебната практика на Европейския съд и на Европейския съд по правата на човека, както и въз основа на правата, произтичащи от конституционните традиции и от международните задължения на държавите – членки на ЕС.

⁸ ОВ, С 303/1 от 14 декември 2007.

Хартата прогласява широк кръг от права, като за първи път са разписани в един документ всеобхватна поредица от граждански, политически, социални и икономически права на гражданите на Съюза, както и на граждани, пребиваващи на територията на ЕС [Илиева И., 2001].

Хартата не прибавя нови права към тези, гарантирани от Европейската конвенция за правата на човека и други международни конвенции, като те са разделени в шест дяла, а именно: Достойнство; Свободи; Равенство; Солидарност; Права на гражданите; Правосъдие.

Хартата на основните права на ЕС добива правнообвързващ характер с влизане в сила на Договора от Лисабон . Според чл. 51 от Хартата гарантираните в нея основни права обвързват различните формирования на институционалната система на ЕС, също както и държавите членки в случаите, когато техните органи приемат актове и извършват действия в приложното поле на правото на Съюза.

Дял III от Хартата, озаглавен „Равенство”, включва разпоредби от чл. 20 до чл. 26 включително, като декларативна забрана за всички форми на дискриминация се съдържа в чл. 21. Наред с това разпоредбата забранява дискриминацията на редица специфични основания, сред които пол, раса, цвят на кожата, етнически или социален произход, генетични характеристики, език, религия или убеждения, политически или други мнения, принадлежност към национално малцинство, имотно състояние, рождение, увреждане, възраст или сексуална ориентация.

За първи път в Хартата на основните права на ЕС генетичните характеристики са изрично посочени сред останалите основания за дискриминация наред с пол, раса, произход и др., които са обект на регламентация още с първите приети международноправни актове както на универсално ниво, така и в рамките на общностното право.

Освен от първичното право на ЕС, принципът на равенство е регламентиран и в редица източници на вторичното право на Съюза. Легално определение на понятието „принцип на равенство” се съдържа в Директива 97/80/ЕО⁹ от 15 декември 1997 г. относно тежестта на доказване в случаите на дискриминация, основана на пола. Съгласно чл. 2 за целите на тази директива принципът на равенството в третирането предполага отсъствието на всякаква дискриминация, пряка или непряка, основана на пол.

Европейската система за защита на правата на човека включва Европейската конвенция за защита правата на човека и основните свободи, Европейската социална харта, Европейската конвенция за предотвратяване на изтезанията и нечовешкото или унижително отнасяне или наказване [Каменова Цв. и кол., 2004].

I. 4. Действащо законодателство в страните от Европейски съюз

Видове нормативни актове на национално равнище

Разпоредби, които уреждат правата на пациентите в националните законодателства на изследваните държави, се съдържат в различни по ранг нормативни актове.

1) Конституционна уредба

Особената значимост на обществените отношения в областта на здравеопазването и в частност правата на пациента обуславя тяхната уредба в конституциите на Испания, Италия, Франция, Холандия [Constitución Española, Costituzione della Repubblica Italiana, ASSEMBLÉE NATIONALE- Constitution de la République française]. В основните закони на тези държави се прогласява като висше човешко право правото на закрила здравето на индивида.

⁹ ОВ L 14 от 20 януари 1998 г.

Конституцията на Италия установява задължението на държавата да гарантира безплатна медицинска грижа за бедните.

Холандският законодател въвежда като основно конституционно правило задължението на държавата да предприема мерки за защита на здравето на гражданите.

2) Законова нормативна уредба

Общ закон

Единен законодателен подход се наблюдава в правната уредба на Великобритания, Испания и Франция, които уреждат правата на пациентите в общите нормативни актове за здравеопазването.

Специфичното държавно устройство на Испания, която е разделена на относително автономни административни области, налага необходимостта от общ и основен за държавата закон, чиято материя се доразвива в съответни регионални актове. Нормативният акт на национално равнище е Законът за здравеопазването, който регулира всички дейности за закрила на здравето в Испания.

Специален закон и подзаконови нормативни актове в областта на здравеопазването

В някои от разгледаните държави разпоредби относно правата на пациентите се съдържат в закони и подзаконови нормативни актове, регламентирани различни институти в областта на здравното обслужване:

- Режим на лечебните заведения (Австрия, Люксембург);
- Защита на данните (Германия) и на медицинската документация (Великобритания, Дания, Испания);
- Донорство (Белгия, Испания, Италия, Люксембург, Холандия)
- Попечителство върху лица с увреждания (Австрия)
- Фармацевтични услуги (Великобритания, Испания)
- Евтаназия (Белгия, Холандия)

- Информирано съгласие (Испания)

Специален закон за закрила правата на пациентите

Специален закон, който урежда правата на пациентите има в Дания. Законът за правата на пациентите съдържа каталог на подлежащите на закрила права на пациента. Специални разпоредби са отделени на правата на неизлечимо болните пациенти и на пациентите до 15 - годишна възраст.

Харти

В Австрия, Великобритания, Германия и Италия правата на пациента са посочени в харти. Тези специфични актове, макар да нямат обвързваща юридическа сила, представляват основа, която отразява тенденциите в законодателното уреждане на съответната материя. Разпоредбите в хартите са с препоръчителен характер и служат като нормативна база при изготвянето на проектозаконали за защита на пациентите. Този тип актове съдържат и общоприетите съвременни принципи, идейни концепции и тенденции в областта на защита правата на пациентите.

3) Права

Общи права

Във всички разгледани държави пациентите разполагат с идентични общи права. Каталогът от права на пациенти включва:

- медицински грижи;
- уважение към личността, човешкото достойнство и неприкосновеност на личната сфера;
- поверителност на личните данни;
- информация;
- избор на лекуващ лекар;
- медицинска документация и достъп до нея;
- уведомяване близките на пациента.

Правото на медицински грижи се изразява във възможността пациента да получава медицинска помощ.

Според своята клинична нужда без значение от неговата възраст, пол, произход, език, националност, расова, религиозна или политическа принадлежност, материално положение, вид и причина на заболяването, недъг.

Поверителността на личните данни съгласно Закона за закрила на данните в Австрия се изразява в закрила на две основни категории сведения относно:

- здравословното състояние на пациента;
- всяка друга информация, която става достояние на лекаря по време на лечението, когато пациента има интерес тя да бъде запазена в тайна.

Едно от основните права в разглежданите държави е правото на информация. Най-изчерпателна е уредбата на това право в Австрия, Германия и Франция, където то е очертано посредством предоставената възможност лицето да бъде осведомено относно:

- направените изследвания и евентуална диагноза на заболяването си;
- подходяща профилактика;
- процедурите и възможните методи на лечение;
- всички действия, предприети за лечение;
- ползата и рисковете от лечението;
- неотложността от лечението;
- последиците от неговото прилагане;
- поведението и съдействието, което се изисква от пациента при провеждане на лечението;
- очаквани последици при отказ на пациента - сравнение между шансовете за подобрене на здравословното състояние при

провежданото лечение и последиците при неговото непровеждане.

Пациентът има право да откаже да бъде информиран за поставената му диагноза, освен, ако здравословното му състояние е опасно за трети лица. Сведенията са поверителни и се съобщават лично на пациента.

В Холандия законодателят предвижда оказващият медицинска помощ при предоставяне на информация да се ръководи от :

- характера и целта на изследването и лечението, което смята да приложи;
- възможните рискове и последици за здравето на пациентите;
- други приложими методи за лечение и изследване.

Уреден и достъпът на информацията за пациентите на трето лице, когато интересите на болния налагат това.

Под избор на лекуващ лекар се подразбира правото на пациента да избира общопрактикуващ лекар и да го сменя бързо и лесно, ако има желание за това. Когато личният лекар счете за необходимо, изпраща пациента за консултация при специалист.

Законодателствата на разглежданите държави уреждат правото на пациента на медицинска документация, достъпа до нея, както и правото му да прави копия на документите, съдържащи се в личното му досие. Никое лице, различно от пациента, няма право да получава информация относно болния или да прави копия от досието, освен в изрично посочените в закона случаи. С оглед нуждите на статистиката и на научните изследвания в областта на общественото здраве, информация относно болния може да бъде използвана при условие на анонимност.

Съдържанието на медицинската документация е подробно уредено във Федералния закон за защитата на данните в Германия.

В документацията подробно се описват предприетите мерки по:

- превенция;
- диагностициране;
- терапия;
- следболнични грижи за пациента.

Документацията е поверителна. Сред изтичане на срока за запазване на информацията, включена в медицинските документи, пациентът има право да изиска нейното унищожаване.

Във връзка с медицинската документация всяка автономна област в Испания приема специален закон, уреждащ т.нар. история на болестта. Тя представлява съвкупност от документи в които се съдържат данни, оценки и информация във всякакъв вид относно клиничната ситуация и развитието на пациентите в продължение на лечебния процес. "Историята на болестта" като база от конфиденциални документи е собственост на медицинската администрация, когато лекарят работи към медицинската институция. В останалите случаи собствеността принадлежи на лекаря, който оказва медицинската помощ.

Във връзка с правото на достъп до медицинската документация особеност се наблюдава във Великобритания , където изчерпателно са изброени лицата, които имат право да съхраняват здравните картони на пациентите. Нормативно са определени и лицата, оправомощени да подават молба за достъп до здравния картон.

Правото на достъп може да бъде ограничено когато:

- ❖ здравния картон съдържа информация, чието разкриване, по мнение на съхраняващия картон е от естество да причини сериозна вреда на физическото или психическото здраве на пациента или на друго лице.
- ❖ Когато би се разкрила информация свързана със или

предоставена от друго лице, което би било идентифицирано с тази информация.

Параграф 26 от *закона за правата на пациентите на Дания* урежда възможността за разкриване на данни относно здравето на пациента с нетерапевтична цел със и без негово съгласие.

Доставчика на медицински услуги може да разкрива пред държавни органи, институции и частни лица данни със съгласието на пациента, отнасящи се до неговото здраве, както и друга информация, свързана с болния, от строго личен или поверителен характер.

Разкриването на данни без съгласието на пациента е допустима в случай, че:

- Данните са от важно значение за институцията, компетентна да проверява информацията за пациентите;
- Разкриването на данните е оправдано с оглед защита на обществен интерес или за защита на важни интереси на пациента, доставчика на медицински услуги или други лица – в този случай лицето, за което данните се отнасят, следва да бъде информирано във възможно най-кратък срок;
- Разкриването на данните е необходимо, за да може съответната институция да изпълни възложените ѝ контролни функции.

Законодателно е уредено и правото на близки на пациента да бъде уведомявано за състоянието на болното лице. Детайлна правна уредба в тази област се наблюдава в законодателството на *Австрия и Дания*.

Пациентите в Австрия посочват свои близки и роднини, които да бъдат уведомявани при влошаване на здравословното му състояние. Той определя кои от тях да бъдат допускани в болничното заведение извън установеното за свиждане време.

Доставчикът на медицински услуги в Дания предоставя на най-близките на пациента лица данни, отнасящи се до развитието на лечението или до причините и начина на настъпване на смъртта, при условие, че това не противоречи на предварително изразеното желание на пациента.

Специфични права

В хода на проучването се установи, че в някои държави пациентите разполагат със специфични права, което са посочени изрично:

- Право на представител (Франция)
- Отказ от кръвопреливане (Дания)
- Религиозна подкрепа (Австрия)
- Удобство(Великобритания, Италия)
- Дехоспитализация (Италия)
- Право да отправя оплаквания и съвети за подобряване на медицинските услуги (Италия)
- Осигуряване на храна в болничното заведение (Великобритания)
- Стоматологични услуги (Великобритания)
- Офталмологични услуги (Великобритания)
- Фармацевтични услуги (Великобритания)

Във Франция е предвидена възможност всеки пълнолетен пациент да определи писмено свой представител чрез упълномощаване - родител, близък или лекуващия лекар. Представителят дава съгласие за извършване на всеки акт на медицинска намеса в случаите, когато пациентът не е в състояние сам да получава информацията за здравословното си състояние.

Правото на гладна стачка е уредено единствено в Дания. Доставчикът на медицински услуги няма право да прекратява

започнатата от пациента гладна стачка , ако го е информирал за последствията от нея за здравето му.

Датският законодател урежда изрично и правото на отказ от кръвопреливане. Лечение, включващо преливане на кръв или кръвни продукти, не може да бъде започнато или продължено без информирано съгласие на пациента. Отказът на пациента да му бъде прелята кръв или кръвни продукти трябва да бъде изразен във връзка с текущото състояние на болестта му и да се основава на информация, предоставено от доставчик на медицински услуги, отнасяща се до последиците от разрешението за преливане на кръв или кръвни продукти като част от лечението. Ако провеждането на лечение с преливане на кръв и кръвни продукти противоречи на етичните убеждения на пациента доставчикът на медицински услуги не е задължен да проведе лечението и пациентът може да бъде препратен към друго медицинско заведение, освен ако случаят не изисква незабавна лекарска намеса.

Пациентът на стационарно лечение в Австрия има гарантирано право да получи религиозна подкрепа по време на престоя си в болничното заведение.

Във Великобритания и Италия изрично е предвидено правото на пациента да получава грижи в чиста и безопасна обстановка както и да му бъде осигурена спокойна почивка.

В Италия е уреден особеният институт на десхоспитализацията. Същността му се изразява в необходимостта подложеното на лечение лице да бъде държано, доколкото е възможно в семейна среда. Освобождаването от болница трябва да бъде съгласувано между болницата и местните служби по такъв начин, че от момента на изписването семейството да бъде подготвено да приеме болния.

Друго специфично право на пациента и членовете на неговото семейство в Италия е да отправят оплаквания и полезни съвети за подобряването на обществената и медицинска дейност.

Във Великобритания пациентът има право, освен по спешни случаи, преди да бъде приет в болница да бъде уведомен дали е предвидено да бъде лекуван в обособено отделение за мъже, съответно за жени. Във всички случаи са налице отделни санитарни помещения за мъже и за жени. Ако пациентът желае да бъде лекуван в болнично заведение за жени, съответно за мъже молбата му се уважава, когато това е възможно.

Осигуряването на храна е право изрично предвидено в законодателството на Великобритания и Италия. На пациента се предоставя писмена информация за болничната храна и за стандарта на услугите, свързани с предоставянето на храна по време на престоя в болничното заведение.

Във Великобритания са уредени правата на пациента при осъществяване на стоматологични, офталмологични и фармацевтични услуги.

Стоматолози от Националната здравна служба, в качеството си на лични стоматолози, извършват безплатно лечение на определени категории лица. Личният стоматолог уведомява пациента за приблизителната цена на лечението преди то да започне. Личният офталмолог преглежда очите на пациента и му предписва очила или контактни лещи. На някои категории лица се оказва финансова помощ за получаването им. На пациента се прави цялостен преглед на очите, който включва проверка на всякакъв вид болести и отклонения от нормалните медицински показатели, както и обща проверка на зрението. При изпълнение на рецептата фармацевтът проверява и потвърждава дали предписаното лекарство е подходящо, като

същевременно предоставя информацията, която е необходима за правилния прием на лекарствата.

Права на отделни категории пациенти

В някои от държавите – обект на анализ е налице подробна нормативна уредба на правата, свързани с отделните категории пациенти.

- **Психично болни пациенти**

В Австрия и Великобритания статусът на психично болните пациенти е подробно регламентиран.

Федералният австрийски закон за настаняване на психично болни пациенти в болници и клиники (Закон за настаняването) очертава условията за настаняване в психиатрично заведение:

- Когато болният представлява сериозна и значителна опасност за своя собствен живот или здраве, или за живота и здравето на други лица;
- Когато лицето не може да бъде лекуван по друг начин освен в такова заведение.

Австрийският законодател подробно урежда хипотезите на настаняване в психиатрично заведение със съгласието (доброволно) и без съгласието на съответното лице (принудително). Принудителното настаняване е допустимо по изрична преценка на лекар от обществената здравна служба или полицейски лекар. С оглед защитата на правата на пациента двама болнични специалисти извършват повторна преценка за наличието на условия на настаняване. Детайлно е регламентирана процедурата по вземане на решения за настаняване в психиатрични заведения и привеждането му в изпълнение.

Законът урежда и принудителните мерки, налагани на пациента, тяхната допустимост, както и съдържанието на по - строгия ограничителен режим. Обект на позитивно – правна уредба е и режимът на попечителство върху психично болни лица. Той е подробно регламентиран във Федералния закон за попечителството върху лица с увреждания (Закон за попечителството).

Особеност се наблюдава в регламентацията на института на настаняване във психиатрично заведение във Великобритания, където законът за психичното здраве урежда единствено принудителната форма на лечение.

Принудителното настаняване в психиатрично заведение обуславя по-сериозни гаранции за обезпечаване правата на пациента. По време на периода на задържане лицето има право да се обръща към нарочен Трибунал за преглед на психичното здраве. Тази орган преценява дали са налице предпоставките за задържане в лечебното заведение и се произнася по условното или безусловното изписване на пациента. Законът предвижда създаването и функционирането на специализирана комисия, с основни правомощия в областта на защита на правата на задържаните пациенти.

- Лица с увреждания

Подробна уредба на правата на лица с увреждания е налице в законодателството на Германия, Италия и Франция.

В Германия законодателят акцентира върху правото на пациентите с недъг в речевия и/или в слуховия апарат да бъдат информирани по начин, разбираем за тях.

Лицата с физически увреждания в Италия разполагат с еднаква възможност за достъп до медицински услуги, като хартата въвежда забрана за дискриминация поради техните увреждания.

Във Франция обект на регламентация са правата на лица с увреждания, дължащи се на медицинска грешка. Предвижда се възможността за получаване на обезщетение от лицето, получило увреждане в резултат на лекарска грешка или невзети неотложни мерки за нейното избягване. Законът предвижда еднократно и пожизнено обезщетение. Еднократното обезщетение се дължи на родителите на дете родено с увреждане вследствие на допуснатата професионална грешка, която не е открита през периода на бременност на майката. Пожизнено обезщетение се изплаща от Националния фонд солидарност през целия живот на увредения.

Френският закон предвижда и създаването на една особена институция – Национален консултативен съвет на увредените. Този орган е натоварен да следи финансовото и социалното положение на увредените лица във Франция и на лицата с френско гражданство, намиращи се извън територията на страната. Съветът има право на законодателна инициатива за промени в статуса на тези лица.

- Раково болни лица

Правата на болните от рак лица са предмет на правна регламентация на международно равнище. Парижката харта за борба с рака е приета на 4 февруари 2000 г. на Първата световна конференция за борба с рака от представители на правителства, научно изследователски общности и застъпници в движението за борба с рака.

Цели на хартата са:

- Подобряване на грижите за онкологично болните;
- Ускоряване на процеса на научните изследвания;
- Образование на лекарите и обществото;
- Насърчаване на научния прогрес за подобряване състоянието на онкологично болните.

Хартата за правата на болните от рак в Италия предвижда три групи права – право на съдействие, право на достоен живот и право на информация. Правото на съдействие се изразява в:

- Непрекъснатост на лечението от момента на поставяне на диагнозата до излекуването или до настъпването на смъртта;
- Продължаване на специалното лечение извън болницата;
- Продължаване на диагностичните услуги, дори и след излекуването въз основа на индивидуален план за постоянно наблюдение;
- Палиативно лечение на пациенти, чието здравословно състояние вече не отговаря на специфичното лечение, в съответствие с препоръките на Световната здравна организация;
- Интензивна рехабилитация, както в местата за амбулаторна лечение, така и в дома на пациента.

Правото на достоен живот включва:

- психологическа подкрепа за болния и членовете на неговото семейство;
- право на пациента да прекарва по-голямата част от живота си в семейна среда или в случаите когато това е невъзможно, в подходяща среда, съобразена с проблемите на болните от рак;
- социална подкрепа в ежедневната дейност, включително и чрез икономическа помощ на семейството.

Правото на информация се изразява права на други видове във възможността болния от рак да бъде напълно информиран относно болестта си и подходящото лечение, за да може да участва във вземането на решения, които го засягат. Информацията и помощта трябва да бъдат предоставени на болния и членовете на неговото

семејство на всеки етап от лечението, под формата на различни информационни средства – брошури, видеокасети, “линия за помощ” .

- Права на други видове пациенти с особена регламентация в Италия

Права на пациенти, болни от Алцхаймер:

- Право да бъдат информирани в ранните стадии на болестта за нея и предвидимото ѝ развитие; същото право имат лицата със които болният живее, както и законните му представители във всяка фаза на болестта;
- Право да участвуват оптимално във вземането на решения за вида на лечението и за оказване на помощ в момента или в бъдеще;
- Право да се ползват със специална защита и гаранции срещу физически и имуществени злоупотреби.

Пациенти, болни от СПИН

Болните от СПИН имат право на обща медицинска помощ, без да се допускат дискриминация или други ограничения. Установява се забрана лицата да бъдат подлагани на изследвания, насочени към установяване наличието на вируса на СПИН, без тяхно съгласие. Тестът за изследване на антитела срещу СПИН е безплатен и може да бъде направен анонимно.

Хронично болни лица

В Италия са регламентирани правата на хроничноболните, които се изразяват във възможността те да бъдат лекувани от компетентни лица, способни да разбират техните нужди, както и да получават всички необходими медицински и санитарни грижи, свързани с достъпа на болния.

Родилки и новородени деца

Италианският законодател урежда правото на всяка жена да получи подходяща медицинска помощ през време на бременността, както и от момента на приемане в болница до напускането ѝ. Жената има право да бъде подробно информирана относно съществуващите начини за съдействие и лечение. Подробно са уредени и други права с които родилката разполага (уважение на нейната религия, конфиденциалност, осигуряване на подготвителни курсове и др.) .

Деца

На особена закрила в италианското законодателство подлежат и правата на децата – пациенти. Законодателно се регламентира правото на уважение към детето и неговите нужди. Майката и бащата разполагат с възможността да присъстват на всички медицински визитации и амбулаторни действия, освен ако това не противоречи на изискванията на медицинската хигиена.

Други пациенти

Освен посочените групи пациенти италианското законодателство регламентира и режима на обезпечаване правата на пациенти – възрастни хора, лица на хемодиализа, чужденци и лица, страдащи от изключително тежки болести.

- Лица, подложени на изследвания

Статутът на лицата, подложени на изследвания е регламентиран от Конвенцията за правата на човека и биомедицината на Съвета на Европа. Съгласно този международен акт научно изследване върху човешки същества може да се предприеме само в случай, че са на лице следните предпоставки в условията на кумулативност:

- Няма алтернативен метод, равностоеен по ефективност на изследването върху хора;
- Рисковете на които маже да бъде изложено лицето не са несъразмерни на потенциалната полза от проучването;

- Проектът за проучването е бил одобрен от компетентен орган, след независима оценка на научната полза, на значимостта на целта на проучването, както и разностранен преглед на неговата допустимост от етична гледна точка;
- Лицата, подложени на проучването са били информирани за техните права и за предпазните мерки, предписани от закона за осигуряване на тяхната защита;
- Необходимото съгласие, предписано по чл. 5 на настоящата Конвенция е дадено изрично и това е документирано.

Изчерпателно са уредени и хипотезите кои лица, без способност да изразят съгласие могат да бъдат подложени на изследване.

- **Бременни**

Във Великобритания бременната жена има право да избере лице, което да се грижи за нея реди и след раждането, място на раждането и вида грижи, които желае да получи.

Жената във Франция разполага с правото да поиска от лекуващия лекар да прекъсне бременността ѝ. Прекъсването не може да се извърши след като са изтекли 12 седмици от зачеването.

- **Информирано съгласие**

- **Определение**

Законодателството на Испания съдържа легално определение на института на информираното съгласие. То представлява писмено съгласие на пациента, давано след предварително получена достатъчна информация относно осъществяването на диагностична или терапевтична процедура, която засяга личността на болния и включва големи, явни или значителни рискове.

Предоставянето на информирано съгласие е право на пациента, а неговото получаване – задължение на лекаря.

Право на пациента е да се вземе предвид неговата воля и тогава когато изразена предварително пред лекарския персонал на медицинския център в случаите, в които не е в състояние да я изрази към момента на интервенцията. Документът, изразяващ предварителната воля може да се изготви от лице, което е пълнолетно и не е поставено под запрещение.

Съдържание

В закона на Испания подробно е уредено и съдържанието на информацията. Тя трябва да включва:

- Идентифициране и описание на процедурата;
- Цел на процедурата;
- Очаквани подобрения;
- Разумни алтернативи на тази процедура;
- Предвидими последици от осъществяването ѝ;
- Последици от неосъществяването ѝ;
- Често срещани рискове;
- Рядко срещани рискове, които са с особена тежест и съпътствуват процедурата. Визират се тези, които са свързани с нивото на развитие на науката;
- Персонални рискове с оглед състоянието на пациента.

След предоставяне на необходимата информация се изготвя т.н. документ за информираното съгласие. Неговото съдържание и необходими реквизити са подробно описани в закона.

За осъществяването на предвидените в закона цели се създава комисия за информирано съгласие към Съвета по здравеопазването и социалните услуги.

Австрийският законодател предвижда изричното съгласие на пациента като предпоставка за провеждане на лечението. Когато

съгласието не е дадено писмено са необходими недвусмислени конклюдентни действия от страна на пациента, които да сочат, че той е съгласен с конкретното лечение.

Особени хипотези

В Германия, наред с общия режим на получаване на информирано съгласие на пациента е уредена и хипотезата, при която лечението може да се проведе и без такова съгласие. Изключение се допуска в случай на спешна медицинска помощ, когато лекарската намеса е наложителна за спасяване здравето/живота на пациента.

Немският законодател определя, че валидно съгласие може да даде само пациент, който разбира естеството на заболяването си и значението на лечението. Посочва се също, че валидно съгласие може да бъде получено както от дееспособно лице, така и от непълнолетно (поставено под попечителство), недееспособно лице, ако то може да направи правилна преценка на обстоятелствата.

Във Франция наред с общия режим на информираното съгласие е регламентиран и друг случай, при който е необходимо изричното предварително съгласие на пациента – за преглед от лекари стажанти. Формата и съдържанието на информираното съгласие в Дания се регламентира от наредби, за чието издаване е упълномощен министърът на здравеопазването. Особеност се наблюдава в случай на пациент, трайно неспособен да даде информирано съгласие, който няма близки, роднини или настойник. Тогава доставчикът на медицински услуги може да проведе предварителното лечение, ако друг доставчик на медицински услуги – специалист в своята област даде съгласие за лечението. Предвидено е изискван към консултиращия специалист да не е участвувал и да не се предвижда да участвува в лечението на пациента.

Субекти, предоставящи медицински услуги

1. Здравни заведения. Видове.

Проучване установи наличието на изрична класификация на здравните заведения в Австрия. Съгласно тази класификация заведенията, които предоставят здравни грижи на болни лица са:

- Болници;
- Амбулатории;
- Служби за извънболнични медицински услуги (вкл. Предоставящи грижи за болни по домовете).

Служби за съвети, помощи и защита правата на пациента

В Германия във връзка с предоставяне на информация и съвети на пациенти е уреден статутът на здравната каса и други служби, осъществяващи съдействие.

Здравната каса уведомява всеки пациент за възможността разходите за лечението да се поемат от здравната осигуровка. Застрахованите лица имат право да изискат от своята здравна каса информация за размера на разноските, които тя поема за лечението му в рамките на всяка работна година.

Информация и съвети, свързани с интересите на пациента могат да бъдат получени и в следните служби:

1. Обществени (публични) здравни служби;
2. Здравни учреждения;
3. Социални служби (те оказват помощ предимно на лица с увреждания);
4. Камари на лекари и зъболекари;
5. Съюзи на лекарските каси;
6. Организация за социални грижи;
7. Организации на пациентите;
8. Организации за самопомощ;
9. Съюзи за закрила на потребителите;

10. Независими служби, предоставящи помощ на пациентите.

Към всяко здравно заведение във Франция е създадена и функционира Комисия за връзка с пациентите. Комисията има задължението да следи за спазване на правата на пациентите и да съдействува за повишаване качеството на предоставените медицински услуги. Комисията следи за хода на лечението на всеки пациент, както и за спазване на неговото право да отправя жалби срещу действията на лекарите.

Освен Комисията за връзка с пациентите във всеки район на Франция действа Регионална комисия за обезщетяване. Нейна основна задача е посредничество при доброволното решаване на спорове, породени от медицински грешки. Всеки пострадал пациент има право да сезира Регионалната комисия, като посочи:

1. Вида на своята здравна осигуровка;
2. Риска, срещу който е осигурен;
3. Получената медицинска помощ;
4. Претърпяната вреда.

Друга организация за защита правата на пациентите във Франция е Националната служба за обезщетяване при медицински грешки. Тя е държавен орган на подчинение на министъра на здравеопазването. Службата е натоварена с изплащането на обезщетения на увредените пациенти от фонд “Национална солидарност”.

Държавната здравна администрация в Испания разполага с правомощието да оценява медикаментите и другите санитарни продукти и артикули. Това е необходимо от една страна, за да се разреши тяхното пускане в употреба, от друга – да се контролира тяхното качество. По този начин държавната здравна администрация

осигурява гаранция за ефикасност, чистота, стабилност и информираност в областта на защита правата на пациентите.

В Италия ползващите медицински услуги имат право да получават информация и да бъдат насочени към съответните доброволчески организации и асоциации за защита.

2. Лица, предоставящи медицинска помощ

Съгласно Закона за професиите за опазване здравето на пациента в Холандия, лицата, които извършват медицинска дейност подлежат на регистрация. Ресорният министър управлява регистър за съответните професии. В закона за уредени правилата за регистрация, както и изискванията към лицата, извършващи медицинска дейност и подлежащи на регистрация.

Отговорност

Правният статут на отговорността на лицата, извършващи медицинска дейност е регламентиран в законовата уредба на всички разглеждани държави.

В Испания е установена класификация на нарушенията в областта на здравеопазването. В зависимост от определени законови критерии, те се степенуват на леки, сериозни и много сериозни нарушения.

В случаите, че нарушението представлява престъпление, с него се ангажират компетентните правораздавателни органи. Администрацията се въздържа от продължаване на производството, докато съдът не се произнесе с решение.

Пациентът в Германия, претърпял вреда има право да сезира :

1. Местната камара на лекарите (респ. зъболекарите);
2. Службите за съвети на пациентите (които се намират в самото лечебно заведение).

Уредено е и правото на иск за претърпени вреди, като пациентът адресира своята претенция към създадените експертни комисии и службите за уреждане на спорове.

Във Франция е предвидена имуществена отговорност за лекарски нарушения, в резултата на които е причинена вреда на пациента. Застрахователят на лекаря или отговорното здравно заведение предлага изплащане на обезщетение на пациента в рамките на застрахователната сума, определена в застрахователния договор.

Друго съставомерно деяние според френския Наказателен кодекс е прекъсване на бременността:

- След изтичане на законоустановения срок за доброволно прекъсване на бременността, освен ако е извършено с цел запазване живота и здравето на бременната;
- От лице, което не е лекар;
- На място, различно от здравните заведения, оправомощени да извършват такава дейност.

Най-подробна е уредбата на отговорността на лицата, предоставящи медицински услуги, в холандското законодателство, което предвижда понасяне на дисциплинарна и наказателна отговорност.

Дисциплинарната отговорност се ангажира в случаите на действие или бездействие, извършено в нарушение на определените стандарти при оказване на медицинска помощ. Отговорността се налага от специални органи – Регионален и Централен дисциплинарен борд. Уредени са също и видовете дисциплинарни мерки и наказания.

Наказателна отговорност се прилага за престъпления, извършени от лице, което не е вписано в регистъра или което е вписано, но осъществява медицинска помощ вън от своята

компетентност. Законът предвижда по-леки санкции за т.нар. по-леки посегателства.

Особени случаи на лечение

✓ Донорство

Донорството, като специфична медицинска дейност е уредено в законодателството на Белгия, Италия, Люксембург и Франция.

Определение

Донорството представлява вземане на органи и тъкани от тялото на лице, наречено *донор*, за извършване на трансплантации в тялото на друго лице – *реципиент*, с терапевтична цел.

В Люксембург донорството преследва и законово установени диагностични или научни цели. Вземането на кръв, кръвна плазма, както и трансплантацията на полови органи са изключени от обхвата на Закона за вземането на органи и тъкани от човешкото тяло.

Подобно на законодателното решение в Люксембург, Законът за вземането и трансплантация на органи в Белгия не регламентира трансфера на човешки зародиш, както и вземането и трансплантацията на мъжки и женски полови органи.

В Италия е установена забрана за отстраняване на мозък и извършване на генетични манипулации с ембриони, дори ако целта е трансплантация на органи.

Основен принцип в законите на Белгия и Франция, регламентиращи принципа на донорство е неговата безвъзмездност.

Вземане на органи и тъкани от живо лице.

Вземането на органи и тъкани от човешкото тяло може да стане само с изричното съгласие на донора. То може да бъде оттеглено по всяко време. прави впечатление, че законодателството на Белгия, Люксембург и Франция въвежда диференциация между пълнолетни и непълнолетни донори.

✓ Донори, ненавършили пълнолетие

Проучването установи, че за целите на трансплантацията може да се вземат органи и тъкани и от лице, ненавършило пълнолетие. В отделните закони предпоставките за това са различни.

В Люксембург донорството от лице, лице, ненавършило пълнолетие, ако реципиентът е негов брат или сестра и е налице писмено съгласие на :

- Непълнолетния;
- Негов законен представител;
- Комитет от трима души, двама от които лекари, посочени от министъра на здравеопазването.

Предпоставките за даряване на органи и тъкани от лице, ненавършило пълнолетие са по-многобройни в Белгия. Подобно на закона в Люксембург, реципиентът трябва да бъде брат или сестра на донора, като са предвидени две допълнителни изисквания – даряват се само органи или тъкани, които могат да се възстановяват, и това не представлява опасност за донора.

Вземането на съгласие в този случай се извършва от:

- Донора, ако има навършени 15 години;
- Съпруга, ако донора е семеен;
- Посоченият в белгийският Граждански кодекс лица.

Съгласието се дава в писмена форма пред пълнолетен свидетел.

Във Франция при вземането на органи или тъкани от лице, ненавършило пълнолетие се прилага определена процедура. Съгласието се дава от родителя или от назначено за законен представител на донора лице, пред председателя на окръжния съд по местоживееене на донора.

Съставеният акт за съгласие се изпраща на директора на здравното заведение и на експертна комисия. Комисията се назначава от министъра на здравеопазването за срок от три години. Дейността на комисията е доброволна.

✓ Донори, навършили пълнолетие

Вземането на органи и тъкани от пълнолетно лице е възможно само с неговото предварително съгласие. Интересно законодателно решение се наблюдава в Белгия. Вземането на органи и тъкани, което застрашава здравето на донора, както и вземането на невъзстановими органи и тъкани, може да се извърши само ако има опасност за живота на реципиента и ако трансплантирането на органи и тъкани от починали не може да доведе до задоволителен резултат. Френският законодател е уредил подробно процедурата за получаване на съгласие от пълнолетен донор. Съгласието се дава пред председателя на Окръжен съд по местоживеенето на донора. Съставя се акт, който се изпраща до директор на здравното заведение, в което ще се извърши операцията.

Вземане на органи и тъкани от починал

Вземането на органи и тъкани става само с терапевтични или научни цели в лицензираните за целта здравни заведения. Смъртта следва да е установена по надлежен ред. Приживе починалият не трябва да е изразил изричния си отказ да стане донор след смъртта си. Във Франция, ако починалият не е изразил воля приживе, съгласие се взема от семейството му.

При издаване на документите за самоличност в Люксембург всяко лице попълва декларация, в която желае дали да бъде донор след смъртта си. Образец от тази декларация се изготвя от министъра на здравеопазването, който я предоставя на органите, компетентни да издават документи за самоличност.

Белгийското законодателство урежда хипотезата за донорство от починал вследствие на насилствена смърт. Лекарят, който извършва операцията незабавно представя доклад на прокурора. В него се отбелязва състоянието на тялото при достигането му в болничното заведение, органите и тъканите, взети за трансплантация и причините за смърт.

В случаи на смърт при неизвестни обстоятелства, вземането на органи и тъкани от трупа на починалия може да се извърши само ако прокурорът не се противопостави.

Отказ от донорство

В хода на проучването се установи, че в Австрия, Белгия и Франция е необходим изричен отказ от донорство, за да не се извърши трансплантация. В Австрия лицето попълва изрична декларация, с която се отказва да дари своите органи. Вземането на орган при наличието на такава декларация е незаконно.

В Белгия и Франция е създаден национален регистър, където се вписват отказите от донорство.

Донорство за създаване на поколение

Този особен вид донорство чрез използване на чужд генетичен материал е уреден в Закона за изкуствено възпроизводство на Испания. Даряването е доброволен, формален, писмен и таен договор, сключен между донора и упълномощен от закона здравен център, който няма комерсиален характер.

По принцип донорството е анонимно. Изключение от правилото е допустимо при извънредни обстоятелства, когато има опасност за живота на детето или в предвидени случаи на наказателно процесуалния кодекс. Всяка жена може да се възползва от техниката за изкуствено възпроизводство тя трябва да е дала свободно,

съзнателно, недвусмислено и писмено съгласие. Съгласие се изисква и от съпруга.

✓ **Евтаназия**

В хода на проучването бе установено, че единствено в Белгия е приет закон за евтаназията. В останалите държави евтаназията е предмет на регламентация в отделни законови разпоредби в здравните закони.

Определение

Легално определение на евтаназията се съдържа в Закона за евтаназията в Белгия, който я дефинира като действие на едно лице, умъртвяващо друго по негова молба. Евтаназията (извършена от лекар) не представлява съставомерно деяние, когато :

- ✓ Пациентът е пълнолетен или еманципиран непълнолетен когато подава молба за извършване на евтаназия;
- ✓ Молбата е съставена в свободен текст от пациента, в пълно съзнание и без външно въздействие;
- ✓ Здравословното състояние на пациента е много тежко и той търпи непоносими физически и психически страдания, настъпили в резултат на внезапно увреждане или тежко патологично заболяване.

Законът за евтаназията урежда подробно процедурата за извършване на евтаназия, реквизитите на молбата и на предварителната декларация на пациента, както и действията, които трябва да предприеме лекарят, преди да пристъпи към евтаназия.

Белгийският закон предвижда създаването на специализиран орган – Федерална комисия за контрол и оценка, която следи за прилагането на закона и дава препоръки за изменение и допълнение към него.

Законът допуска възможността лекарят да откаже да извърши евтаназията. Лекарят задължително мотивира отказа си и информира пациента. Ако причината за отказ е медицинска, тя се вписва в здравния картон на пациента.

Интересен законодателен подход се наблюдава в Австрия, където се прави разграничение между активна и пасивна форма на евтаназия. Активната се изразява в прилагането на лекарски методи от естество да причиняват смърт на болния. Съгласно наказателния кодекс тя е противоправна, дори, когато е извършена с цел да се ускори смъртта след мъчително боледуване.

Пасивната евтаназия се изразява в спиране на животоподдържащите манипулации (реанимиране, кръвопреливане, изкуствено хранене и др.). Тя не е съставомерно деяние в случаите, когато болестта е неизлечима, или е съпроводена с увреждане на организма, причиняващо смърт.

В Германия пациента има право на доброволна смърт. Той трябва да е способен самостоятелно да взема решения и напълно да разбира здравословното си състояние.

Холандското законодателство признава правото на доброволно прекратяване на живота от лекар и изчерпателно посочва предпоставките за това.

Съгласно параграф 17 от датския Закон за правата на пациентите всяко лице, навършило 18 годишна възраст непоставено под запрещение може да направи волеизлияние относно животоподдържащо лечение. Животоподдържащото лечение е определено в закона като **лечение, което не** предполага за излекуване или подобряване, а е свързано с усилията за удължаване на живота.

✓ **Експериментално лечение**

Правната регламентация на експериментално лечение на международно равнище е установена в Конвенцията за правата човека и биомедицината на съвета на Европа.

На национално равнище експерименталното лечение е предмет на уредба в законодателствата на Германия, Италия, Франция и Холандия, като в Холандия и Италия са приети специални закони в тази област.

Холандският законодател легално дефинира понятието “медицински експеримент” като изследване при което лица са подложени на лечение или от тях се изисква да се държат по определен начин. Установени са забрани за неговото провеждане, когато:

- липсва писмено съгласие на лицето, подлагащо се на изследване;
- няма писмено съгласие на лицето, неговите родители или на настойника му – ако лицето е навършило 12 годишна възраст;
- липсва писмено съгласие на родители или назначените законни представители на подлагащото се на лечение лице, ненавършило 12 годишна възраст.

Законът предвижда изисквания към съдържанието на информацията, която трябва да бъде представена на лицето, подлагано на експеримент, преди да бъде поискано неговото съгласие. Данните обхващат :

- ❖ цел, характер и продължителност на изследването;
- ❖ рискове за здравето, свързани с участие в изследването;
- ❖ рискове за здравето, свързани с прекъсване на участие в изследването.

В хода на проучването бе разгледан Закон в Италия от 1998 год. относно клиничните експерименти в областта на раковите

заболявания. Те се извършват по отношение на пациенти, които се дали своето информирано съгласие в институти за настаняване и лечение с научен характер в областта на онкологията, както и в болнични и университетски структури.

Координацията между центрoвете, които извършват експерименти, снабдяването, контролът и дистрибуцията на лекарствени средства, с които се експериментира, се осъществява от Върховен институт на здравето. Към него се създава център за информиране на обществеността.

5. Регламентация на правата на пациента и правото на здравно обслужване в Република България

В националната правна система съществуват редица нормативни актове, във всички нива на иерархия, регламентиращи правата на пациента и здравното обслужване на територията на Република България .

Основният нормативен акт, Конституцията на Република България, гарантирани правата на гражданите относно опазването на тяхното здраве, правата, свързани с тяхното обществено осигуряване и социално подпомагане, както и правото на достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред определени със закон.

Конституционна уредба

Българската Конституция очертава правното положение на гражданите на Република България като следва принципи, сред които и този на равнопоставеност. Още в нейния преамбюл равенството е провъзгласено за общопризнат човешки идеал. С чл. 4, ал. 2 от Конституцията законодателят е декларирал, че Република България

гарантира живота, достойнството и правата на личността и създава условия за свободно развитие на човека и на гражданското общество. Изразът „права на личността” визира основни възможности, предписани от позитивното право и морала, които гарантират на всяка личност достоен живот. Принципът на равнопоставеност е прокламиран в чл. 6, където се посочва, че „всички хора се раждат свободни и равни по достойнство и права”. Втората алинея на разпоредбата конкретно въвежда забрана за дискриминация, постановявайки, че не се допускат никакви ограничения на правата или привилегии, основани на раса, народност, етническа и политическа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, лично и обществено положение или имуществено състояние¹⁰.

Действащата Конституция на Република България е в сила от 13.07.1991 г. Кратко време след нейното приемане през 1992 г. Конституционният съд постановява редица решения, посветени на чл. 6 и регламентираното с него равенство на гражданите. Основно е Тълкувателно решение № 14 от 10.11.1992 г. по Конституционно дело № 14/92 г.¹¹

Делото е било образувано по искане на президента за тълкуване на чл. 6 от Конституцията във връзка с:

- равенството на всички граждани пред закона и дали това означава и равенство пред всички нормативни актове;
- социалните признаци за недопускане на ограничения на правата или привилегии и това дали са изчерпателно или примерно изброени;

¹⁰ Друмева, Ем. Уредба в Конституцията. Равенството като принцип. – В: Европейско и национално антидискриминационно правно регулиране. Уч. помагало. С., АПОИ и ИПН при БАН, 2003, с. 127–134.

¹¹ Обн. ДВ, бр. 93 от 1992 г.

- привилегиите, изяснявайки дали представляват нарушение на принципа на равенство пред закона.

Конституционният съд уточнява, че равенството на всички граждани пред закона по смисъла на чл. 6, ал. 2 от Конституцията означава равенство пред всички нормативни актове. Посочва, че социалните признаци за недопускане на ограничения на правата или предоставяне на привилегии са посочени в чл. 6, ал. 2 от Конституцията изчерпателно, както също, че привилегии, основани на посочените в чл. 6, ал. 2 от Конституцията социални признаци, са нарушения на принципа за равенство на всички граждани пред закона.

Конституционният съд, тълкувайки чл. 6 и други конституционни норми, свързани с него, акцентира върху равенството на всички граждани пред закона.

- *Равенство на всички граждани пред закона*

Равенството на всички граждани пред закона е основен принцип на всяко демократично общество. В преамбюла на Конституцията равенството е прокламирано като общочовешка ценност наред със свободата, мира, хуманизма, справедливостта и търпимостта. В чл. 6, ал. 2 равенството на гражданите пред закона е формулирано като конституционен принцип, който стои в основата на гражданското общество и на държавата. Този принцип е общ за цялата правна система на Република България. Той е основа за тълкуване и за прилагане на Конституцията и за нормотворческата дейност. В чл. 6, ал. 2 равенството пред закона е формулирано още и като основно право на гражданите. В редица конституционни разпоредби то е конкретизирано, като е отнесено към определени права и свободи (чл. 19, ал. 2; чл. 46, ал. 2; чл. 47, ал. 3; чл. 119, ал. 3; чл. 121, ал. 1 и др.)¹².

¹² Вж. Боянов, Г., Златарев, Е., Мулешкова, Ир., Василев, Ат. Основи на правото. Книга втора. С., СИЕЛА, 1998.

Равенството пред закона означава равнопоставеност на всички граждани пред закона и задължение за еднаквото им третиране от държавната власт. Според чл. 4, ал. 1 Република България е правова държава. Тя се управлява според Конституцията и законите на страната. Съгласно чл. 5, ал. 1 Конституцията е върховен закон и другите закони не могат да ѝ противоречат. Това означава, че правото се изгражда като единна и непротиворечива система на принципа на йерархията на нормативните актове.

Конституцията е основа на действащата правна система и на целия държавен ред. Нормативно прогласява основните принципи и ценности в държавата. В някои случаи конституционните норми не съдържат пряко приложими разпоредби и се нуждаят от конкретизиране чрез закони, за да могат да станат приложимо право (чл. 122, ал. 2; чл. 123; чл. 134, ал. 2; чл. 138; чл. 144 и др.). Основните обществени отношения се уреждат посредством закони, а подзаконовите актове конкретизират и доразвиват законовите разпоредби. Те се издават за прилагане на закона в цялост или на отделни негови разпоредби (чл. 114 и чл. 115), поради което е недопустимо да му противоречат.

Не е възможно гражданите да са равни пред закона, а да не са равни пред подзаконовите актове. Изискването за равенство на гражданите пред закона логически изисква равенство пред всички нормативни актове, адресирани до тях – закони и подзаконови, а не само равенство пред закона в собствения му смисъл на акт на Народното събрание. Такова разбиране на текста на конституционната норма отговаря на духа и смисъла на Конституцията, прогласила признаването и зачитането на равенството като общочовешка ценност и издигнала във върховен принцип правата на личността (преамбюл, чл. 4, ал. 2, чл. 25–57).

Всеки гражданин на Република България има право на сигурна, безопасна и здравословна, съответна на етапа на развитие на обществото, социална, икономическа, законодателна и психологична среда.

В Република България са приети редица нормативни актове с различна правна сила, които уреждат правата на пациентите у нас.

Конституционната уредба на правата на пациента се регламентира с Чл. 52., според който гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. Държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма.

Никой не може да бъде подлаган принудително на лечение и на санитарни мерки освен в предвидените от закона случаи.

В глава втора на Конституцията се съдържа неизчерпателно изброяване на основните права на гражданите, които съгласно нормата на чл. 57 КРБ имат неотменим характер. Към тях следва да се причислят и правата на гражданите или юридическите лица, произтичащи пряко или косвено от нормите на глава първа на Конституцията.

Конституцията прогласява неотменимостта на основните права, но същевременно не допуска злоупотребата с тях, както и упражняването им, ако то накърнява правата и законните интереси на другите (чл. 57, ал. 1 и 2).

Така наречени лични права и свободи, които произтичат от биологичната и социална природа на личността, формират се във от

държавата и не са дар от нея имат универсална природа – без оглед на раса, пол, език, религия, възгледи, материално и обществено положение, гражданство. Част от политическите права се влияят от българското гражданство на носителя им.

Субективните права на индивида, гарантирани от Конституцията са адресирани към публичната власт. Но с правата на всеки отделен човек трябва да се съобразяват и останалите граждани /чл.58/, следователно основните права имат действие *erga omnes*. Същевременно упражняването на основните права до предели, до които не се накърняват права или закони интереси на други /чл.57, ал.2/ означава, че основните права имат и хоризонтално действие . Именно действието на основните права на човека спрямо трети лица осигурява по-ефективното им упражняване.

При регламентирането на основни права Конституцията държи сметка за съотношението и взаимодействието между тях. В определени моменти и при упражняването им те могат да влязат в противоречие. За решаване на колизията между отделни основни права на гражданите Конституцията си служи с метода на балансиране¹³.

Въпросът за допустимото ограничаване на основни права е от фундаментално значение, защото именно възможностите за ограничаване и техния предел са определящ фактор за упражняване на правата и свободите, гарантирани от Конституцията.

Обща конституционна гаранция за упражняване на основните права е тяхната неотменимост /чл.57, ал.1/. Принципът за неотменимост произлиза от разбирането, че основните права са

¹³ Според Решение № 4 от 1997г.КС, ДВ, бр.22/97г.

изначално присъщи и валидни за всяко живо същество. Публичните институции следва да ги зачитат и не са в състояние да суспендират основните права. Този принцип служи като препятствие на властта за въвеждане на допустимите ограничения.

Освен това, независимо дали става въпрос за основно право, формулирано с абсолютни термини /и което не търпи никакви ограничения/ или става дума за основни права, при които ограниченията са допустими, забраната за злоупотреба с права е относима за всеки вид основни права /чл.57, ал.2, пр.1/. А това означава още, че мотивите на властта да предприеме определено законово ограничение на основно право трябва да съответстват на целите, които преследва включеното в Конституцията допустимо ограничение.

Конституцията на Република България изрично очертава допустимите ограничения на конституционно гарантираните права. Съществуват общи ограничения на основни права и свободи и отделни ограничения, които произтичат от самото регулиране на отделното право.

Общите ограничения са формулирани в една конституционна разпоредба /чл.57, ал.3/, която стриктно дефинира параметрите, в които временно отделни права на гражданите могат да бъдат ограничавани: а/ Трябва да са налице извънредни обстоятелства за управлението на държавата – при обявяване на война , военно положение или друго извънредно положение. б/ Ограничаването на правата е допустимо само за определен срок; то не може да продължи след отпадането на обстоятелствата, породили необходимостта от въвеждането му. в/ Овластен да установи ограничаването е само парламентът със закон. г/ Става дума за ограничаване упражняването

само на отделни права, изрично посочени със закон, а не за общо ограничаване на права.

Конституцията установява ограничения на ограниченията като въвежда изчерпателно изброени отделни права, ограничението на които не се допуска и това са : правото на живот и забраната за мъчения, гаранциите за правото на лична свобода, а именно правото на всеки да бъде предаден на съдебната власт в законно определен срок, забраната за осъждане въз основа на самопризнание, презумпцията за невиновност, неприкосновеността на личния живот и свободата на съвестта, мисълта и избора на вероизповедание.

Специалните ограничения са тези, които се отнасят до отделни основни права. Те условно могат да се разделят на две големи групи – А. - такива, които произтичат от начина на формулиране на самото основно право и Б. - такива, при които в отделна алинея, при уредбата на съответното основно право, са изброени възможните ограничения /чл.33, ал.2, чл.35, ал.1, чл.37, ал.2, чл.39, ал.2 и пр./

Общото в регулирането е, че допустимото ограничаване на гарантирано от Конституцията право може да стане само със закон и това трябва да се отчита при всеки конкретен случай в практиката , независимо, че може да се срещнат отделни конституционни разпоредби, в които при очертаване на рамката на ограничението не се споменава, че това трябва да е отразено в закон /чл.34, ал.2/.

Най-често възможните ограничения съвпадат с отклоненията, които международните актове допускат – Европейска конвенция за защита правата на човека и основните свободи, Международен пакт за граждански и политически права.

Независимо, че е дала право на законодателя да определя със закон ограничения на основни човешки права, Конституцията посочва интересите, чието спазване или защита може да изисква налагане на

ограничаването - това са други конституционни права и ценности, които приоритетно трябва да бъдат защитени.

Съгласно чл.5, ал. 4 от Конституцията на Република България, международните договори, ратифицирани по конституционен ред, обнародвани и влезли в сила за Република България, са част от вътрешното право на страната. Те имат предимство пред тези норми на вътрешното законодателство, които им противоречат.

Законова уредба на правата на пациентите

Правата на пациента са правно уредени в редица закони и подзаконови актове. Законите, с които се уреждат правата на пациентите в България са:

- ❖ Закон за здравето
- ❖ Закон за лечебните заведения
- ❖ Закон за здравното осигуряване
- ❖ Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина
- ❖ Закон за трансплантацията на органи, тъкани и клетки
- ❖ Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите
- ❖ Наредба за достъп на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ
- ❖ Наредба № 28 за профилактичните прегледи и диспансеризацията
- ❖ Наредба № 25 за определяне списъка на заболяванията за които Националната здравноосигурителна каса заплаща
- ❖ Наредба № 29 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК

Права на ЗЗОЛ при оказване на медицинска и стоматологична помощ

Задължително осигурените имат право:

1. да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;
2. на свободен избор и лечение от лекар или стоматолог в лечебни заведения за първична медицинска или стоматологична помощ, както и на достъп до медицинска или стоматологична помощ при условията и по реда на ЗЗО, Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ и НРД. Изборът се осъществява на територията на цялата страна без ограничения по административен или географски признак;
3. на спешна помощ там, където попаднат;
4. да получават информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ;
5. да участват в управлението на НЗОК чрез свои представители;
6. да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите;
7. да получат документ, необходим за упражняване на здравноосигурителните им права в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност;
8. на трансгранично здравно обслужване
9. да подават жалби пред директора на съответната РЗОК, когато не са удовлетворени от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ. Жалбата се подава,

като в нея се описват причините и се посочва най-малко едно от следните основания:

- а. отчетена, но неизвършена медицинска дейност;
 - в. качество на медицинската помощ, което не съответства на критериите за качество, определени в националните рамкови договори;
 - с. отказан достъп до медицинска документация;
 - д. получени от изпълнител на медицинска или дентална помощ суми без правно основание.
10. да бъдат информирани за обема на медицинската и стоматологичната помощ и видовете услуги, които лекарите и стоматолозите предлагат, както и за правилата, условията, реда и времевия график за получаването им;
 11. да приемат или отказват лечение, след като получат достатъчна информация за естеството му и очаквания резултат;
 12. на непрекъснатост на грижите при оказване на болничната помощ;
 13. на второ мнение от друг лекар от същото лечебно заведение относно диагностично-лечебната дейност, свързана с неговото заболяване;
 14. да получат необходимата медицинска помощ, ако здравето и животът им се намират в непосредствена опасност; в случаите, когато спешната помощ не може да бъде оказана на място, медицинският специалист съдейства за транспортирането на пациента към съответно лечебно заведение, като продължава оказването на спешните мерки;
 15. на обезболяване в хода на лечението при установени правила и процедури за нейното провеждане, както и на

- съответни на квалификацията на лекаря грижи и обезболяване при хронична болка и терминални състояния;
16. да бъдат информирани за името, длъжността и специалността на всяко лице, което ги лекува или участва в лечебния процес; в случаите на съвместно лечение или поемане на лечението от друг изпълнител на медицинска помощ пациента има право да поиска сътрудничество и добра координация между включените в лечението му специалисти, така че да се гарантира подходящото продължаване на лечението;
17. в случаите, когато са настанени в лечебно заведение за болнична помощ:
- а) да бъдат посещавани от общопрактикуващия лекар (ОПЛ) или специалиста, издал направлението за хоспитализация в съответствие с чл. 22 от Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ;
 - б) да приемат или отказват посетители;
18. на медицинска и стоматологична помощ, свързана с уважение и зачитане на техните ценности и убеждения, както и на съчувствие в състояния на безпомощност или в края на живота с оглед запазване на тяхното достойнство;
19. на защита от икономическа, сексуална и друга форма на насилие, физическо или друго малтретиране или унижително отношение.

Право на информация и информирано съгласие

Едно от правата на пациентите, регламентирано в българското законодателство е правото на информация и информирано съгласие. У нас съществува една обща норма за осведомяване на пациентите,

визирана в ЗЗ изискваща от медицинските работници да разясняват по подходящ начин на болния или на неговите близки характера на заболяването и смисъла на провежданото лечение. Методите и средствата, прилагани при оказване на медицинска помощ са утвърдени от медицинската наука и практика. Онези методи за профилактика, диагностика и лечение, които не са намерили всеобщо приложение се използват само в интерес на болния по ред, определен от Министерство на здравеопазването. Методите, които водят до временна промяна в съзнанието на човека, като хипнози и упоявания, се прилагат само в надлежно обзаведени лечебни заведения, от специално подготвени лица. За да бъдат приложени същите е необходимо вземането на предварително съгласие от лицата, върху които ще се прилагат, а ако те са недееспособни – съгласие на техните законни представители или попечители. Съгласие на болния се изисква и при извършване на хирургически операции и сложни диагностични методи. Ако лицето е недееспособно съгласие дава законния представител или попечител. По изключение, такива се осъществяват и без съгласие, когато е невъзможно такова да се получи своевременно, а неизвършването им застрашава живота на болния.

Извън разпоредбата са на лице някои конкретни правни норми, които се отнасят до специални случаи. Изисква се информацията да е дадена на “достъпен“ език. Само в тази хипотеза при органодонорството се предвижда писмено съгласие. В останалите случаи формата не е уточнена, което предполага и устно даване на съгласие.

Интерес представлява хипотезата, в която могат да се вземат за присаждане органи и тъкани от трупове на лица, починали в лечебни заведения без съгласието на техните наследници, както и от лица в

състояние на мозъчна смърт без съгласието на техните близки. Това е възможно ако лицата са били дееспособни български граждани и приживе не са направили отказ за даряване на органи и тъкани след смъртта си. Отказът се удостоверява с отбелязване в здравноосигурителната книжка на лицето. Гаранция за спазването на това правило е чл. 34, ал. 4, съгласно който не се допуска вземане на органи за присаждане от трупове на лица и от лица в състояние на мозъчна смърт с неустановена самоличност. Следователно лицето винаги трябва да има установена самоличност за да се извърши проверка в здравноосигурителната книжка за липса или наличие за отказ от органодонорство.

Вземането на информирано съгласие за лечение от пациента е регламентирано и в Националния рамков договор.

Изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ са длъжни да оказват помощ след получаване на информирано съгласие на пациента, а ако то е недееспособно—съгласие на негов родител/настойник/попечител.

За получаване на информирано съгласие лекарят или стоматологът трябва да предостави на пациента или негов родител/настойник/попечител медицинска информация в обем, даващ му възможност да приеме или откаже предложеното лечение.

Медицинската информация включва:

1. диагноза на здравното състояние на пациента и прогноза;
2. описание на целта, курса на лечение, разумните алтернативи, очакваните резултати и вероятността за успех от предлаганото лечение;
3. рисковете, свързани с предлаганите изследвания и лечение, вкл. страничните ефекти, болка и други неудобства;

4. вероятността за успех и рисковете при алтернативни форми на лечение или при липса на лечение;
5. каква част от предлаганите изследвания и лечение се покрива от НЗОК.

Медицинската информация следва да се предостави на ЗЗОЛ или негов родител/настойник/попечител във възможно най-ранен етап и по подходящ начин, даващ му възможност да направи свободен и независим избор.

Съгласието се дава писмено и се оформя чрез подписване на декларация.

Медицинска и стоматологична помощ без съгласие на ЗЗОЛ може да се окаже, когато тя има спешен характер, в една от следните хипотези:

1. когато физическото или психичното състояние на пациента за момента не позволява получаването на информираното му съгласие;
2. когато пациентът е недееспособен и е невъзможно да се получи съгласие от негов родител/настойник/попечител.

Право на запазване тайната на пациента

Закон за народното здраве урежда правото на запазване тайната на пациента. Медицинските работници са длъжни да пазят в тайна фактите, свързани със здравословното състояние на болните, начина на заразяването и други обстоятелства, за които болният или близките му имат интерес да не разгласява, освен ако със закон е разрешено да се съобщават на някои държавни органи. Това задължение се отнася и за студентите по медицина и стоматология, стажант лекарите и курсистите от полувисшите и средни медицински училища.

Опазване тайната на пациента е регламентирана и в Националния рамков договор и Етичните кодекси на лекарите и стоматолозите.

Изпълнителят на медицинска или стоматологична помощ може да предоставя на трети лица медицинската информация относно даден пациент в случаите, когато:

1. пациентът е дал съгласието си за разкриване на медицинската информация;
2. ако това е предвидено в закон;
3. разкриването е за целите на лечението на пациента от друго лечебно заведение;
4. разкриването на медицинската информация е от жизнено значение за защитата на здравето на други хора или на обществеността; в тези случаи решението се взема от лекарска комисия, която уведомява пациента за взетото решение;
5. разкриването е за целите на здравната статистика, научни публикации или за управленски или преподавателски цели, след като всяка информация, идентифицираща пациента, е била премахната.

Задължително здравноосигуреното лице има право на поверителност на информацията, свързана с медицинската и стоматологичната помощ, която получава, с изключение на изброените случаи.

Права на пациенти, свързани с трансплантацията на органи, тъкани и клетки

Процедурата по трансплантация на органи е уредена подробно в Закона за трансплантация на органи тъкани и клетки, като се съблюдават и правата на пациентите. Вземането на органи и тъкани от

жив човек се осъществява само в държавните лечебни заведения, в които се извършват трансплантациите, при условие, че не представлява опасност за живота му и че е получено от него писмено съгласие, след като са му обяснени на достъпен език рисковете, които поема.

Органите и тъканите за присаждане не могат да бъдат предмет на възмездна сделка като дарителят или неговите близки не могат да получат никаква парична или материална облага за дарените органи или тъкани. Износ на органи и тъкани се допуска само за държави, с които Република България има сключени международни договори за взаимен обмен на органи и тъкани.

В сила от 01.01.2004 г. е Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки.

Права на отделни категории пациенти

❖ Опазване здравето на бременни, майки и деца

В глава 4, раздел 1 от Закона за здравето е отделено специално внимание на опазване здравето на бременните, майките и децата. Регламентирано е, че майчинството в РБ се поощрява от държавата.

Лечебните заведения са длъжни да организират специално диспансерно наблюдение на бременните, болнична медицинска помощ при раждането и лечебно профилактични грижи за майките и децата.

Неразделна част от Националния рамков договор са задължителните за общопрактикуващите лекари дейности по програми “Детско здравеопазване”, “Майчино здравеопазване” и имунопрофилактиката.

Специфични права на пациентите

• Право на ползване на лекарствени средства

Интерес представлява уредбата, която откриваме в Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина. В него се съдържат редица правила и процедура, насочени към защита правата на лицата, ползващи лекарства за целите на лечение, или участващи в клинични изпитвания на лекарствени продукти.

С оглед защитата на интересите на пациентите законът въвежда строги изисквания по отношение на лекарствата. Производителят на лекарствен продукт е длъжен да предостави при поискване от лекар, стоматолог, магистър фармацевт или помощник фармацевт специализирана информация в която освен данните от листовката или указанието за употреба се включват и допълнителни клинични, токсикогични, фармако – динамични и фармако – кинетични данни.

Разрешението за употреба на лекарствени продукти не освобождава производителя от отговорност в случаите на вредно въздействие върху здравето на хората.

Пациентите ползват лекарствени средства за домашно лечение, заплащани от Националната здравноосигурителна каса на основание Закона за здравното осигуряване. Особеното в случая е, че такива лекарствени средства се предписват на лица с определени заболявания, включени в списък по Наредба на министерството. Лекарствените средства се предписват от изпълнители на медицинска и стоматологична помощ и съобразно Списък на лекарствени средства, частично или напълно заплатени от НЗОК, който е неразделна част от Националния рамков договор. На хронично болните лица изписваните лекарствени средства се вписват в Рецептурна книжка на хроничноболните, която се регистрира за определени заболявания, отново определени със списък.

Цялата процедура на практика утежнява получаване лекарствени средства и сама по себе ограничава разписаните в нормативните документи права на пациентите.

- **Клинични изпитвания**

Клиничните изпитвания на лекарства върху хора могат да се извършват:

- ✓ За доказване на клиничната ефективност и безопасност на неразрешени за употреба в страната лекарства в процес на научното им изследване.
- ✓ За доказване на клиничната ефективност и безопасност на разрешени за употреба в страната лекарства при възникнала необходимост.

Изпитванията на лекарства върху хора се извършват при спазване на правилата на добрата клинична практика, утвърдени от Министъра на здравеопазването.

Разрешения за провеждане на клинични изпитвания не се дават, когато не са спазени разпоредбите на Конституцията, на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина / ЗЛПХМ / и на международните актове за защита правата на човека, по които България е страна.

Клинични изпитвания на лекарства се допускат само върху лица, които :

- ✓ Са дали съгласие след писмено уведомяване от главния изследовател за същността, значението, обхвата и евентуалните рискове от изпитването. Съгласие може да дава само дееспособно лице, което разбира същността, значението, обхвата и евентуалните рискове от клинично изпитване. Дава се лично, в писмена форма и може да бъде оттеглено по всяко време;

- ✓ Не са срочно служачи във Въоръжените сили, не са задържани, лишени от свобода или осъдени на смърт;
- ✓ Са застраховани от възложителя на изпитването за случаи на увреждания на здравето или смърт;

Клиничните изпитвания върху малолетни и непълнолетни се допускат когато лекарствата са предназначени за диагностициране или профилактика на болести специфични за малолетните и непълнолетните или когато резултатите, получени от клиничните изпитвания върху възрастни и тяхната интерпретация не могат да се считат за валидни и за малолетните и непълнолетните. За изпитване на малолетни и непълнолетни се изисква съгласи на двамата родители и разрешение на съответния Районен съд. За изпитване на малолетни и непълнолетни без родители се изисква разрешение на съответния Районен съд.

Клинично изпитване, чиято непосредствена цел е лечението на болния може да се извърши, ако то е необходимо за да се спаси животът на болния, да се възстанови здравето му или да се облекчат страданията му. При болни лица, които са малолетни или поставени под пълно запрещение за провеждане на клинично изпитване е необходимо само писменото съгласие на техните законни представители. При болни лица, които са непълнолетни или поставени под ограничено запрещение за провеждане на клиничното изпитване е необходимо тяхното писмено съгласие и писмено съгласие на техните родители или попечители.

Съгласието на лицата по последните три хипотези е действително само ако те са били предварително писмено уведомени за същността, значението, обхвата и евентуалните рискове от изпитването. Тяхното съгласие не е необходимо, ако се налага незабавно решение за да се спаси живота на болния и ако в този

момент това съгласие не може да бъде потърсено. Решението се взема от най-малко двама лекари.

- **Преливане на кръв и кръвни продукти**

Преливането на кръв и кръвни продукти, даряване и отказ за кръвопреливане са регламентирани със **Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането**. Преливане на кръв или кръвни съставки се извършва при спазване правата на пациента и след получаване на писмено информирано съгласие от него, за което му се предоставя на достъпен език информация за:

1. причините за преливане на кръв или кръвни съставки;
2. целта на преливането и очаквания резултат;
3. възможните нежелани реакции и потенциалните рискове, свързани с преливането на кръв или кръвни съставки;
4. съществуващите алтернативи и рисковете, произтичащи от тях.

Когато пациентът е недееспособен, информираното съгласие дава неговият законен представител или попечител.

Преливане на кръв или кръвни съставки без получаване на информирано съгласие може да бъде извършено, когато е застрашен животът на пациента и:

1. физическото или психичното му състояние не позволява получаване на информирано съгласие;
2. пациентът е недееспособен и не е възможно своевременно получаване на съгласие от законния му представител или попечител.

Решението и мотивите се отразяват в медицинската документация на пациента от лекаря, назначил преливането.

Пациентът, съответно законният му представител или попечител, може да откаже преливане на кръв или кръвни съставки по

всяко време на лечението. Отказът се удостоверява с подписи на лицето и на лекуващия лекар или на лекуващия лекар и на свидетел, ако лицето откаже да се подпише.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

II. 1. ЦЕЛ

Целта на дисертационния труд е да се разработи алгоритъм за оптимизиране на информираността на пациентите за техните основни права при осигуряване на здравно обслужване чрез проучване и анализ на мнението на лекарите, пациентите и студентите по медицина за познанията им относно правата на пациентите в България.

II. 2. За изпълнение на целта бяха поставени следните основни ЗАДАЧИ:

1. Проучване с анализ на концепциите за правата на пациентите и подходите за тяхното прилагане.
2. Сравнително правен анализ на международното законодателство по отношение на правата на пациентите.
3. Анализ на действащото законодателство на страните от Европейски съюз по правата на пациента.
4. Изследване и анализ на характеристиките на действащото законодателство у нас по отношение на правата на пациентите.
5. Проучване и анализ на правата на пациента при получаване на медицински услуги в първичната извънболнична помощ
6. Анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред лекарите, хоспитализираните пациенти, студентите по медицина и гражданите за познанията им относно правата на пациентите в България и необходимостта от познаване на здравните услуги.

7. Разработване и предлагане за внедряване модел на алгоритъм за оптимизиране на информираността на пациентите за техните основни права свързани със здравното обслужване.

II. 3. РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Въз основа на резултати от анкетно проучване, съответно – анализ и оценка на действащото законодателство на страните от Европейски съюз и у нас по правата на пациента, да се докаже, че в прилагането на основните права и осигуряването на достъпна медицинска помощ важно значение имат:

- наличие на фактори водещи до неосведоменост на пациентите относно техните права;
- необходимост от подобряване начините на информираност на пациентите за техните права;
- ролята на медицинските специалисти за осигуряването на разбираемост при предоставяне на информация на пациентите относно техните права и оказваната медицинска помощ;
- необходимостта от подобряване на връзка между информираността на пациентите и лекарите за правата и задълженията им и качеството на здравеопазване в България.

Анализираните и оценени фактори биха послужили за разработването на алгоритъм за оптимизиране на информираността на пациентите за техните основни права свързани със здравното обслужване.

II. 4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

Обект на настоящото проучване са пациентите, хоспитализирани в болнични лечебни заведения, лекарите работещи в тях, студентите по медицина и гражданите.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва проучване и анализ на правата на пациентите в България регламентирани в основните нормативните документи – Конституцията на Република България, Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване.

Вторият компонент представя и анализира правата на пациента при получаване на медицински услуги в първичната извънболнична помощ по отношение на избор на общопрактикуващ лекар, необходимост от предоставяне на първична помощ и правото за получаване на информация.

Третият компонент включва анкетно проучване сред следните групи респонденти:

- пациенти хоспитализирани в лечебни заведения за болнична помощ в Пловдив;
- пациенти, които в момента на анкетирането не са хоспитализирани (граждани);
- лекари работещи в лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ в Пловдив;
- студенти по медицина – 3-ти и 4-ти курс.

Анкетата (Приложение 1.) има за цел да изследва и анализира мнението на респондентите относно:

- източниците на информация за правата им като пациенти;

- осведомеността им за здравните услуги, като здравно осигурени лица, които могат да получат в извънболничната и болничната помощ;
- информираността за правата им, като пациенти при хоспитализиране в лечебно заведение за болнична помощ;
- разбираемостта, начина и обема на предоставената им информация при получаване на информирано съгласие;
- значимостта на правата им, като пациенти за тяхната законова защита;
- наличието на връзка между информираността на пациентите и лекарите за правата и задълженията им и качеството на здравеопазване в България.

В проучването са анкетирани 228 пациенти, 180 лекари, 180 граждани и 180 студенти по медицина.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уровень на значимост $P(t) = 0.05$ дава информация за оценка точността на анализирани показатели.

Логическа единица на наблюдението са анкетираните хоспитализирани и нехоспитализирани пациенти, студенти по медицина (3-ти и 4-ти курс) и лекари.

Техническа единица на наблюдението са УМБАЛ Св. Георги и МЦ Хипократ.

Признаците се конкретизират от поставените задачи и вида на единицата (в приложението са посочени анкетните карти за пациенти и лекари).

Време и място на наблюдението

Анкетното проучване сред респондентите е проведено от 01.09.2016г. до 15.12.2016 година в град Пловдив - УМБАЛ Св. Георги и МЦ Хипократ.

Документи на проучването

Основните документи, които се използват за набирането на първичната информация са:

- **Анкетна карта за правата на пациентите в България–**
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

- документален метод - проучени са различни нормативни документи, свързани с правата на пациентите в България и Европейските страни;
- анкетен метод - анкетират се хоспитализирани и нехоспитализирани пациенти, студенти по медицина и лекари в град Пловдив.

Анкетната карта съдържа 38 въпроса, от които 18 закрити въпроса, 19 полуоткрити и 1 открит въпрос.

Методи за обработка на информацията:

Статистически методи. В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. *Дескриптивен анализ* – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. *Вариационен анализ* – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.

3. *Тест χ^2 на Pearson* - за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорични променливи.
4. *T-критерий и дисперсионен анализ* – за сравняване на средни от две и повече независими извадки.
5. *Графичен анализ* – за визуализация на получените резултати.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при ниво на значимост $\alpha=0.05$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

III.1. АНАЛИЗ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В БЪЛГАРИЯ РЕГЛАМЕНТИРАНИ В НОРМАТИВНИТЕ ДОКУМЕНТИ

Правата на пациента са специфични и допълват правата на гражданина относно защитата на неговото здраве. Нормативното гарантиране и защитата правата на пациента е неразделна част от защитата на общочовешките права.

Европейската харта за правата на пациента е приета от „Мрежа за активно гражданско общество“ през 2002 година. Призната е от Европейския икономически и социален комитет на 438 пленарна сесия на 26.09.2007 година.

Хартата установява 14 права на пациента, всяко от които може да бъде изложено на риск от растящата финансова криза в системите на здравеопазване на страните членки на Европейския Съюз. Тези права са правото на: превантивна медицина, достъп, информация, съгласие, свободен избор, поверителност и конфиденциалност, предотвратяване на ненужно страдание, предотвратяване на ненужна болка, индивидуален подход на лечение и право на оплакване и получаване на обезщетение.

Установяването на тези права в Европейска харта е основополагащо за активна подкрепа и насърчаване на тяхното прилагане както на национално, така и на Европейско ниво. Хартата очертава и водещи принципи, касаещи правата на пациента, сред които:

- Отговорността за здравето е споделена между отделните граждани и осигуряващите здравна помощ;
- Хартата касае всеки индивид;

➤ Хартата не излага позиция по етническите въпроси.

Всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на Закона за здравето и на Закона за здравното осигуряване. Всяко лице има право на достъп до здравни услуги в съответствие със своите здравни нужди. Здравните услуги трябва да гарантират равен достъп за всеки, без каквато и да е дискриминация от гледна точка на финансови ресурси, местоживееене, вид на заболяването или момент на достъпа.

Целта на настоящият анализ е да проучи правата на пациентите в България регламентирани в основните нормативните документи – Конституцията на Република България, Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване.

Конституционната уредба на правата на пациента в България се регламентира с чл. 52., според който гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон. Държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма.

По силата на чл. 57, ал. 1 от Конституцията основните права са неотменими, което означава, че текущото законодателство не може да отнема правото на здравно осигуряване, а само да определя условията и реда за неговото осъществяване.

Конституционни уредби регламентират силата на международни договори, ратифицирани, обнародвани и влезли в сила за България като част от вътрешното право на страната.

България е ратифицирала множество международни и регионални европейски актове в областта на здравето осигуряване и правата на пациента някои, от които са:

- Всеобщата декларация за правата на човека, документ на ООН;
- Международният пакт за икономически, социални и културни права – ратифициран на 21.09.1970 г., в сила от 03.01.1976 г.;
- Европейска социална харта – в сила за България от 01.08.2000 г.

Общите права на гражданите са уредени в основния нормативен акт за здравеопазването на България – Закона за здравето. Той урежда обществените отношения във връзка с опазването здравето на нацията и има за цел създаване на благоприятна среда за хармонично физическо и духовно развитие и дълготраен активен живот на гражданите. Всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ и на здравно осигуряване.

Правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи:

- Своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
- Равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
- Сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
- Зачитане правата на пациента.

Условията и редът за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ се определят с наредба на Министерския съвет.

Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги,

финансирани от държавния бюджет и от общинските бюджети, които се ползват при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването. Те са свързани със:

- 1) медицинска помощ при спешни състояния;
- 2) профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
- 3) стационарна психиатрична помощ;
- 4) осигуряване на кръв и кръвни продукти;
- 5) трансплантация на органи, тъкани и клетки;
- 6) задължително лечение и/или задължителна изолация;
- 7) експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност;
- 8) заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването;
- 9) медицински транспорт по ред, определен от министъра на здравеопазването;
- 10) асистирана репродукция.

Всеки български гражданин ползва:

- ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им;
- пълен обем от противоепидемични дейности;
- достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми.

Децата до 16-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

Със средства от собствени приходи общините могат да подпомагат дейности по профилактика и лечение на социално слаби, безработни и други лица, които имат регистрация за постоянен адрес в съответната община.

Съгласно ЗЗ пациент е всяко лице, което е потърсило или на което се оказва медицинска помощ. Регистрацията на лице като пациент става с неговото информирано съгласие, освен в случаите, посочени със закон.

На пациента се оказва здравна помощ независимо от неговата възраст, пол, произход, език, национална, расова или политическа принадлежност, образование, убеждения, културно равнище, сексуална ориентация, лично, обществено или материално положение, увреждане и вид и причина на заболяването.

Като пациент всеки има право на:

- зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните му права;
- грижи от общността, в която живее;
- достъпна и качествена здравна помощ;
- повече от едно медицинско становище относно диагнозата, лечението и прогнозата на заболяването;
- защита на данните, отнасящи се до неговото здравословно състояние;
- възнаграждение за работата, която извършва, еднакво с това, което получава, ако не е болен;
- запознаване на достъпен език с неговите права и задължения;
- ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуалното му лечение;

- здравна профилактика и рехабилитация;
- сигурност и безопасност на диагностичните и лечебните процедури, провеждани по време на лечението му;
- достъп до модерни методи на лечение;
- предотвратяване на болката и страданието по време на лечението му, доколкото е възможно;
- достъп до медицинската документация, свързана със здравословното му състояние.

При хоспитализация пациентът има право:

- да бъде посещаван от личния си лекар и от специалиста, издал направлението за хоспитализация;
- на осигуряване от лечебното заведение за болнична помощ на необходимите за лечението му медицински изделия, когато те не се заплащат от Националната здравноосигурителна каса или от държавния бюджет;
- да приема или да отказва посетители;
- да ползва услугите на психотерапевт, юрист и свещенослужител;
- на образование и достъп до занимания, отговарящи на неговите социални, религиозни и културни потребности;
- да получи информация за цената на всяка една медицинска услуга, манипулация, лечение и лекарствените продукти в извънболничната и болничната помощ.

Правата на пациента се упражняват при спазване на правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение.

Към министъра на здравеопазването се създава Обществен съвет по правата на пациента. Общественият съвет по правата на пациента е консултативен орган със следните функции:

- наблюдава и анализира всички дейности, свързани с правата на пациента;
- изготвя ежегоден доклад по въпросите на правата на пациента и го предоставя на министъра на здравеопазването;
- анализира прилагането на нормативната уредба в областта на правата на пациента и изготвя предложения за изменението и допълнението ѝ, които предоставя на министъра на здравеопазването;
- обсъжда и дава становища по проекти на нормативни актове, свързани с правата на пациента.

Организацията и дейността на Обществения съвет по правата на пациента се уреждат с правилник утвърден от министъра на здравеопазването.

Медицинските дейности се осъществяват след изразено информирано съгласие от пациента. Когато пациентът е непълнолетен или е поставен под ограничено запрещение, за извършване на медицински дейности е необходимо освен неговото информирано съгласие и съгласието на негов родител или попечител. Съгласието на родителя или попечителя не е необходимо при извършване на здравни консултации, профилактични прегледи и изследвания на лица, навършили 16 години. Конкретните видове дейности по консултиране, профилактичните прегледи и изследванията се определят с наредба на министъра на здравеопазването.

Когато пациентът е малолетен или недееспособен, информираното съгласие се изразява от негов родител или настойник, освен в случаите, предвидени със закон.

Когато за непълнолетен или малолетен, настанен по съдебен ред извън семейството, съгласието на родител, попечител или настойник не може да бъде получено своевременно, информирано съгласие

изразява лице, на което са възложени грижите за отглеждане на детето след положително становище на дирекция "Социално подпомагане".

Когато непълнолетният или малолетният е настанен временно по административен ред по чл. 27 от Закона за закрила на детето, информираното съгласие се изразява от дирекция "Социално подпомагане".

За получаване на информирано съгласие лекуващият лекар (лекар по дентална медицина) уведомява пациента, съответно неговия родител, настойник или попечител, относно:

- диагнозата и характера на заболяването;
- описание на целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати и прогнозата;
- потенциалните рискове, свързани с предлаганите диагностично-лечебни методи, включително страничните ефекти и нежеланите лекарствени реакции, болка и други неудобства;
- вероятността за благоприятно повлияване, риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение.

Медицинската информация се предоставя на пациента, съответно на неговия родител, настойник или попечител на лицето, своевременно и в подходящ обем и форма, даващи възможност за свобода на избора на лечение.

При хирургични интервенции, обща анестезия, инвазивни и други диагностични и терапевтични методи, които водят до повишен риск за живота и здравето на пациента или до временна промяна в съзнанието му, информацията и информираното съгласие се предоставят в писмена форма.

Дейностите могат да бъдат извършвани в полза на здравето на пациента без писмено информирано съгласие само когато непосредствено е застрашен животът му и:

- физическото или психичното му състояние не позволяват изразяване на информирано съгласие;
- невъзможно е да се получи своевременно информирано съгласие от родител, настойник или попечител в случаите, когато законът го изисква.

За лица с психични разстройства и установена неспособност за изразяване на информирано съгласие дейностите могат да се извършват само след разрешение от комисията по медицинска етика и след вземане съгласието на законните им представители или от ръководителя на лечебното заведение, когато няма създадена комисия.

Пациентът, съответно негов родител, настойник или попечител, може да откаже по всяко време предложената медицинска помощ или продължаването на започнатата медицинска дейност. Отказът се удостоверява в медицинската документация с подписи на лицето. В случаите, когато е налице отказ и е застрашен животът на пациента, ръководителят на лечебното заведение може да вземе решение за осъществяване на животоспасяващо лечение. Пациентът може да оттегли отказа си по всяко време, като в този случай медицинските специалисти не носят отговорност за евентуалното забавяне на лечебно-диагностичния процес.

Медицинска помощ против волята на пациента може да бъде оказвана само в случаи, определени със закон.

Лекуващият лекар е длъжен да информира пациента относно:

- здравословното му състояние и необходимостта от лечение;

- заболяването, по повод на което е потърсил здравна помощ, и неговата прогноза;
- планираните профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности, както и рисковете, свързани с тях;
- диагностичните и терапевтичните алтернативи;
- името, длъжността и специалността на лицата, които участват в диагностично-лечебния процес.

Пациентът, съответно неговият родител, настойник или попечител, или упълномощено от тях лице има право да подава жалби и сигнали до регионалната здравна инспекция при нарушаване на правата му по ЗЗ или при спорове, свързани с медицинското обслужване.

При нелечими заболявания с неблагоприятна прогноза пациентът има право на палиативни медицински грижи. Целта на палиативните медицински грижи е поддържане качеството на живот чрез намаляване или премахване на някои непосредствени прояви на болестта, както и на неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея. Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ и от хосписи. Изискванията за оказване на палиативни медицински грижи се определят с наредба на министъра на здравеопазването.

Задължително осигурените според Закона за здравното осигуряване имат право:

- да получават медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;
- да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК;

- на спешна помощ там, където попаднат;
- да получават информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ;
- да участват в управлението на НЗОК чрез свои представители;
- да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите;
- получат документ, необходим за упражняване на здравноосигурителните им права в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност;
- на трансгранично здравно обслужване.

Задължително осигурените лица имат право да подават жалби пред директора на съответната РЗОК, когато не са удовлетворени от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ.

От представения анализ на правата на пациентите в България регламентирани в нормативните документи можем да направим следното заключение:

- Разгледаните нормативни документи регламентират изчерпателно основните права на пациента и правата му при хоспитализация.
- Откроява се необходимостта от изразено информирано съгласие и начините на получаването му за осъществяване на медицинските дейности на пациента, като са посочени принципите за осъществяване на правото на достъпна медицинска помощ.
- Посочени са международните и регионални европейски актове в областта на здравното осигуряване и правата на пациента ратифицирани в България.

II. 2. АНАЛИЗ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА ПРИ ПОЛУЧАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ В ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

Според Конституцията на България животът и здравето на гражданите са висша ценност. Дълг на държавата е да гарантира по най-добър начин достъпа на гражданите до здравно обслужване. Всяко лице има право на достъп до здравни услуги в съответствие със своите здравни нужди.

Националният рамков договор създава условия за гарантиране и упражняване на правата на задължително здравноосигурените лица /ЗЗОЛ/ в съответствие с действащото законодателство в Република България. Всички ЗЗОЛ имат равни права и достъп при получаване на извънболнична и болнична медицинска и дентална помощ, независимо от тяхната раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние. Задължително здравноосигурените лица получават медицинска помощ в обем регламентиран с основния пакет медицински услуги гарантиран от бюджета на НЗОК.

Националната здравноосигурителна каса и изпълнителите на медицинска и дентална помощ, са длъжни да спазват правата на ЗЗОЛ и да ги запознават с тях. НЗОК следи за спазване правата на ЗЗОЛ от страна на извънболничната медицинска помощ /ИМП/ и извънболничната специализирана помощ /ИСП/ чрез:

- включване в медицинската документация, на изисквания, гарантиращи спазване правата на ЗЗОЛ;
- приемане, разглеждане и изготвяне на мотивиран отговор на жалби, подадени от ЗЗОЛ до НЗОК;

- осъществяване на контрол по изпълнението на договорите с лекарите и лекарите по дентална медицина.

Настоящото изследване проучва и анализира правата на пациента при получаване на медицински услуги в първичната извънболнична помощ.

Съгласно нормативните документи действащи в страната здравноосигурените лица имат право свободно да избират лекар в лечебно заведение за първична медицинска извънболнична помощ на територията на цялата страна. Изборът е личен – първоначален, постоянен или временен. За малолетните и непълнолетните лица и за поставените под пълно или ограничено запрещение лица изборът се извършва от техните родители и настойници, съответно със съгласието на техните родители и попечители.

Първоначален избор на ОПЛ може да се осъществи по всяко време с регистрационна форма за избор.

Всяка календарна година в периода от 1 до 30 юни и от 1 до 31 декември здравноосигуреното лице може да избере друг лекар. Здравноосигурено лице, желаещо да направи постоянен избор, представя на новоизбрания ОПЛ:

- здравноосигурителна книжка, в която новоизбраният ОПЛ вписва трите си имена и дата на избора;
- третия екземпляр от регистрационната форма за избор на ОПЛ, в случай че няма здравноосигурителна книжка;
- попълнена регистрационна форма за постоянен избор;
- документ за актуалния му здравноосигурителен статус.

В анкета, проведена анонимно с 622 пациенти от цялата страна (Р. Златанова-Великова, дисертационен труд „Организационни проблеми в дейността на общопрактикуващите лекари, 2005 г.) през март 2005 година, бяха обобщени следните данни:

Като най-честа причина за смяна на личния лекар анкетираните пациенти посочват дългото чакане пред кабинета за обслужване (12.1% \pm 2.57%), последвано от недаване на направления за специалисти (11.3% \pm 2.49%) и неудовлетворяващото пациентите оказано им лечение (9.3% \pm 2.28%) (Таблица 1.).

Таблица 1. Причини за смяна на личния лекар

ВИДОВЕ ПРИЧИНИ	брой	%	$\pm\Delta$
промяна в местоживеенето Ви	48	7.7	2.10
неудобно местоположение на кабинета	44	7.1	2.02
дългото чакане пред кабинета за обслужване	75	12.1	2.57
неудовлетворяващо лечение	58	9.3	2.28
липса на достатъчно внимание	47	7.6	2.08
отказ за домашни посещения	34	5.5	1.79
недаване на направления за специалист, когато чувствам, че имам потребност	70	11.3	2.49
недаване на направления за лабораторни изследвания	48	7.7	2.10
напускане на лекаря	8	1.3	0.89
други	18	2.9	1.32

Районната здравна инспекция (РЗИ) информира в края на всеки месец за регистрираните лечебни заведения за първична извънболнична помощ по здравни райони и за месторазположението им. Районната здравноосигурителна каса (РЗОК) информира в края на всеки месец за лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ, сключили договор с нея, като посочва и срока за изпълнението му.

Националната здравноосигурителна каса издава на всяко здравноосигурено лице здравноосигурителна книжка и отделни регистрационни форми за осъществяване на правото му на избор. Здравноосигуреното лице упражнява правото си на избор на лекар, като попълва регистрационната форма за осъществяване на правото му на избор.

За новородените до даване на единен граждански номер и получаване на здравноосигурителна книжка в регистрационната форма се вписват номерът на съобщението за раждане на детето и регистрационният номер на лечебното заведение, от което произтича съобщението.

Лицата, временно пребиваващи за срок от един до пет месеца извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, могат да направят временен избор с регистрационна форма за временен избор. При изтичане на срока на временния избор на ЗОЛ извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, се възстановява автоматично последният им постоянен избор на ОПЛ.

При промяна на настоящия адрес здравноосигуреното лице има право на нов избор на лекар, без да спазва определените годишни срокове. В този случай изборът се извършва с попълване на регистрационна форма за първоначален избор на общопрактикуващ лекар, който лицето получава от Районната здравноосигурителна каса.

В случаите, когато ЗЗОЛ направи нов избор, новоизбраният лекар изисква по подходящ начин извлечение от здравното досие (копие или етапна епикриза) от предишния ОПЛ, който се задължава да изготви и представи по подходящ начин изисканата документация в едномесечен срок от датата на постъпване на искането. В случаите, когато лицето не е посещавало предишния си лекар, същият издава служебна бележка, с която удостоверява липсата на здравно досие.

Новоизбраният лекар е длъжен да оказва медицинска помощ на ЗЗОЛ от датата, на която е осъществен изборът, като включването на лицето в пациентската му листа става от първо число на следващия месец.

Служебен избор на общопрактикуващ лекар

При наличие на незаета практика, за която повече от шест месеца няма кандидат, директорът на съответната Районна здравноосигурителна каса прави служебен избор за здравноосигурените лица, които не са осъществили правото си на избор на лекар, като ги включва в регистъра на избран от него изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ.

Служебен избор на общопрактикуващ лекар се прави и за военнослужещите на наборна военна служба във въоръжените сили на Република България, които нямат достъп до медицинска помощ поради липса на лекар, работещ в съответното ведомство. Изборът се осъществява от директора на РЗОК и от председателя на съответната районна колегия на БЛС, съгласувано с командира на поделението.

Директорът на РЗОК и председателите на съответните районни колегии на БЛС съгласувано с директора на съответното заведение осъществяват служебен избор на ОПЛ за следните категории:

- задържани под стража повече от един месец, задържани по реда на Закона за Министерството на вътрешните работи и лишени от свобода лица;
- лица в процедура за придобиване статут на бежанец;
- лица, настанени в домове за медико-социални услуги;
- лица, настанени в специални училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, в домовете за деца с физически увреждания, в

домовете за деца с умствена изостаналост и деца, ползващи услуги от резидентен тип.

Права на пациента при необходимост от първична медицинска помощ

При необходимост от медицинска помощ пациентът се обръща към избрания от него общопрактикуващ лекар. Той осъществява първичен преглед на пациента, назначава лечение и предписва необходимите лекарствени средства. При необходимост издава направление за извършване на медикодиагностични изследвания. Когато състоянието на пациента го изисква, общопрактикуващият лекар издава направление за консултация и съвместно лечение със специалист. Ако на пациента се налага болнично лечение, лекарят издава направление за хоспитализация.

Всяко здравноосигурено лице, може да се обърне инцидентно по повод на остро възникнало състояние към друг лекар от лечебно заведение за първична извънболнична помощ на територията на друго населено място, различно от това, в което осъществява дейността си постоянно избраният лекар.

Здравноосигурените лица имат право да получават от личния си лекар следните документи:

- извлечение (копие или етапна епикриза) от здравното досие
- извлечение (копие или етапна епикриза) от здравното досие на наборници, подлежащи на първоначален медицински преглед и за явяване пред наборна комисия, след представено от тях известие от военното окръжие;
- медицинско направление за балнеосанаториално лечение;
- медицинско направление за превозване на починал в друго населено място;
- медицинско направление за социални грижи;

- препис от медицинско досие за съда и прокуратурата;
- талон за здравословното състояние и талон за проведени профилактични прегледи на деца и ученици до здравните кабинети в детски заведения и училища;
- болничен лист за временна неработоспособност или предписание за трудоустрояване;
- медицинско свидетелство за постъпване на работа;
- направление за хоспис;
- медицинско свидетелство за приемане в детски и учебни заведения;
- медицински свидетелства на участници в спортни състезания;
- медицинско удостоверение за детски и учебни заведения при отсъствие по медицински показания;
- съобщение до ЕСГРАОН за смърт;
- медицинска бележка на дете (ученик), че не е в контакт със заразно болни;
- медицинско свидетелство за осиновяване на дете;
- медицинско свидетелство за сключване граждански брак;
- здравна книжка на работещите в детски и хранителни заведения.
- Амбулаторен лист от извършен преглед бл. МЗ-НЗОК №1
- “Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3).
- Медицинско направление за медико – диагностична дейност бл. МЗ-НЗОК №4
- Направление за хоспитализация бл. МЗ-НЗОК №7

Право за получаване на информация

Общопрактикуващият лекар е длъжен да предостави цялата информация за правата на здравноосигурените лица в неговата пациентска листа, които включват:

- обема от медицински услуги при конкретния повод на посещението;
- работен график, телефони за връзка;
- телефони на лекари, осъществяващи медицинската помощ в часовете и празничните дни извън работния график на личния лекар на лицето;
- да предостави на видно място информация за заболяванията при които здравноосигурените лица не заплащат потребителска такса;
- информация за медико-диагностични лаборатории и специалисти, ако лицето не може да направи самостоятелен избор;
- право на ползване на лекарствени средства, частично или напълно платени от НЗОК.

За получаване на информирано съгласие лекуващият лекар уведомява пациента, съответно неговия родител, настойник или попечител, относно:

- диагнозата и характера на заболяването;
- описание на целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати и прогнозата;
- потенциалните рискове, свързани с предлаганите диагностично-лечебни методи, включително страничните ефекти и нежеланите лекарствени реакции, болка и други неудобства;

- вероятността за благоприятно повлияване, риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение.

Медицинската информация се предоставя на пациента, съответно на неговия родител, настойник или попечител на лицето, своевременно и в подходящ обем и форма, даващи възможност за свобода на избора на лечение.

От представения анализ на правата на пациента при получаване на медицински услуги в първичната извънболнична помощ можем да направим следните изводи:

1. Законово е регламентирано правото на ЗЗОЛ да избират лекар в лечебно заведение за първична медицинска извънболнична помощ на територията на цялата страна и възможностите за неговата смяна.
2. Анализирани са правата на пациентите при необходимост от ползване на първична медицинска помощ, което подчертава необходимостта от запознаване на ЗЗОЛ с право на достъп до здравни услуги в съответствие със здравните им нужди.
3. Представени са задълженията на общопрактикуващия лекар да предоставя цялата информация за правата на здравноосигурените лица в неговата пациентска листа и необходимостта от получаването на информирано съгласие.

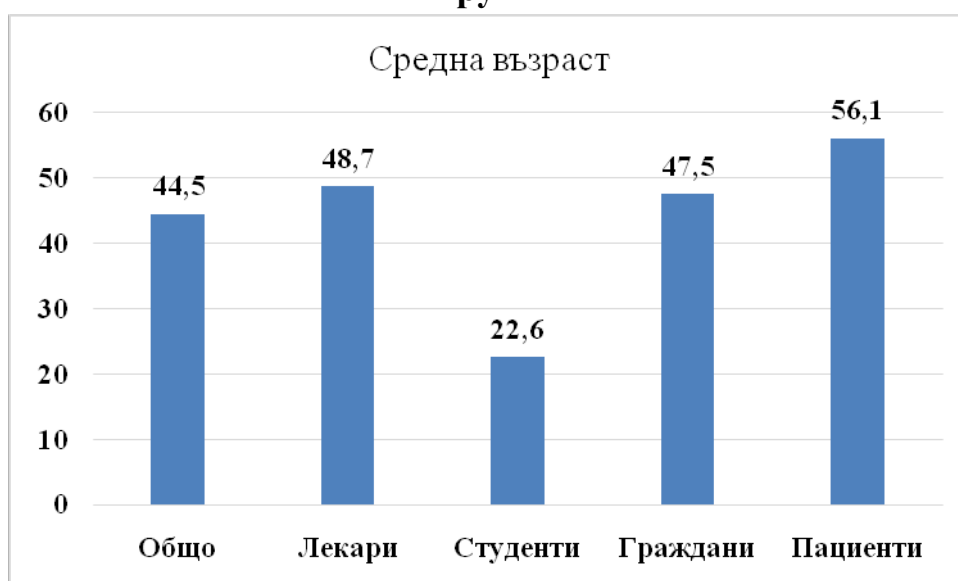
III.3. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЛЕКАРИТЕ, ПАЦИЕНТИТЕ И СТУДЕНТИТЕ ПО МЕДИЦИНА ЗА ПОЗНАНИЯТА ИМ ОТНОСНО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В БЪЛГАРИЯ

Демографска характеристика на анкетиранията лица

От анкетиранията общо 768 лица, малко над половината (60,2%) са мъже, а останалите 39,8% са жени. Не се наблюдава значима разлика между четирите групи респонденти, т.е. съотношението между двата пола сред тях е сходно.

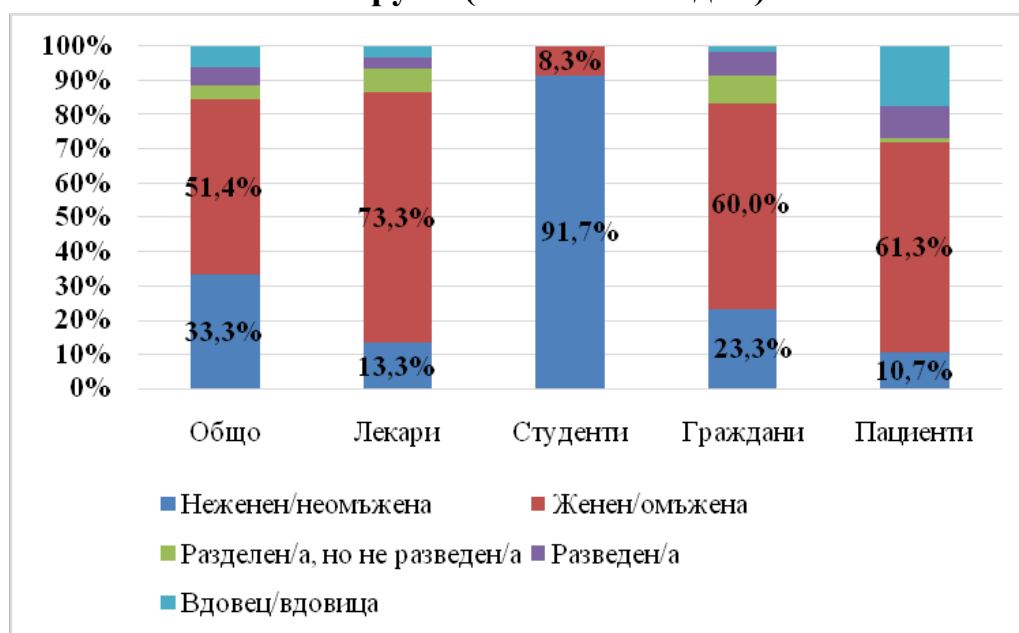
Средната възраст на изследваните лица е 44,5 г., като четирите групи респонденти значимо се различават: очаквано най-млади са студентите (22,55 г.), следвани от лекарите и гражданите (47-48 г.), а най-възрастни са пациентите на лечение (56,12 г.). (Фиг. 1)

Фигура 1. Средна възраст на анкетиранията лица – общо и по групи



Анкетираните лица се различават значимо и по семейно положение (Фиг. 2): очаквано сред студентите преобладават несемейните лица (над 90%), докато сред гражданите те са 23%, сред лекарите – 13%, а при пациентите на лечение – едва 10%. Най-много семейни лица се наблюдават сред лекарите (над 73%), докато при гражданите и пациентите те са около 60%, а сред студентите – едва 8%. Разделените и разведените представляват относително малък дял от анкетираните лица сред всички групи, докато овдовелите са най-много сред пациентите на лечение, което е обяснимо предвид най-високата им средна възраст.

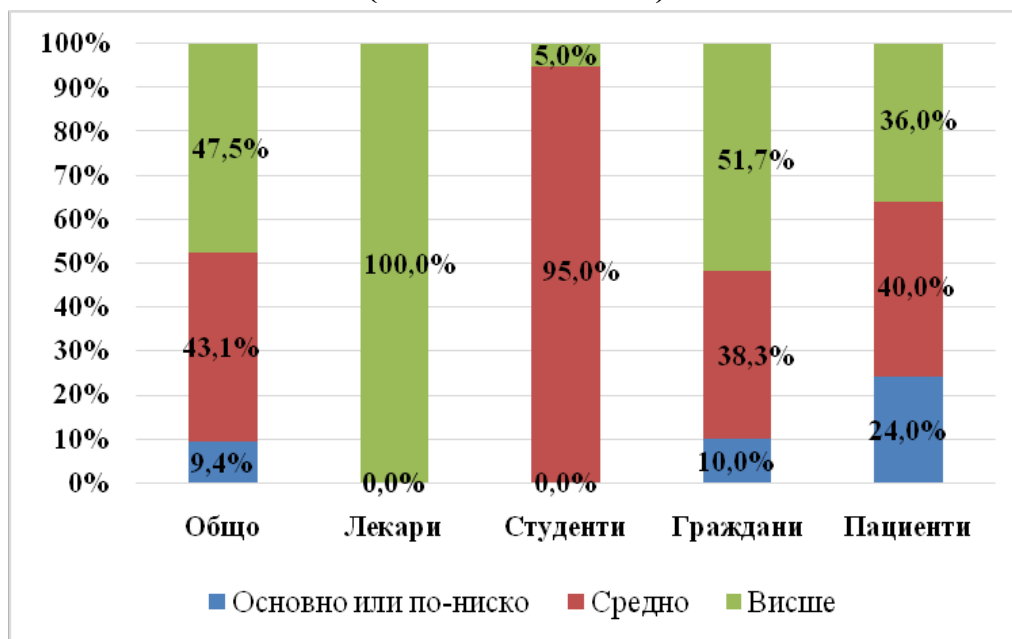
Фигура 2. Семейно положение на анкетираните лица – общо и по групи (относителен дял)



Четири групи изследвани лица се различават значимо по тяхното образование – логично, най-образовани са лекарите (всички с висше образование, а 6,7% – и с научна степен), докато преобладаващата част от студентите са със средно образование (95%). Пациентите на терапия по-често от гражданите са посочили, че са с основно или по-ниско образование, докато гражданите са съобщили

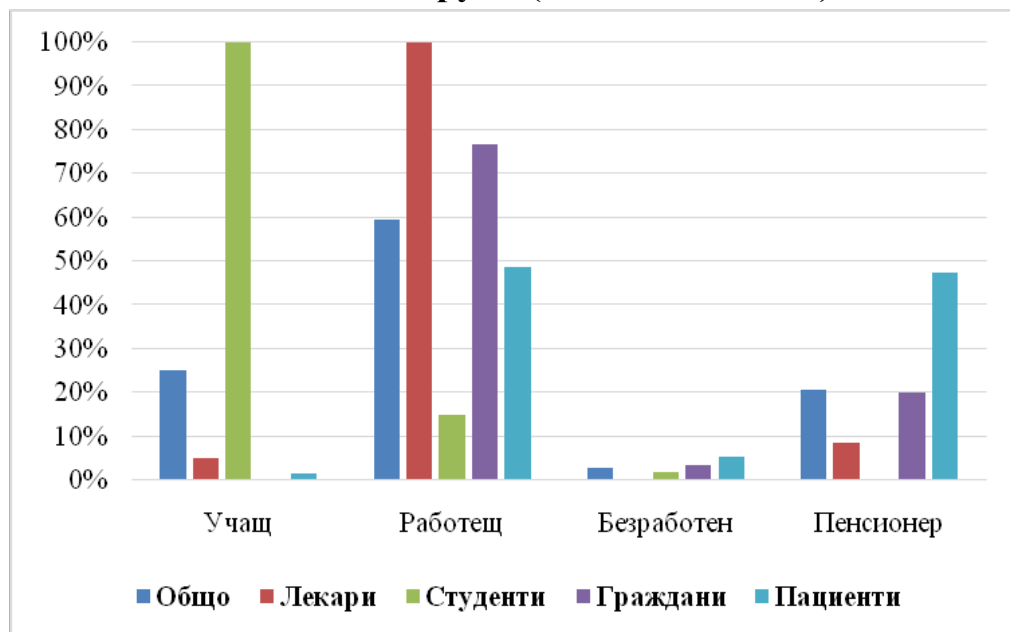
по-често, че са завършили някоя от степените на висшето образование. (Фиг. 3)

Фигура 3. Образование на анкетираните лица – общо и по групи (относителен дял)



Социалният статус според заетостта на анкетираните също варира между четирите групи: всички (100%) от лекарите са декларирали, че са работещи, което е и критерий да бъдат включени в проучването, докато с работа могат да се похвалят едва 77% от гражданите, 49% от пациентите и 15% от студентите. Учащи пък са всички студенти и 5% от лекарите. Нивото на безработица сред изследваните лица е ниско и значимите разлики са предимно между лекарите (0%) и другите категории лица. Пенсионери, очаквано, се срещат най-често сред пациентите на лечение (47%), което е обяснимо предвид по-високата им възраст. На следващо място са сред гражданите (20%), а сред лекарите те са 8%. (Фиг. 4)

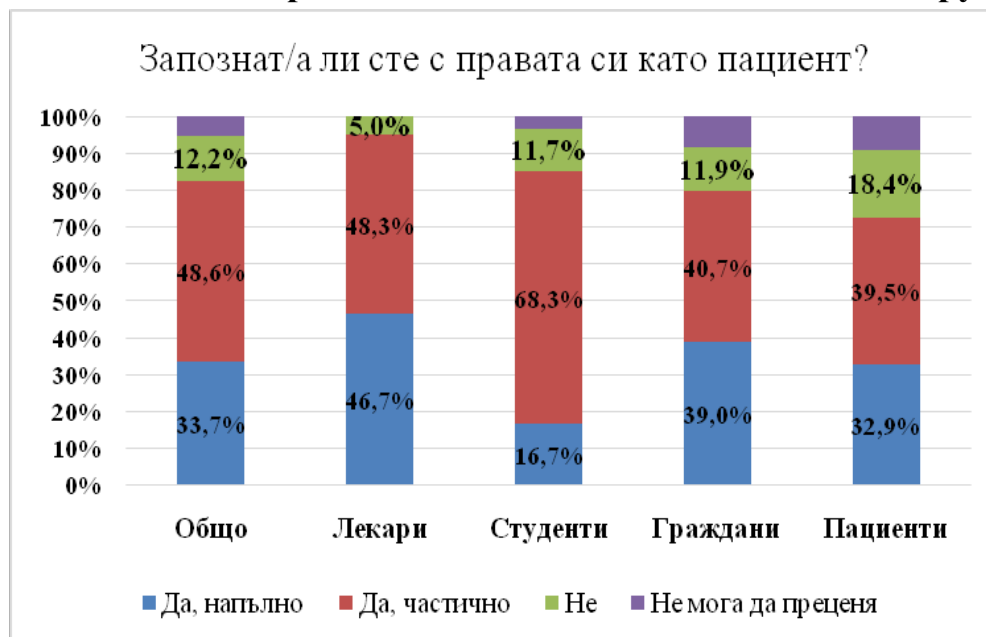
Фигура 4. Социален статус според заетостта на анкетираните лица – общо и по групи (относителен дял)



Информираност на анкетираните лица

Респондентите бяха попитани дали са запознати с правата им като пациенти. Отговорите на четирите групи лица се различават значимо, с изключение на гражданите и пациентите. Очаквано, най-запознати с правата си са самите лекари, като сред тях едва 5% са съобщили, че не познават правата си като пациенти. Студентите също показват високо ниво на познаване на правата си, но сред тях делът на категоричните в познаването на правата, е нисък (едва 16,7%), докато уклончиво положителният отговор „Да, частично“ е даден от много повече лица (68,3%). Гражданите и пациентите смятат, че в по-малка степен познават правата си, но като цяло делът на положително отговорилите сред тях е 70-80%. (Фиг. 5)

Фигура 5. Честота на разпределение на респондентите според познаването на правата си като пациенти – общо и по групи



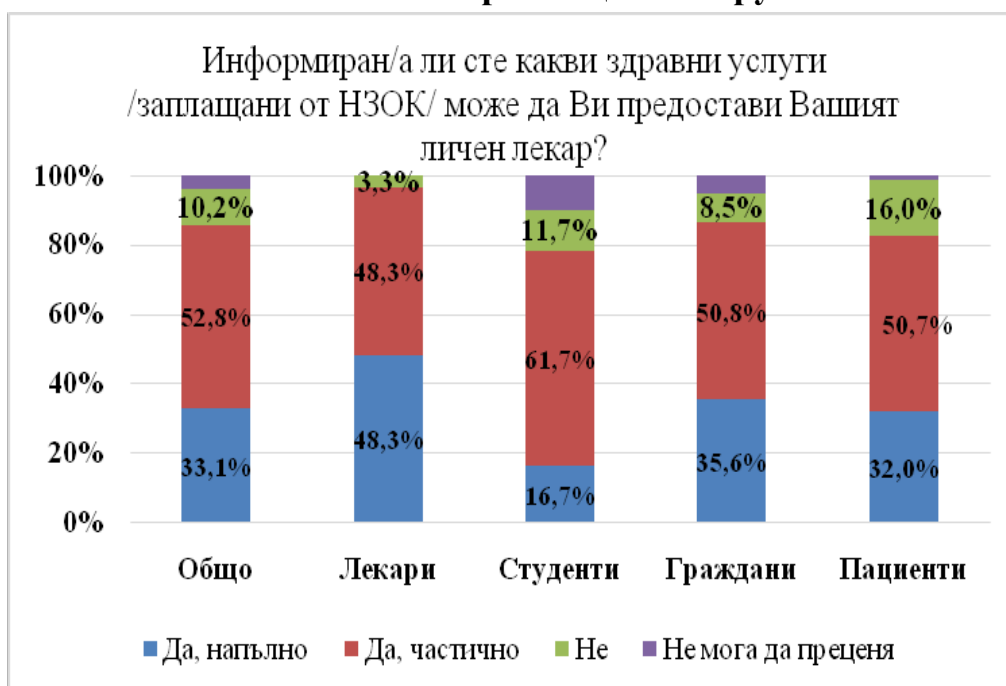
Запитани от къде получават информация за правата си като пациенти, между 38 и 46% от всички групи анкетирани лица се осведомяват от средствата за масова информация, като вариациите между групите не са значими. Най-често посочваният източник на информация е личният лекар (между 41 и 56%), като значимо по-висок е дялът на информиращите се от джипито си пациенти (56,6%) и граждани (56,7%), в сравнение със студентите (41,7%) и лекарите (45%). Дялът на лицата, посочили НПО за защита правата на пациентите като източник на информация е малък – общо едва 2,3%. Други източници са съобщавани много по-често от лекарите (16,7%), като това са обикновено нормативни документи, с които те професионално работят. (Таблица 2.)

Таблица 2. Честота на разпределение на респондентите според източниците им на информация за правата им като пациенти – общо и по групи

източници на информация	Общо	Лекари	Студенти	Граждани	Пациенти
Средствата за масова информация	42,6%	38,3%	46,7%	40,0%	44,7%
Личния ми лекар	50,4%	45,0%	41,7%	56,7%	56,6%
Приятел	15,2%	10,0%	23,3%	16,7%	11,8%
НПО за защита правата на пациента	2,3%	1,7%	5,0%	0,0%	2,6%
Брошури	5,9%	6,7%	13,3%	5,0%	0,0%
Друго	5,9%	16,7%	5,0%	0,0%	2,6%

На въпроса „Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави Вашият личен лекар?“, очаквано лекарите показват най-добра осведоменост (99,6% са информирани в различна степен), следвани от гражданите (86,4%) и пациентите (82,7%). Студентите, като най-млади и неопитни, декларират най-малко познаване на здравните услуги, заплащани от НЗОК, като едва 16,7% от тях са напълно информирани за здравните услуги, които може да им предостави личния лекар, а 61,7% дават уклончиво положителният отговор „Да, частично“. (Фиг. 6)

Фигура 6. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за видовете здравни услуги предоставяни от личния им лекар – общо и по групи



Установи се значима връзка ($p < 0,0001$) между отговорите на въпросите „Запознат/а ли сте с правата си като пациент” и „Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави Вашият личен лекар”. Тъй като статистическият метод изисква очакваните честоти в двумерното разпределение да не са под 5 за клетка, отговорът „Не мога да преценя” беше изключен от анализа. Тази връзка е валидна както за цялата извадка, така и по отделно по групи респонденти – лекари, студенти, пациенти и граждани. Анкетиранията лица, които са запознати с правата си като пациент, са най-добре информирани за здравните услуги, които техният личен лекар може да им предостави. (Таблица 3.)

Таблица 3. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и информираността им за видовете здравни услуги предоставяни от личния им лекар

				Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави Вашият личен лекар?			Общо
				Да, напълно	Да, частично	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	69	15	0	84
			%	82,1%	17,9%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	15	69	3	87
			%	17,2%	79,3%	3,4%	100,0%
		Не	брой	3	3	3	9
%			33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	
Общо			брой	87	87	6	180
			%	48,3%	48,3%	3,3%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	21	9	0	30
			%	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	9	93	9	111
			%	8,1%	83,8%	8,1%	100,0%
		Не	брой	0	6	12	18
%			0,0%	33,3%	66,7%	100,0%	
Общо			брой	30	108	21	159
			%	18,9%	67,9%	13,2%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	54	12	3	69
			%	78,3%	17,4%	4,3%	100,0%
		Да, частично	брой	9	57	3	69
			%	13,0%	82,6%	4,3%	100,0%
		Не	брой	0	6	6	12
%			0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
Общо			брой	63	75	12	150
			%	42,0%	50,0%	8,0%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	57	15	0	72
			%	79,2%	20,8%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	9	69	12	90
			%	10,0%	76,7%	13,3%	100,0%
		Не	брой	6	15	18	39
%			15,4%	38,5%	46,2%	100,0%	
Общо			брой	72	99	30	201
			%	35,8%	49,3%	14,9%	100,0%

Със следващият въпрос от анкетното проучване установихме по какъв начин респондентите са насочвани към медицински специалист

в извънболничната помощ, който предстои да им предостави медицинска услуга. Резултатите са представени на таблица 4. Личният лекар най-често е насочвал и четирите групи анкетирани към конкретният медицински специалист. Делът на посочилите го е най-висок сред пациентите (80,3%), следвани от гражданите (60%), а е значимо по-малък сред студентите (48,3%) и лекарите (43,3%). Познатият е вторият по споменаване източник, посочил специалиста на анкетираните лица, като много по-често това се е случвало на лекарите (41,7%) и студентите (43,3%), а по-рядко – на гражданите (25%) и пациентите (15,8%). Делът на случайно разбралите за специалиста, при когото им предстои здравно обслужване, както и други причини за избора му, са сравнително по-рядко срещани.

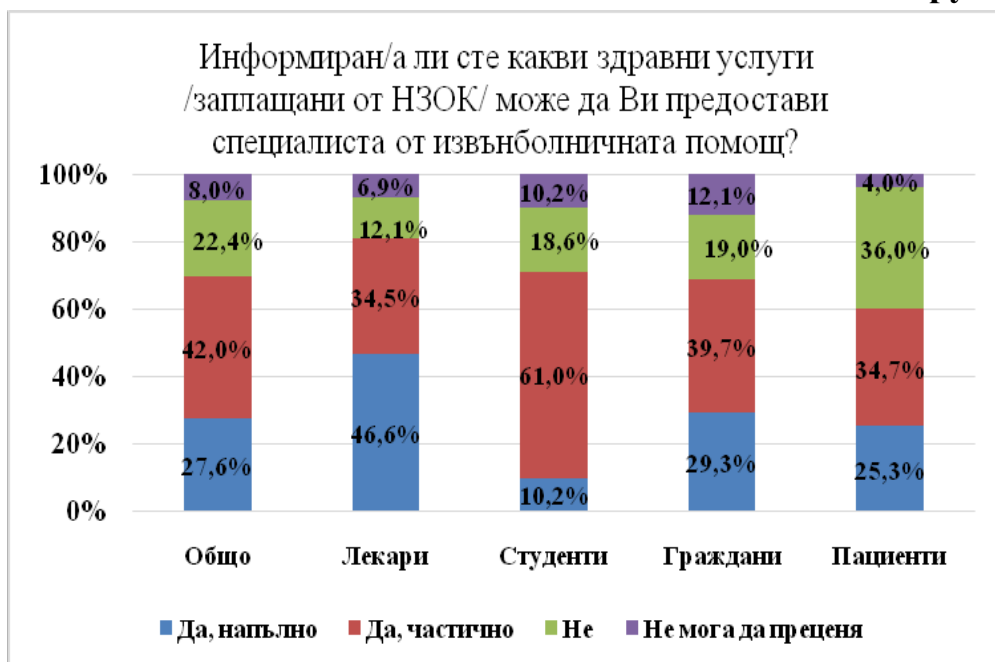
Таблица 4. Честота на разпределение на респондентите според начина на насочване към медицински специалист – общо и по групи (относителен дял)

Начини за насочване към медицински специалист	Общо	Лекари	Студенти	Граждани	Пациенти
Бях насочена от личния ми лекар	59,4%	43,3%	48,3%	60,0%	80,3%
Беше ми препоръчан от мой познат	30,5%	41,7%	43,3%	25,0%	15,8%
Случайно разбрах за него	5,5%	1,7%	5,0%	10,0%	5,3%
Друго	3,9%	8,3%	3,3%	5,0%	0,0%

На въпроса „Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави специалиста от извънболничната помощ?“, най-добра информираност очаквано са показали лекарите (46,6% са напълно информирани). Студентите са

най-многобройни в уклончиво положителният отговор „Да, частично“ (61%), докато делът им сред заявите категорично да е сравнително нисък – 10,2%. Интересно е, че пациентите на лечение в момента показват по-слаба информираност (25,3%), в сравнение с гражданите (29,3%), докато по-висок дял от гражданите са отговорили с „Не мога да преценя“ (12,1%). (Фиг. 7)

Фигура 7. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за видовете здравни услуги предоставяни от специалиста от извънболничната помощ – общо и по групи



Доказа се като значима връзката ($p < 0,0001$) между отговорите на въпросите „Запознат/а ли сте с правата си като пациент“ и „Информирани ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави специалиста от извънболничната помощ“. Тъй като статистическият метод изисква очакваните честоти в двумерното разпределение да не са под 5 за клетка, отговорът „Не мога да преценя“ беше изключен от анализа. Тази връзка е валидна както за цялата извадка, така и по отделно по групи респонденти – лекари, студенти, пациенти и граждани. Анкетиранията лица, които са запознати с правата си като пациент, са най-добре информирани за

здравните услуги, които специалистът може да им предостави.
(Таблица 5.)

Таблица 5. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и информираността им за видовете здравни услуги предоставяни от специалиста от извънболничната помощ

				Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави специалиста от извънболничната помощ?			Общо
				Да, напълно	Да, частично	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	60	15	3	78
			%	76,9%	19,2%	3,8%	100,0%
		Да, частично	брой	18	42	15	75
			%	24,0%	56,0%	20,0%	100,0%
	Не	брой	3	3	3	9	
		%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	
Общо			брой	81	60	21	162
			%	50,0%	37,0%	13,0%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	15	12	3	30
			%	50,0%	40,0%	10,0%	100,0%
		Да, частично	брой	3	87	21	111
			%	2,7%	78,4%	18,9%	100,0%
	Не	брой	0	9	9	18	
		%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
Общо			брой	18	108	33	159
			%	11,3%	67,9%	20,8%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	36	27	0	63
			%	57,1%	42,9%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	15	30	12	57
			%	26,3%	52,6%	21,1%	100,0%
	Не	брой	0	6	12	18	
		%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%	
Общо			брой	51	63	24	138
			%	37,0%	45,7%	17,4%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	48	18	9	75
			%	64,0%	24,0%	12,0%	100,0%
		Да, частично	брой	6	48	33	87
			%	6,9%	55,2%	37,9%	100,0%
	Не	брой	3	6	33	42	
		%	7,1%	14,3%	78,6%	100,0%	
Общо			брой	57	72	75	204
			%	27,9%	35,3%	36,8%	100,0%

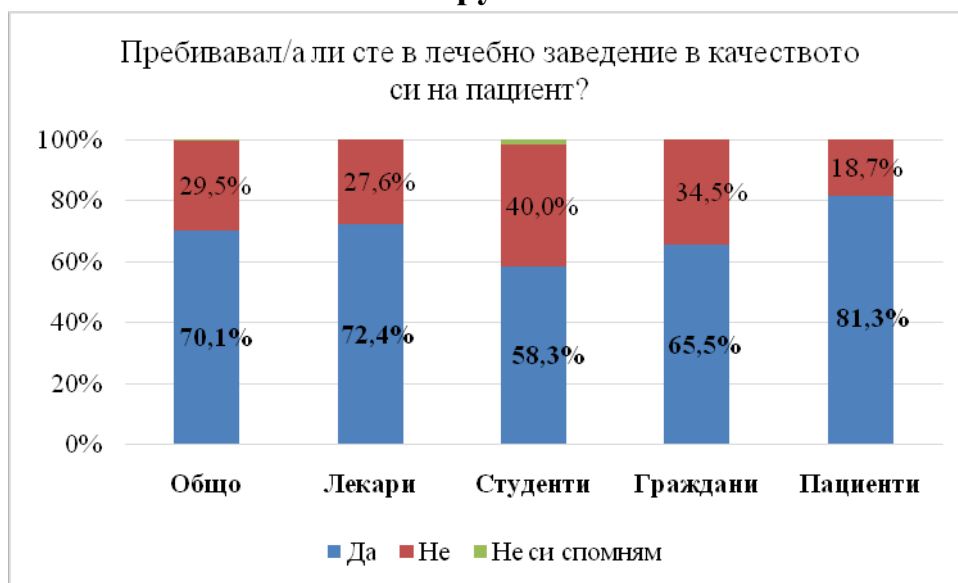
Мнения и впечатления като пациенти на лечебно заведение

Следващице въпроси в анкетното проучване са зададени с цел да се установи мнението на респондентите относно:

- Значимостта на подписаната от тях документация при прием в лечебно заведение;
- Разясняването на правата и задълженията им при прием в лечебно заведение;
- Информираността им за искането на съгласие преди извършването на процедури, манипулации и диагностики;
- Информираността им за право да откажат предоставянето на медицинска услуга и последиците от това;
- Разбираемостта и пълнотата на информацията във връзка с медицинската услуга, която предстои да им бъде предоставена;
- Информираността им за общия здравен статус и конкретното здравословно състояние, поради което е потърсена медицинска помощ;
- Осведомеността им за рисковете при провеждане на медицинската услуга, която предстои да им бъде извършена;
- Начините на предоставяне на информация по поставените въпроси и лицата предоставили тази информация;

Четири групи респонденти се различават значимо при отговорите си на въпроса дали са пребивавали в лечебно заведение в качеството си на пациент. Очаквано, най-често това се е случвало на анкетираните пациенти (81,3%), следвани от лекарите (72,4%) и гражданите (65,5%), а най-рядко – на студентите (58,3%) (най-младите анкетиранни лица). (Фиг. 8)

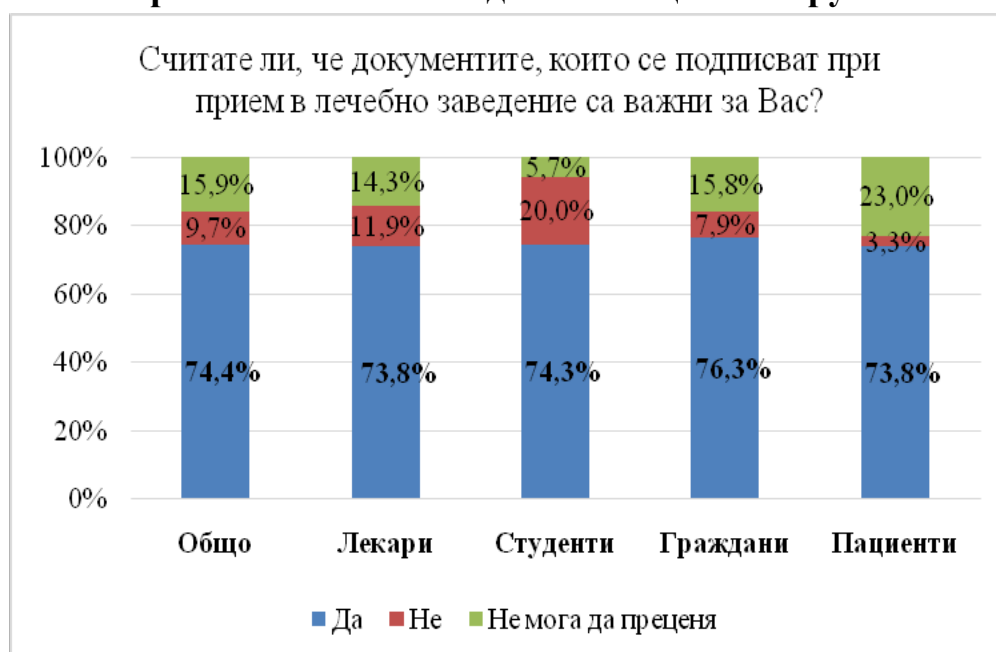
Фигура 8. Честота на разпределение на респондентите според пребиваването им в лечебно заведение, като пациенти – общо и по групи



Следващите въпроси, свързани с престоя в лечебно заведение, са задавани само на лицата, отговорили положително на въпроса дали са пребивавали в лечебно заведение в качеството си на пациент.

Много голям дял от всички анкетирувани лица (над 70%) са на мнение, че документите, които се подписват при прием в лечебно заведение са важни за тях. Въпреки, че се установяват значими различия между отделните групи респонденти, те се дължат по-скоро на разлики в относителните дялове на отговорилите отрицателно и с „Не мога да преценя“. Буди недоумение факта, че за 20% от студентите и 11,9% от лекарите документите, които подписват при прием в лечебно заведение не са важни, тъй като именно тези документи ги защитават при постъпили оплаквания и искиове от страна на пациентите. Голям е относителният дял на пациентите (23%) и гражданите (15,8%), които не могат да преценят важността на подписаните от тях документи при прием. (Фиг. 9)

Фигура 9. Честота на разпределение на респондентите според мнението им за важността на документите, които подписват при прием в лечебно заведение –обща и по групи



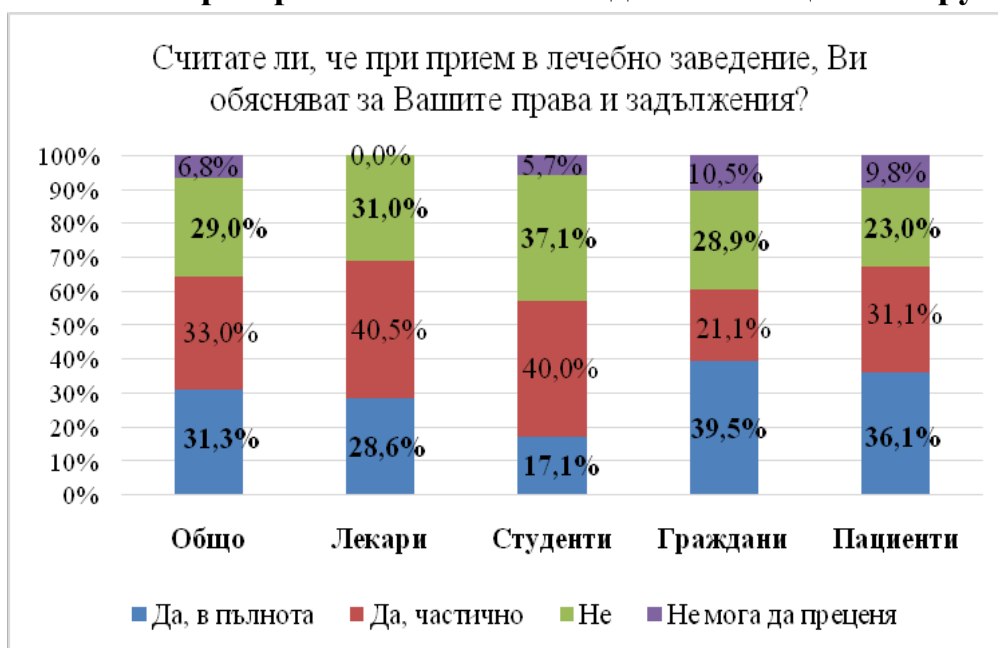
За цялата извадка, както и по групи респонденти, се установи, че няма значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент” и въпроса „Считате ли, че документите, които се подписват при прием в лечебно заведение са важни за Вас”. Делът на тези, които смятат, че документите при прием в лечебно заведение са важни, е сходен сред познаващите и непознаващите правата си като пациенти.(Таблица 6.)

Таблица 6. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и важността на документите, които подписват при прием в лечебно заведение

				Считате ли, че документите, които се подписват при прием в лечебно заведение са важни за Вас?		Общо
				Да	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	63	15	78
			%	80,8%	19,2%	100,0%
		Да, частично	брой	57	9	66
			%	86,4%	13,6%	100,0%
		Не	брой	6	3	9
			%	66,7%	33,3%	100,0%
Общо			брой	126	27	153
			%	82,4%	17,6%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	27	3	30
			%	90,0%	10,0%	100,0%
		Да, частично	брой	102	18	120
			%	85,0%	15,0%	100,0%
		Не	брой	15	3	18
			%	83,3%	16,7%	100,0%
Общо			брой	144	24	168
			%	85,7%	14,3%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	51	6	57
			%	89,5%	10,5%	100,0%
		Да, частично	брой	51	6	57
			%	89,5%	10,5%	100,0%
		Не	брой	12	3	15
			%	80,0%	20,0%	100,0%
Общо			брой	114	15	129
			%	88,4%	11,6%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	60	6	66
			%	90,9%	9,1%	100,0%
		Да, частично	брой	60	6	66
			%	90,9%	9,1%	100,0%
		Не	брой	21	0	21
			%	100,0%	0,0%	100,0%
Общо			брой	141	12	153
			%	92,2%	7,8%	100,0%

На въпроса „Считате ли, че при прием в лечебно заведение, Ви обясняват за Вашите права и задължения?“, четирите групи анкетирани са на различно мнение. Гражданите (39,5%) и пациентите (36,1%) имат сходни позиции и най-голям дял от тях са отговорили категорично положително, докато най-малък е дялът на отговорите „Да, в пълнота“ сред студентите (17,1%). Студентите (40%) и лекарите (40,5%) имат най-голямо натрупване в отговора „Да, частично“, а студентите (37,1%) са най-многобройни в отрицателния отговор. Висок е относителният дял на отрицателния отговор и сред останалите три групи респонденти – почти една трета от лекарите (31%) и гражданите (28,9%), около една четвърт от пациентите (23%). (Фиг. 10) Този факт трябва да се вземе под внимание от ръководството на лечебното заведение и да се предприемат действия за подобряване на начините на осведомяване на пациентите за техните права и задължения при прием в лечебното заведение.

Фигура 10. Честота на разпределение на респондентите според мнението им относно разясняването на техните правата и задълженията при прием в лечебно заведение – общо и по групи



За цялата извадка, както и по групи респонденти, се установи, че наличие на значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент” и въпроса „Считате ли, че при прием в лечебно заведение, Ви обясняват за Вашите права и задължения“ ($p < 0,0001$). Поради изискванията на статистическия метод да няма клетки с очаквани честоти под 5, отговорите „Не мога да преценя” или „Друго” са изключени от анализа. Интересно е да се отбележи, че сред студентите, пациентите и гражданите най-голяма част от лицата, които съобщават, че при прием в лечебно заведение им обясняват правата, са декларирали, че са запознати с правата си като пациенти. При лекарите, обаче, това са основно онези, които смятат, че не са запознати с правата си като пациенти. (Таблица 7.)

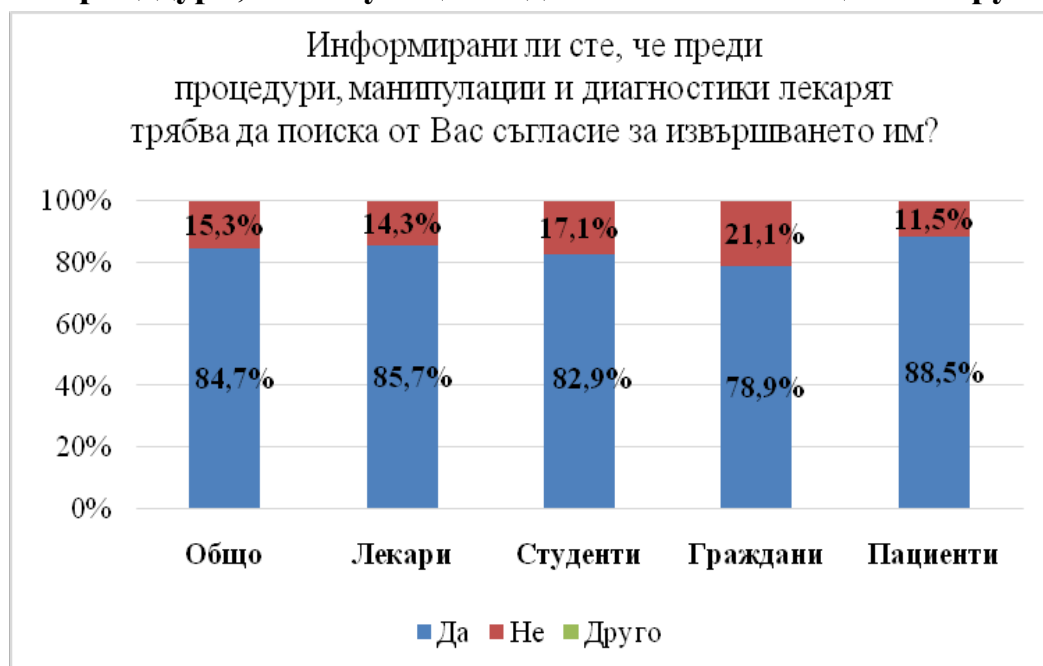
Таблица 7. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и мнението им относно разясняването на техните правата и задълженията при прием в лечебно заведение

				Считате ли, че при прием в лечебно заведение, Ви обясняват за Вашите права и задължения?			Общо
				Да, в пълнота	Да, частично	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	30	36	15	81
			%	37,0%	44,4%	18,5%	100,0%
		Да, частично	брой	9	39	36	84
			%	10,7%	46,4%	42,9%	100,0%
		Не	брой	3	0	3	6
			%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
Общо			брой	42	75	54	171
			%	24,6%	43,9%	31,6%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	15	9	6	30
			%	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%
		Да, частично	брой	9	69	42	120
			%	7,5%	57,5%	35,0%	100,0%
		Не	брой	0	6	12	18
			%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
Общо			брой	24	84	60	168
			%	14,3%	50,0%	35,7%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	36	6	18	60
			%	60,0%	10,0%	30,0%	100,0%
		Да, частично	брой	6	30	18	54
			%	11,1%	55,6%	33,3%	100,0%
		Не	брой	9	0	9	18
			%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
Общо			брой	51	36	45	132
			%	38,6%	27,3%	34,1%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	45	12	12	69
			%	65,2%	17,4%	17,4%	100,0%
		Да, частично	брой	21	39	24	84
			%	25,0%	46,4%	28,6%	100,0%
		Не	брой	3	15	15	33
			%	9,1%	45,5%	45,5%	100,0%
Общо			брой	69	66	51	186
			%	37,1%	35,5%	27,4%	100,0%

Информираността на пациентите е от ключово значение за изграждането на доверие и партньорство между лекуващият екип и пациента.

Всеки пациент според Хартата за правата на пациента има право на информация за предлаганите медицински изследвания, процедури, потенциалните рискове и ползи на всяка процедура, диагноза, прогноза и развитие на лечението. В тази връзка е зададен следващият въпрос в анкетното проучване - „Информирани ли сте, че преди процедури, манипулации и диагностики лекарят трябва да поиска от Вас съгласие за извършването им?“, като отговорите показват, че четирите групи респонденти са сходно категорични в положителния отговор на въпроса – над 80%. Учудващо голям е относителния дял на лекарите (14,3%) и студентите (17,1%), които отговарят отрицателно на този въпрос, тъй като именно те са тези, които трябва да искат от пациентите съгласие за извършване на медицински дейности (Фиг. 11)

Фигура 11. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за искане на съгласие преди извършването на процедури, манипулации и диагностика – общо и по групи



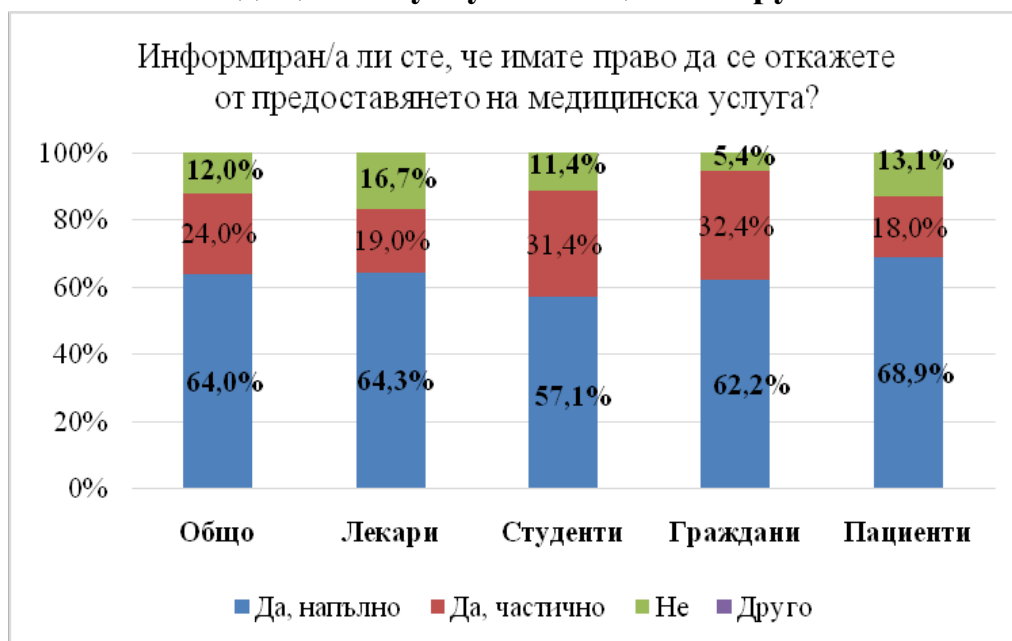
За цялата извадка, както и по групи респонденти, се установи, че има наличие на значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент” и въпроса „Информирани ли сте, че преди процедури, манипулации и диагностички лекарят трябва да поиска от Вас съгласие за извършването им“ ($p < 0,01$). Тук връзката е еднопосочна, респондентите, които знаят, че трябва да се вземе съгласието им преди процедури или манипулации, са съобщили, че са наясно с правата си като пациенти. (Таблица 8.)

Таблица 8. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и информираността им за искане на съгласие преди извършването на процедури, манипулации и диагностика

				Информирани ли сте, че преди процедури, манипулации и диагностики лекарят трябва да поиска от Вас съгласие за извършването им?		Общо
				Да	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	78	3	81
			%	96,3%	3,7%	100,0%
		Да, частично	брой	69	15	84
			%	82,1%	17,9%	100,0%
		Не	брой	6	3	9
			%	66,7%	33,3%	100,0%
Общо			брой	153	21	174
			%	87,9%	12,1%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	30	0	30
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	93	30	123
			%	75,6%	24,4%	100,0%
		Не	брой	15	6	21
			%	71,4%	28,6%	100,0%
Общо			брой	138	36	174
			%	79,3%	20,7%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	63	3	66
			%	95,5%	4,5%	100,0%
		Да, частично	брой	51	18	69
			%	73,9%	26,1%	100,0%
		Не	брой	9	9	18
			%	50,0%	50,0%	100,0%
Общо			брой	123	30	153
			%	80,4%	19,6%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	72	3	75
			%	96,0%	4,0%	100,0%
		Да, частично	брой	78	12	90
			%	86,7%	13,3%	100,0%
		Не	брой	33	9	42
			%	78,6%	21,4%	100,0%
Общо			брой	183	24	207
			%	88,4%	11,6%	100,0%

Над половината (64%) от всички групи са наясно, че имат право да откажат предоставянето на медицинска услуга. Интересно е, че най-голям е дялът на лекарите, които не са съгласни с това – цели 16,7%, следвани от пациентите – 13,1% и студентите – 11,4%. Като цяло много голям дял от всички анкетирани са отговорили в една или друга степен положително на този въпрос. Напълно информирани, че имат право да откажат предоставянето на медицинска услуга са пациентите – 68,9%, следвани от лекарите (64,3%), гражданите (62,2%) и студентите (57,1%). (Фиг. 12)

Фигура 12. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за право да откажат предоставянето на медицинска услуга – общо и по групи



Установи се, че има наличие на значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент” и въпроса „Информиран/а ли сте, че имате право да се откажете от предоставянето на медицинска услуга“ ($p < 0,0001$), както за цялата извадка, така и по групи респонденти. Тук също връзката е еднопосочна, респондентите, които знаят, че имат право да откажат дадена медицинска услуга, са съобщили, че са наясно с правата си

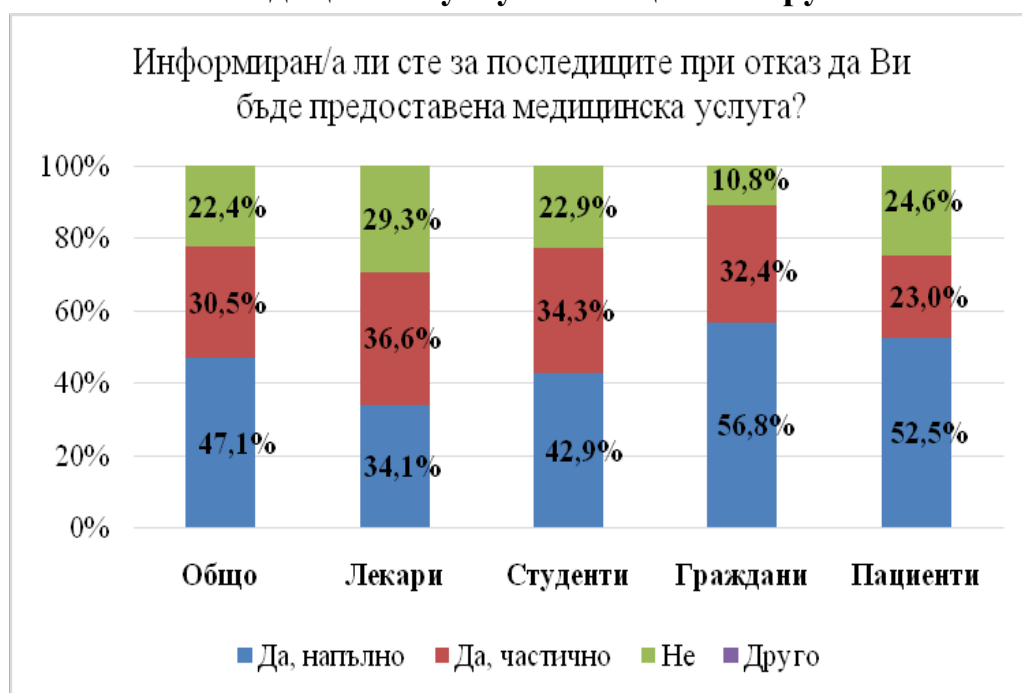
като пациенти. Нещо повече, степента на запознатост също има значение – колкото са по-сигурни в това, че могат да откажат дадена услуга, толкова по-пълно смятат, че познават правата си като пациенти. (Таблица 9.)

Таблица 9. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и информираността им за право да откажат предоставянето на медицинска услуга

				Информиран/а ли сте, че имате право да се откажете от предоставянето на медицинска услуга?			Общо
				Да, напълно	Да, частично	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	72	6	3	81
			%	88,9%	7,4%	3,7%	100,0%
		Да, частично	брой	39	27	18	84
			%	46,4%	32,1%	21,4%	100,0%
		Не	брой	9	0	0	9
			%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Общо			брой	120	33	21	174
			%	69,0%	19,0%	12,1%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	27	0	3	30
			%	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%
		Да, частично	брой	54	51	18	123
			%	43,9%	41,5%	14,6%	100,0%
		Не	брой	3	12	6	21
			%	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
Общо			брой	84	63	27	174
			%	48,3%	36,2%	15,5%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	51	15	0	66
			%	77,3%	22,7%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	36	24	9	69
			%	52,2%	34,8%	13,0%	100,0%
		Не	брой	6	6	6	18
			%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Общо			брой	93	45	15	153
			%	60,8%	29,4%	9,8%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	60	12	3	75
			%	80,0%	16,0%	4,0%	100,0%
		Да, частично	брой	45	30	15	90
			%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
		Не	брой	18	9	15	42
			%	42,9%	21,4%	35,7%	100,0%
Общо			брой	123	51	33	207
			%	59,4%	24,6%	15,9%	100,0%

По отношение на последиците от отказ от медицинска услуга, гражданите (56,8%) и пациентите (52,5%) декларират по-високо ниво на информираност, на фона на лекарите (34,1%) и студентите (42,9%) по медицина. Необяснимо най-голям е относителния дял на лекарите (29,3%), които не са информирани за последиците при отказ от предоставянето на медицинска услуга, следвани от около една четвърт от пациентите (24,6%) и студентите (22,9%). (Фиг. 13)

Фигура 13. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за последиците при отказ от предоставянето на медицинска услуга – общо и по групи



За цялата извадка, както и по групи респонденти, се установи наличие на значима връзка и между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент“ и въпроса „Информиран/а ли сте за последиците при отказ да Ви бъде предоставена медицинска услуга“ ($p < 0,001$). Тук също връзката е еднопосочна, респондентите, които твърдят, че познават последиците при отказ от дадена медицинска услуга, са съобщили, че са наясно с правата си като пациенти. Нещо повече, степента на запознатост също

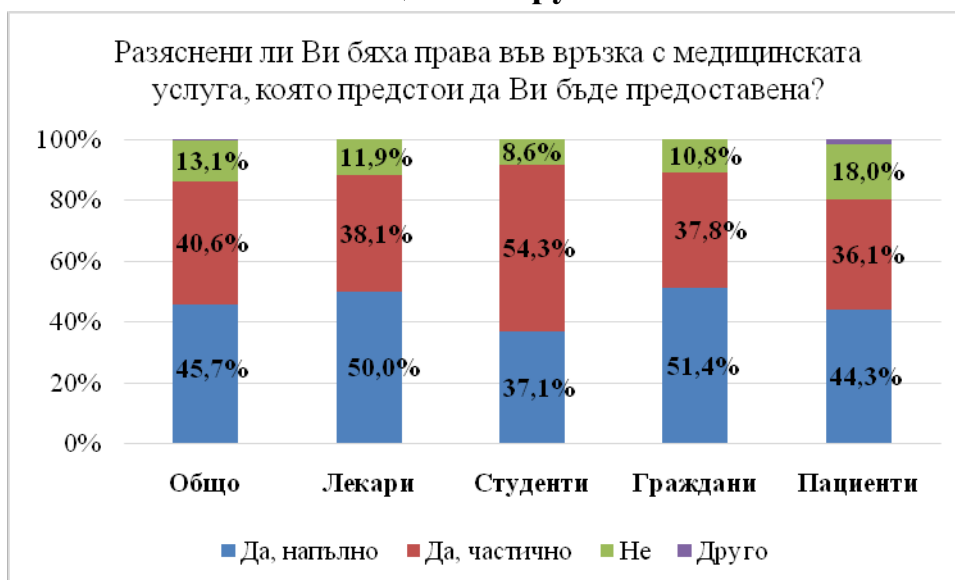
има значение – колкото са по-добре информирани за последиците при отказ от услуга, толкова по-пълно смятат, че познават правата си като пациенти. (Таблица 10.)

Таблица 10. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и информираността им за последиците при отказ от предоставянето на медицинска услуга

				Информиран/а ли сте за последиците при отказ да Ви бъде предоставена медицинска услуга?			Общо
				Да, напълно	Да, частично	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	51	12	15	78
			%	65,4%	15,4%	19,2%	100,0%
		Да, частично	брой	18	39	27	84
			%	21,4%	46,4%	32,1%	100,0%
		Не	брой	3	3	3	9
			%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Общо			брой	72	54	45	171
			%	42,1%	31,6%	26,3%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	21	6	3	30
			%	70,0%	20,0%	10,0%	100,0%
		Да, частично	брой	30	51	42	123
			%	24,4%	41,5%	34,1%	100,0%
		Не	брой	0	6	15	21
			%	0,0%	28,6%	71,4%	100,0%
Общо			брой	51	63	60	174
			%	29,3%	36,2%	34,5%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	51	12	3	66
			%	77,3%	18,2%	4,5%	100,0%
		Да, частично	брой	21	36	12	69
			%	30,4%	52,2%	17,4%	100,0%
		Не	брой	3	9	6	18
			%	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
Общо			брой	75	57	21	153
			%	49,0%	37,3%	13,7%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	48	12	15	75
			%	64,0%	16,0%	20,0%	100,0%
		Да, частично	брой	36	30	24	90
			%	40,0%	33,3%	26,7%	100,0%
		Не	брой	3	15	24	42
			%	7,1%	35,7%	57,1%	100,0%
Общо			брой	87	57	63	207
			%	42,0%	27,5%	30,4%	100,0%

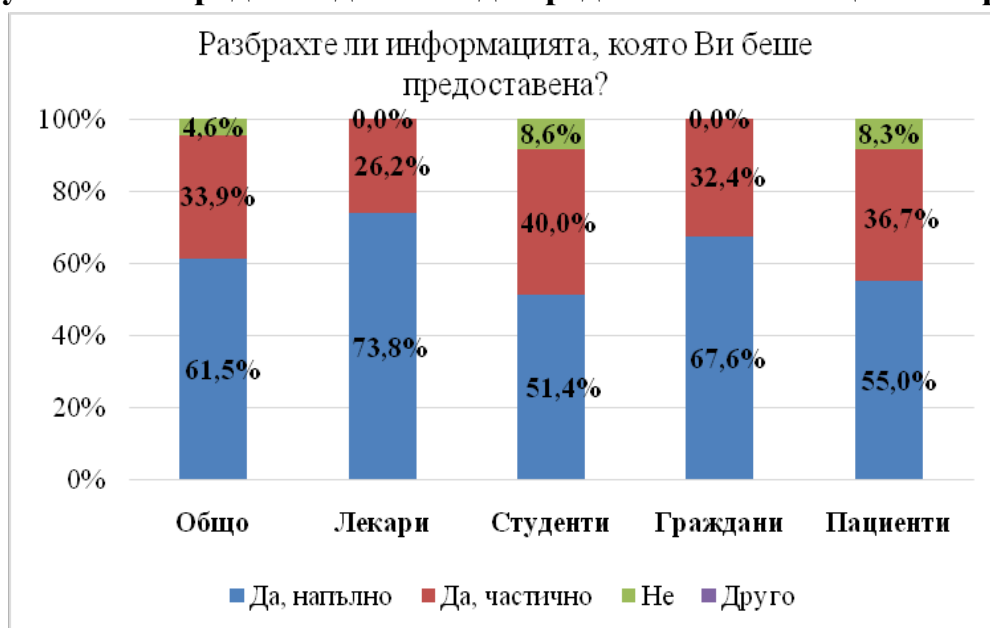
Най-голям дял на положителни отговори на въпроса „Разяснени ли Ви бяха права във връзка с медицинската услуга, която предстои да Ви бъде предоставена?“ се установи очаквано сред лекарите (50%), но и сред гражданите (51,4%), в сравнение със студентите (37,1%) и пациентите (44,3%). Като цяло много голям дял от всички анкетирани са отговорили в една или друга степен положително на този въпрос. Почти една пета (18%) от анкетираните пациенти отговарят, че не са им разяснени правата във връзка с медицинската услуга, която предстои да им бъде предоставена. Този резултат трябва да насочи вниманието на ръководството на болницата към предприемането на действия свързани с подобряване информираността на пациентите относно правата им във връзка с медицинската услуга, която предстои да им бъде предоставена (Фиг. 14)

Фигура 14. Честота на разпределение на респондентите според мнението им за разясняването на правата във връзка с медицинската услуга, която предстои да им бъде предоставена – общо и по групи



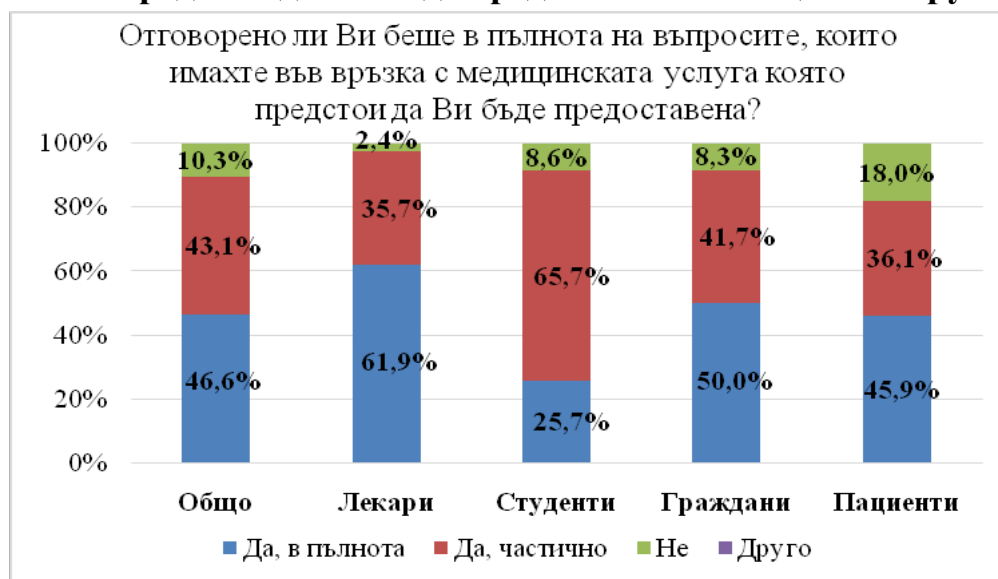
Очаквано, най-голям дял от лекарите са отговорили положително на въпроса дали са разбрали предоставената им информация, като 73,8% напълно и 26,2% частично са разбрали информацията. На следващо място се нареждат гражданите (67,6% напълно и 32,4% частично са разбрали информацията), следвани от пациентите (55,0% напълно и 36,7% частично са разбрали информацията). Студентите по медицина са с най-малък дял сред положителните отговори (51,4% напълно и 40,0% частично са разбрали информацията), което е разбираемо предвид младата им възраст. Друго възможно обяснение е, че въпросната медицинска манипулация им се е случила, докато са били ученици. Интересно е, че само сред групите на студентите (8,6%) и пациентите (8,3%) има лица, посочили, че не са разбрали предоставената им информация. Като цяло много голям дял от всички анкетирани (95,4%) са отговорили в една или друга степен положително на този въпрос.

Фигура 15. Честота на разпределение на респондентите според разбираемостта на информацията във връзка с медицинската услуга която предстои да им бъде предоставена – общо и по групи



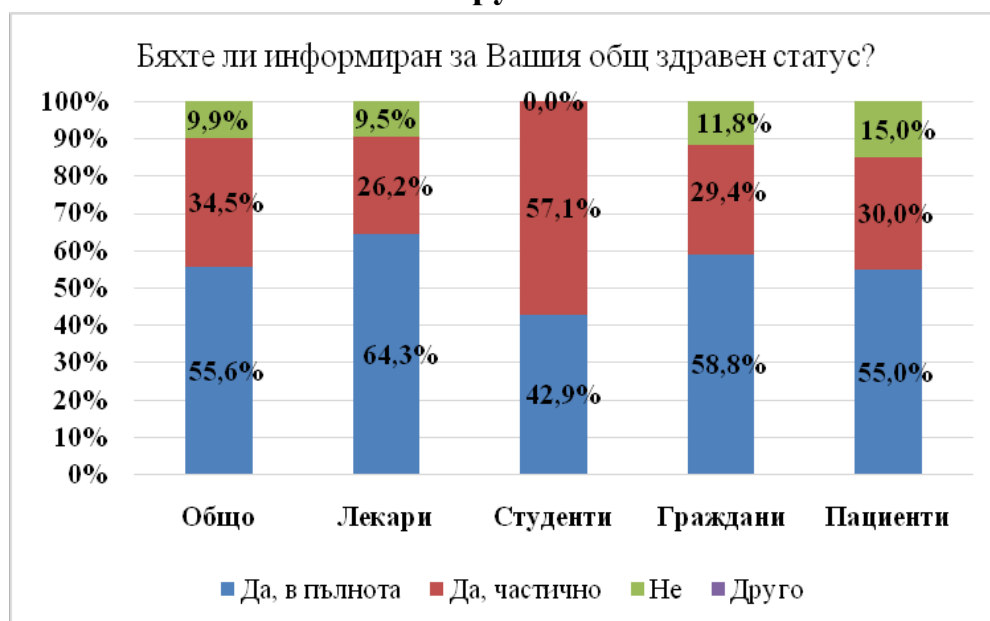
Очаквано, лекарите (61,9% в пълнота и 35,7% частично) декларираат най-много положителни отговори на въпроса „Отговорено ли Ви беше в пълнота на въпросите, които имахте във връзка с медицинската услуга която предстои да Ви бъде предоставена?“, като различията между тях и гражданите (50% в пълнота и 41,7% частично) са минимални, но значими. На следващо място са пациентите, като на 45,9% от тях са в пълнота е отговорено на въпросите, които са имали във връзка с медицинската услуга която предстои да им бъде предоставена, а 36,1% частично са получили тази информация. Студентите са най-малобройни сред положително отговорилите (25,7% в пълнота и 65,7% частично), вероятно защото са били малолетни или непълнолетни по времето, когато се е случило това. Като цяло много голям дял от всички анкетирани (89,7%) са отговорили в една или друга степен положително на този въпрос. На 18% от пациентите не е отговорено в пълнота на въпросите, които са имали във връзка с медицинската услуга която предстои да им бъде предоставена (Фиг. 16)

Фигура 16. Честота на разпределение на респондентите според пълнотата на информацията във връзка с медицинската услуга която предстои да им бъде предоставена – общо и по групи



Отново лекарите (64,3% в пълнота), а също и гражданите (58,8% в пълнота), са най-многобройни сред получените пълна информация за техния общ здравен статус, докато студентите (42,9% в пълнота) са с най-нисък дял. За сметка на това студентите преобладават сред получените частична информация – 57,1%. Най-многобройни сред неполучилите никакви сведения за общото си здраве са пациентите (15%), следвани от гражданите (11,8%) и лекарите (9,5%), а студентите отсъстват в тази категория отговорили. Като цяло много голям дял от всички анкетирани (90,1%) са отговорили в една или друга степен положително на този въпрос. (Фиг. 17)

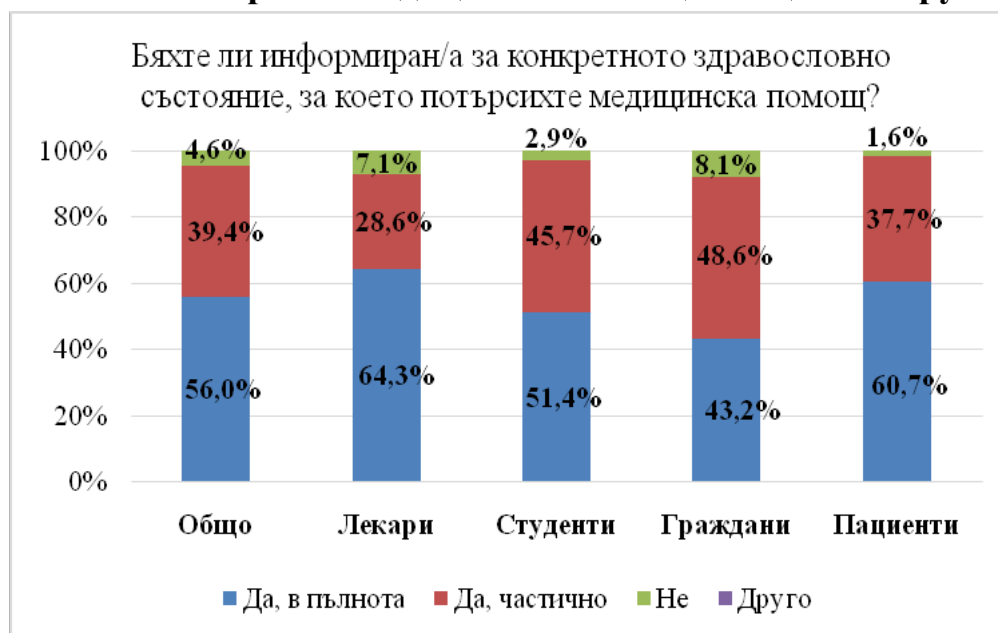
Фигура 17. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за техния общ здравен статус – общо и по групи



Отново най-много от лекарите (64,3%) декларират, че са получили в пълнота информация за конкретното здравословно състояние, по повод на което са потърсили медицинска помощ. На следващо място са пациентите (60,7%), следвани от студентите (51,4)

и гражданите (43,2%). Гражданите пък са най-многобройни в отговора „Да, частично“ – 48,6%. Като цяло много голям дял от всички анкетирувани (95,4%) са отговорили в една или друга степен положително на този въпрос. (Фиг. 18)

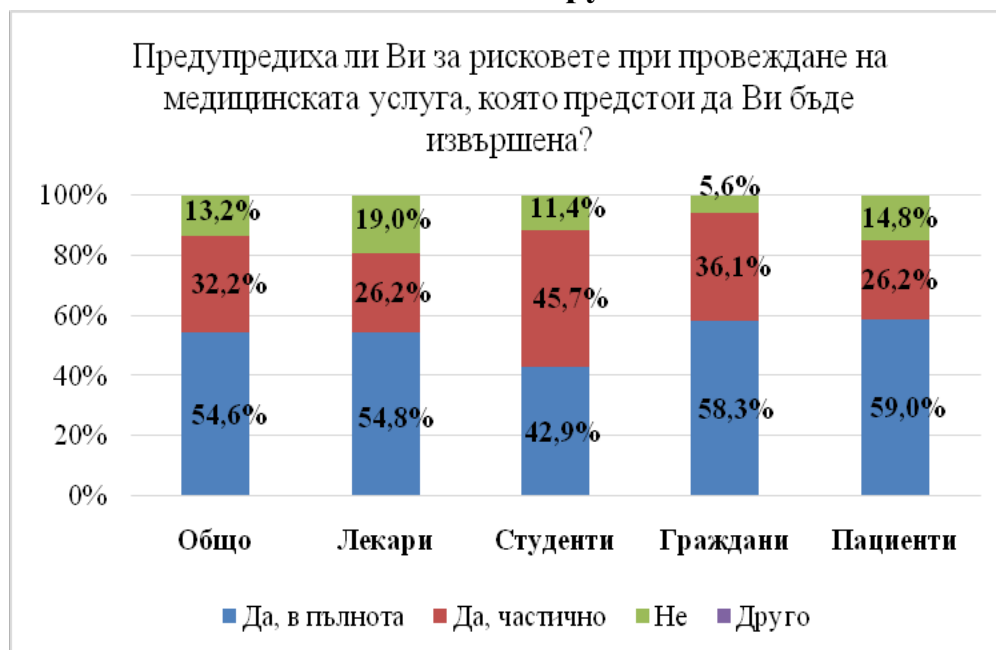
Фигура 18. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за конкретното здравословно състояние, за което са потърсили медицинска помощ – общо и по групи



Над три четвърти (86,8%) от всички групи анкетирувани са отговорили положително (в една или друга степен) на въпроса „Предупредиха ли Ви за рисковете при провеждане на медицинската услуга, която предстои да Ви бъде извършена?“, като най-висок е дялът на изцяло положителните отговори сред пациентите (59%), гражданите (58,3%) и лекарите (54,8%), а частично съгласие са изразили най-много студенти (45,7%). Като цяло много голям дял от всички анкетирувани са отговорили в една или друга степен положително на този въпрос. Не е малък и относителният дял на всички респонденти (13,2%), които не са информирани за рисковете

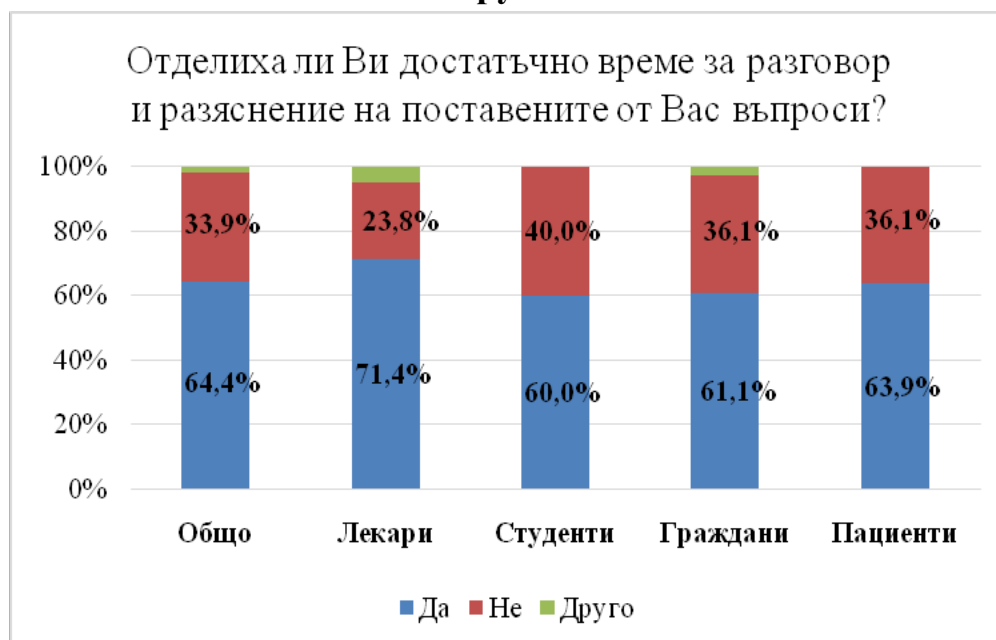
при провеждане на медицинската услуга, която предстои да им бъде извършена. (Фиг. 19)

Фигура 19. Честота на разпределение на респондентите според информираността им за рисковете при провеждане на медицинската услуга, която предстои да им бъде извършена – общо и по групи



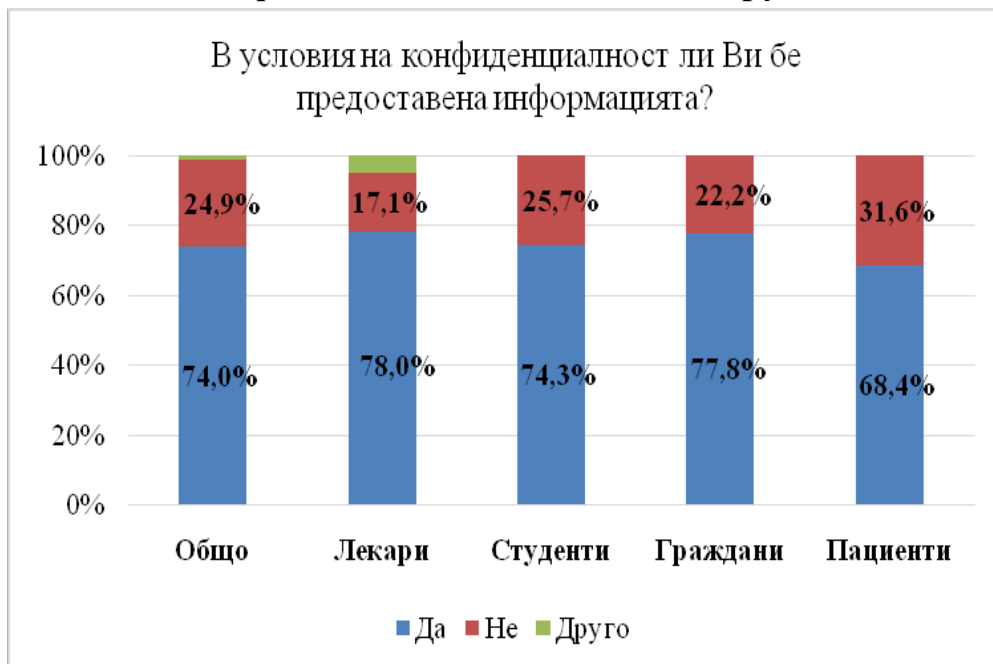
Очаквано, най-голям е дялът на лекарите (71,4%), отговорили, че им е отделено достатъчно време за разговор и разяснение на поставените от тях въпроси. На следващо място със сходно разпределение на отговорите се нареждат другите три групи анкетирувани – студентите (60%), гражданите (61,1%) и пациентите (63,9%). Като цяло много голям дял от всички анкетирувани (64,4%) са отговорили в положително на този въпрос, но около една трета (33,9%) отговарят отрицателно. Най-голям е относителният дял на студентите (40%), следвани от пациентите (36,1%), гражданите (36,1%) и лекарите (23,8%) които са отговорили, че не им е отделено достатъчно време за разговор и разяснение на поставените от тях въпроси. (Фиг. 20)

Фигура 20. Честота на разпределение на респондентите според мнението им за достатъчността на времето отделено за разговор и разяснение на поставените от пациентите въпроси – общо и по групи



Конфиденциалността е спазена при над 2/3 до 3/4 от всички лица, като най-добре застъпена е била при лекарите (78%) и гражданите (77,8%), а най-слабо – при пациентите (68,4%). Според 31,6% информацията не е предоставена в условията на конфиденциалност, като на това мнение са 25,7% от студентите, 22,2% от гражданите и 17,1% от лекарите. (Фиг. 21) Получените резултати налагат необходимостта от промяна в начина на предоставяне на информацията на пациентите с цел запазване на конфиденциалността.

Фигура 21. Честота на разпределение на респондентите според мнението им за предоставяне на информацията в условията на конфиденциалност – общо и по групи



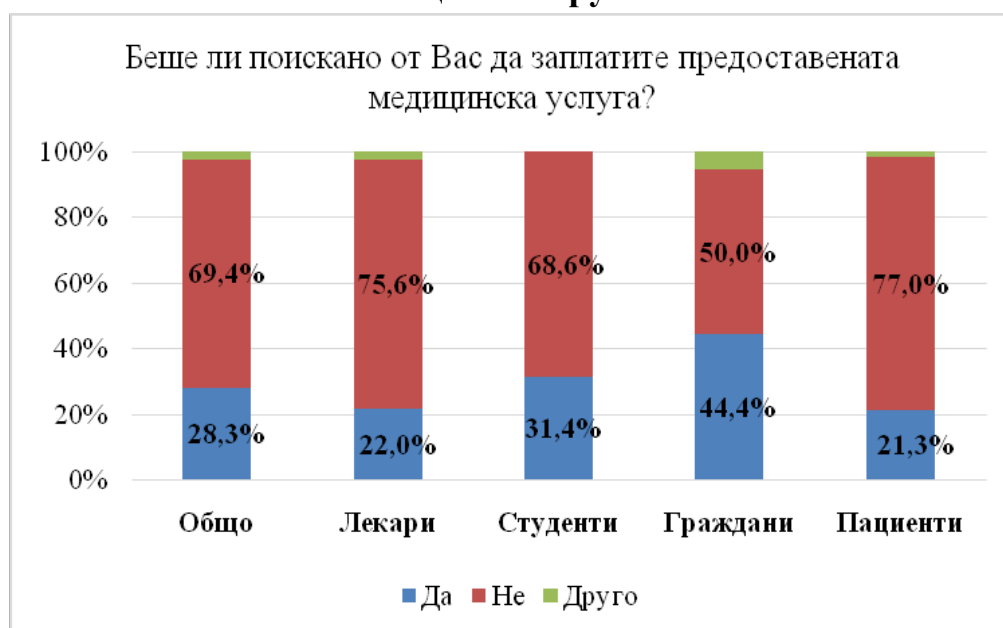
Най-често анкетираните са получили информацията за състоянието си от своя лекуващ лекар – при малко под 80% от гражданите, до 96,7% при пациентите. Друг член на медицинския екип е информирал най-често студентите (22,9% от тях), а най-рядко – пациентите (8,2%). Служител на лечебното заведение, който не се е представил, много рядко е играл роля в информирането на анкетираните лица – при между 0 и 5,7% от тях, като разликата между отделните групи е незначима. Другите пациенти почти не са били източник на информация. (Таблица 11.)

Таблица 11. Честота на разпределение на респондентите според източниците им на информация в лечебното заведение – общо и по групи

Източници на информация в лечебното заведение	Общо	Лекари	Студенти	Граждани	Пациенти
Лекуващия лекар	88,1%	90,5%	80,0%	78,9%	96,7%
Друг член на медицинския екип	14,2%	14,3%	22,9%	15,8%	8,2%
Служител на ЛЗ, който не се представи	3,4%	4,8%	5,7%	0,0%	3,3%
Друг пациент	1,7%	2,4%	2,9%	0,0%	1,6%

Интересно е разпределението на анкетирания на въпроса „Беше ли поискано от Вас да заплатите предоставената медицинска услуга?“ – най-ниски са дяловете на положително отговорилите очаквано сред лекарите (22%), но и след пациентите – 21,3%. Приблизително 1/3 от студентите (31,4%) са съобщили, че са заплатили за медицинската услуга, а сред гражданите това се е случило на цели 44,4%. (Фиг. 22)

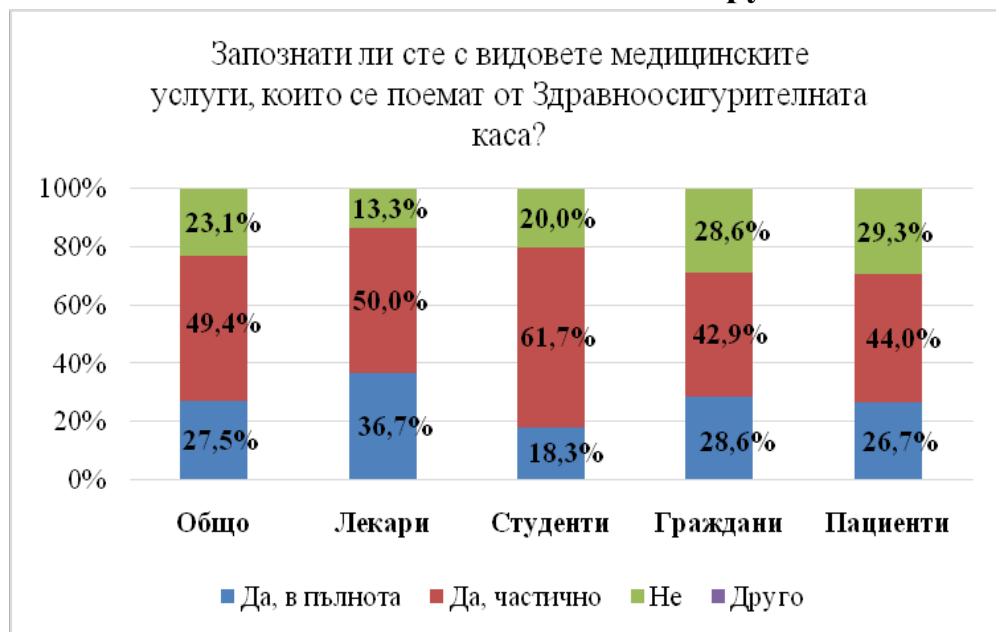
Фигура 22. Честота на разпределение на респондентите според мнението им за плащането на предоставената медицинска услуга – общо и по групи



Осведоменост на анкетираните лица относно правата им, като ЗЗОЛ

Очаквано, най-много лекари (36,7%) смятат, че са запознати напълно с видовете медицински услуги, заплащани от НЗОК; на следващо място са гражданите (28,6%) и пациентите (26,7%), а най-малко в тази категория са студентите по медицина (18,3%). За сметка на това студентите преобладават в отговора „Да, частично“ – 61,7%. Категорично са на мнение, че не познават услугите, поемани от Здравната каса най-голям дял от гражданите и пациентите (около 30%), следвани от всеки пети студент и 13,3% от лекарите. (Фиг. 23)

Фигура 23. Честота на разпределение на респондентите според мнението за познаването на видовете медицински услуги заплащани от НЗОК – общо и по групи



Най-голям дял от лекарите, гражданите и пациентите (между 50 и 60%) смятат, че са информирани към кого да се обърнат в случай на неудовлетвореност от предоставената здравна услуга, докато едва една трета от студентите (36,7%) са на същото мнение. Като цяло почти половината от респондентите не са наясно към кого да се обърнат в случай на неудовлетвореност от предоставената здравна услуга. (Фиг. 24)

Фигура 24. Честота на разпределение на респондентите според осведомеността им към кого следва да насочат своята претенция в случай на неудовлетвореност от предоставената медицинска услуга – общо и по групи



За цялата извадка, се установи наличие на значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент” и въпроса „Информиран/а ли сте към кого следва да насочите своята претенция в случай на неудовлетвореност от предоставената медицинска услуга“ ($p < 0,001$). Връзката не е сигнификантна сред гражданите. Сред лекарите връзката също става несигнификантна при обединяване на двете категории на познаване на правата като пациент. При студентите и гражданите по-високото ниво на познаване на правата като пациент съответства на положителен отговор на въпроса „Информиран/а ли сте към кого следва да насочите своята претенция в случай на неудовлетвореност от предоставената медицинска услуга“, докато непознаването – на отрицателен. (Таблица 12.)

Таблица 12. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и осведомеността им към кого следва да насочат своята претенция в случай на неудовлетвореност от предоставената медицинска услуга

				Информиран/а ли сте към кого следва да насочите своята претенция в случай на неудовлетвореност от предоставената медицинска услуга?		Общо
				Да	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	57	21	78
			%	73,1%	26,9%	100,0%
		Да, частично	брой	39	42	81
			%	48,1%	51,9%	100,0%
		Не	брой	6	3	9
			%	66,7%	33,3%	100,0%
Общо			брой	102	66	168
			%	60,7%	39,3%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	27	3	30
			%	90,0%	10,0%	100,0%
		Да, частично	брой	39	84	123
			%	31,7%	68,3%	100,0%
		Не	брой	0	21	21
			%	0,0%	100,0%	100,0%
Общо			брой	66	108	174
			%	37,9%	62,1%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	42	18	60
			%	70,0%	30,0%	100,0%
		Да, частично	брой	42	30	72
			%	58,3%	41,7%	100,0%
		Не	брой	9	6	15
			%	60,0%	40,0%	100,0%
Общо			брой	93	54	147
			%	63,3%	36,7%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	57	18	75
			%	76,0%	24,0%	100,0%
		Да, частично	брой	39	45	84
			%	46,4%	53,6%	100,0%
		Не	брой	9	33	42
			%	21,4%	78,6%	100,0%
Общо			брой	105	96	201
			%	52,2%	47,8%	100,0%

Едва между 3 и 6,8% от различните категории анкетираните са подавали жалба относно проблем при ползването на здравни услуги, като разликите между тях не са значими. Допълнително, между 2 и 3% от анкетираните са дописали в анкетата на ръка „Не съм подавал/а жалба досега, но бих искал/а да подам“. Това показва натрупване на неудовлетвореност, която обаче не е била канализирана по подходящ начин. (Фиг. 25)

Фигура 25. Честота на разпределение на респондентите според подаването на жалба във връзка с проблем при ползване на здравна услуга – общо и по групи



Най-често подаваните жалби са били до НЗОК и РЗОК, както и до Изпълнителна агенция „Медицински одит“. (Таблица 13.)

Таблица 13. Честота на разпределение на респондентите според инстанцията, до която са подали жалба при нарушаване на пациентските им права – общо и по групи

Институция	Общо	Лекари	Студенти	Граждани	Пациенти
МЗ	18,2%	0,0%	0,0%	25,0%	33,3%
НЗОК	27,3%	50,0%	50,0%	25,0%	0,0%
РЗОК	27,3%	0,0%	0,0%	25,0%	66,7%
РЗИ	9,1%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%
ИА "Медицински одит"	9,1%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Друго	9,1%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%

Правата на пациентите и качеството на здравеопазването

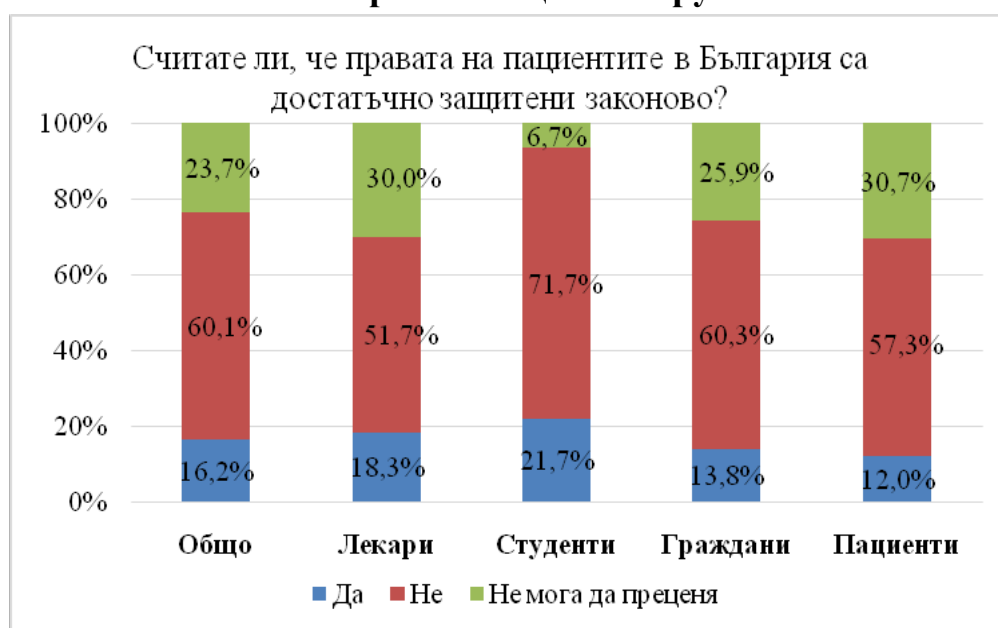
Последните 7 въпроса в анкетното проучване са зададени, за да се установи мнението на респондентите относно:

- Законовата защита на правата на пациентите в България;
- Спазването на правата на пациентите в системата на българското здравеопазване;
- Същността и съдържанието на Европейската здравна харта;
- Необходимостта от подобряване на достъпността до информацията за правата на пациентите в България;
- Оценката им за качеството на здравеопазване в България;

Със съжаление трябва да се отбележи, че едва между 12 и 21,7% от анкетиранияте групи лица са на мнение, че правата на пациентите у

нас са достатъчно защитени от законите. Най-песимистично настроени в това отношение са студентите (71,7%), гражданите (60,3%) и пациентите (57,3%), за разлика от лекарите (51,7%). Много голям дял от лекарите (30%) са избрали отговора „Не мога да преценя“, вероятно защото смятат, че след като работят в системата, не биха могли да я оценят адекватно. (Фиг. 26)

Фигура 26. Честота на разпределение на респондентите според мнението им за законовата защита на правата на пациентите в България – общо и по групи



За цялата извадка, както и по групи респонденти, се установи, че има наличие на значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент“ и въпроса „Смятате ли, че в системата на Българското здравеопазване, правата на пациентите се спазват“ ($p < 0,05$). И при четирите групи респонденти по-доброто познаване на правата като пациент съответства на съгласие с твърдението, че в системата на Българското здравеопазване, правата на пациентите се спазват. За сметка на това непознаващите правата си по-често смятат, че те са нарушени. (Таблица 14.)

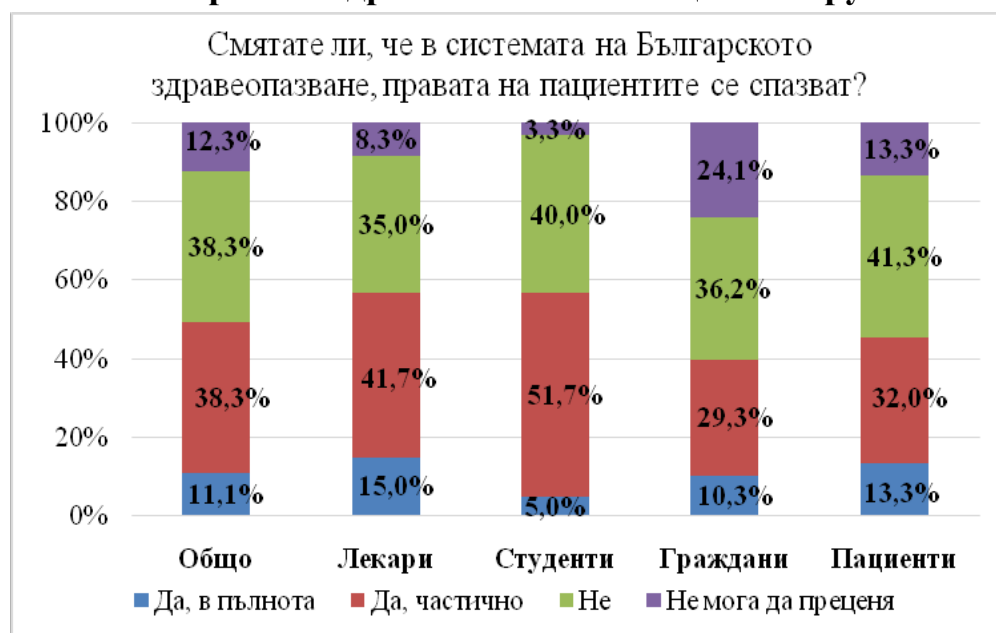
Таблица 14. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и мнението им за законовата защита на правата на пациентите в България

				Смятате ли, че в системата на Българското здравеопазване, правата на пациентите се спазват?			Общо
				Да, в пълнота	Да, частично	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	18	39	21	78
			%	23,1%	50,0%	26,9%	100,0%
		Да, частично	брой	6	36	36	78
			%	7,7%	46,2%	46,2%	100,0%
		Не	брой	3	0	6	9
			%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
Общо			брой	27	75	63	165
			%	16,4%	45,5%	38,2%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	3	15	12	30
			%	10,0%	50,0%	40,0%	100,0%
		Да, частично	брой	6	72	45	123
			%	4,9%	58,5%	36,6%	100,0%
		Не	брой	0	6	15	21
			%	0,0%	28,6%	71,4%	100,0%
Общо			брой	9	93	72	174
			%	5,2%	53,4%	41,4%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	15	18	9	42
			%	35,7%	42,9%	21,4%	100,0%
		Да, частично	брой	3	24	30	57
			%	5,3%	42,1%	52,6%	100,0%
		Не	брой	0	0	18	18
			%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Общо			брой	18	42	57	117
			%	15,4%	35,9%	48,7%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	18	21	30	69
			%	26,1%	30,4%	43,5%	100,0%
		Да, частично	брой	12	42	27	81
			%	14,8%	51,9%	33,3%	100,0%
		Не	брой	0	6	27	33
			%	0,0%	18,2%	81,8%	100,0%
Общо			брой	30	69	84	183
			%	16,4%	37,7%	45,9%	100,0%

Делът на респондентите, според които правата на пациентите в България не се спазват, варира между 35% (лекарите, гражданите) до 40-41% (студентите, пациентите). Едва между 5 и 15% (най-малко

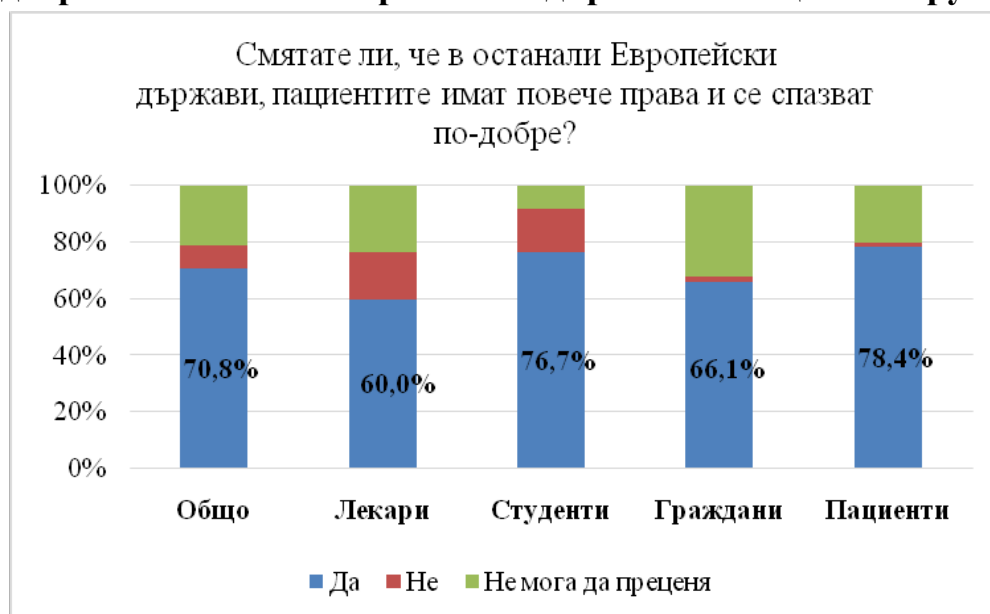
сред студентите, а най-много – сред пациентите и лекарите) са на мнение, че се наблюдава напълно спазване на правата на пациентите, а между 30 и 50% - че се спазват частично. Интересно е да се отбележи, че четирите групи се различават значимо една от друга, с изключение на мнението на лекарите и пациентите, което е много сходно. (Фиг. 27)

Фигура 27. Честота на разпределение на респондентите според мнението им спазването на правата на пациентите в системата на българското здравеопазване – общо и по групи



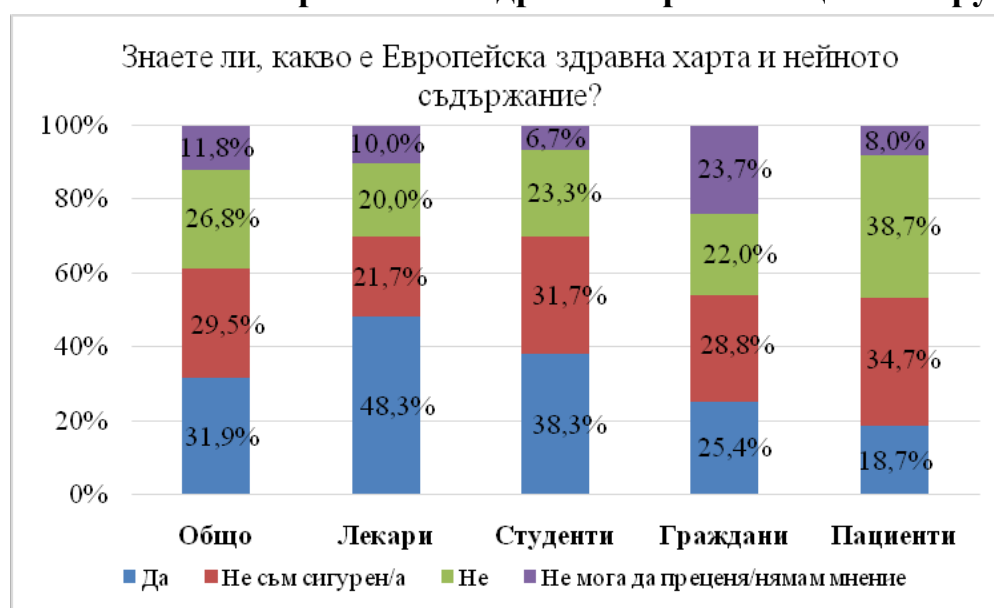
Независимо, че статистическите методи отчитат различно мнение на четирите групи анкетирани, над 60% от всяка от тях са на мнение, че в останалите европейски държави пациентите имат повече права. Най-голям е дялът на студентите и пациентите, споделящи това мнение (77-78%), а най-малък – на гражданите (66%) и лекарите (60%). (Фиг. 28)

Фигура 28. Честота на разпределение на респондентите според мнението им, че пациентите имат повече права и се спазват по-добре в останалите Европейски държави – общо и по групи



Познаването на Европейската здравна харта очаквано е най-добро сред лекарите (48,3%), следвани от студентите (38,3%) и едва 25,4% от гражданите и 18,7% от пациентите. Сходство се наблюдава в отговорите на лекарите и студентите по медицина. (Фиг. 29)

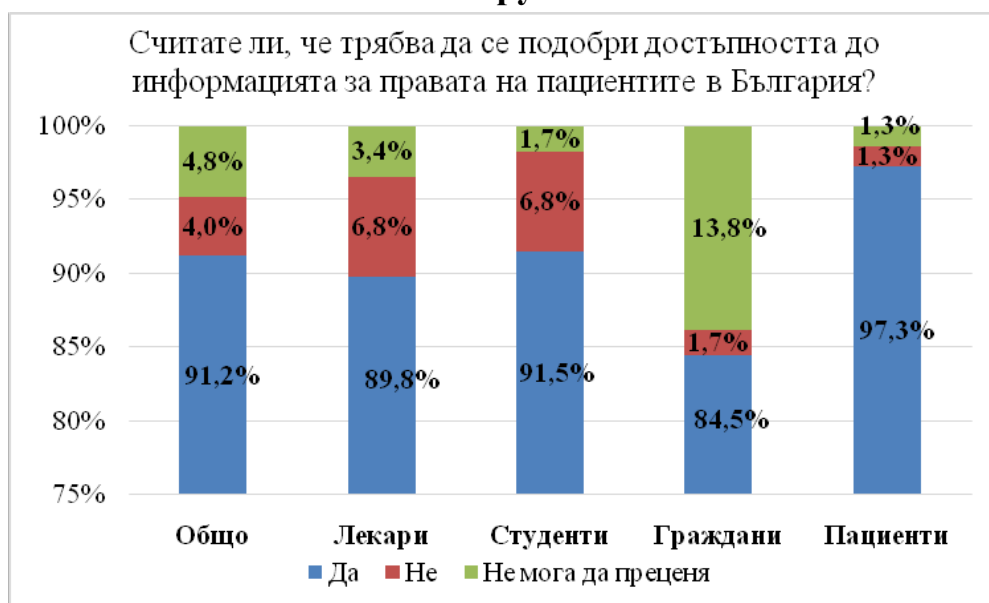
Фигура 29. Честота на разпределение на респондентите според познаването на Европейската здравна харта – общо и по групи



Като цяло много голям е относителния дял на респондентите (57,3%), които не са сигурни и не знаят какво е Европейска здравна харта и нейното съдържание.

И четирите групи анкетирувани лица са категорични, че трябва да се подобри достъпността до информацията за правата на пациентите в България. Това мнение се споделя от между 84,5% (гражданите), през 90% (лекарите и техните бъдещи колеги) до 97,3% (пациентите). Статистическите методи са уловили различия, които се дължат на много високият дял лица сред гражданите, избрали отговора „Не мога да преценя“, но по същество респондентите са изказали сходни виждания. (Фиг. 30)

Фигура 30. Честота на разпределение на респондентите според мнението им за необходимостта от подобряване на достъпността до информацията за правата на пациентите в България – общо и по групи



За цялата извадка, както и за две групи респонденти (лекари и граждани), се установи, че има наличие на значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент“ и въпрос 36 „Считате ли, че трябва да се подобри достъпността до информацията за правата на пациентите в България“ ($p < 0,05$). И при

двете групи респонденти по-добро познаване на правата като пациент съответства на съгласие с твърдението, че трябва да се подобри достъпността до информацията за правата на пациентите в България. За сметка на това непознаващите правата си по-често смятат, че не е необходимо да се подобрява достъпността до информацията за правата на пациентите в България. (Таблица 15.)

Таблица 15. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и мнението им за необходимостта от подобряване на достъпността до информацията за правата на пациентите в България

				Считате ли, че трябва да се подобри достъпността до информацията за правата на пациентите в България?		Общо
				Да	Не	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	72	6	78
			%	92,3%	7,7%	100,0%
		Да, частично	брой	81	3	84
			%	96,4%	3,6%	100,0%
		Не	брой	6	3	9
			%	66,7%	33,3%	100,0%
Общо			брой	159	12	171
			%	93,0%	7,0%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	27	3	30
			%	90,0%	10,0%	100,0%
		Да, частично	брой	114	6	120
			%	95,0%	5,0%	100,0%
		Не	брой	18	3	21
			%	85,7%	14,3%	100,0%
Общо			брой	159	12	171
			%	93,0%	7,0%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	60	0	60
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	54	0	54
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Не	брой	18	3	21
			%	85,7%	14,3%	100,0%
Общо			брой	132	3	135
			%	97,8%	2,2%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	75	0	75
			%	100,0%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	84	3	87
			%	96,6%	3,4%	100,0%
		Не	брой	39	0	39
			%	100,0%	0,0%	100,0%
Общо			брой	198	3	201
			%	98,5%	1,5%	100,0%

Със съжаление трябва да се отбележи, че между 25 и 35% от анкетираните лица са на мнение, че качеството на здравеопазването у нас е лошо, а като отлично го категоризират едва между 1,7 и 3,3% от тях. Приблизително половината от всяка група респонденти са на мнение, че качеството на здравеопазване у нас е добро. (Таблица 16.)

Таблица 16. Честота на разпределение на респондентите според оценката им за качеството на здравеопазване в България – общо и по групи

ОЦЕНКА	Общо	Лекари	Студенти	Граждани	Пациенти
Лошо	30,0%	28,8%	35,0%	30,5%	26,7%
Добро	53,8%	62,7%	51,7%	40,7%	58,7%
Отлично	2,4%	1,7%	3,3%	1,7%	2,7%
Не мога да преценя/нямам мнение	13,8%	6,8%	10,0%	27,1%	12,0%

Между 40 и 55% от анкетираните групи (най-малко сред пациентите, а най-много сред лекарите и техните бъдещи колеги) лица смятат, че ако пациентите и лекарите са по-информирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България. На противоположното мнение са между 25 и 38% (най-малко сред гражданите, а най-много – сред студентите по медицина). (Таблица 17.)

Таблица 17. Честота на разпределение на респондентите според мнението им, че ако пациентите и лекарите са по информирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България – общо и по групи

Отговори	Общо	Лекари	Студенти	Граждани	Пациенти
Да, в пълнота	49,4%	53,3%	55,0%	51,7%	40,0%
Да, частично	30,8%	28,3%	38,3%	25,9%	30,7%
Не - нищо няма да се промени	11,9%	16,7%	5,0%	8,6%	16,0%
Не мога да преценя	7,9%	1,7%	1,7%	13,8%	13,3%

За цялата извадка, както и за две групи респонденти (лекари и граждани), се установи, че има наличие на значима връзка между отговорите на въпроса „Запознат/а ли сте с правата си като пациент” и въпроса „Считате ли, че ако пациентите и лекарите са по информирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България“ ($p < 0,05$). Интересно е, че делът на напълно запознатите с правата си като пациенти е най-висок сред отговорилите, че нищо няма да се промени, но едновременно с това в тази категория е най-висок и делът на незапознатите с правата си. (Таблица 18.)

Таблица 18. Зависимост между познаването на правата си като пациенти от респондентите и мнението им, че ако пациентите и лекарите са по информирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България

				Считате ли, че ако пациентите и лекарите са по информирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България?			Общо
				Да, в пълнота	Да, частично	Не - нищо няма да се промени	
Лекари	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	57	9	18	84
			%	67,9%	10,7%	21,4%	100,0%
		Да, частично	брой	33	42	9	84
			%	39,3%	50,0%	10,7%	100,0%
		Не	брой	6	0	3	9
			%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
Общо			брой	96	51	30	177
			%	54,2%	28,8%	16,9%	100,0%
Студенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	18	12	0	30
			%	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		Да, частично	брой	69	48	6	123
			%	56,1%	39,0%	4,9%	100,0%
		Не	брой	9	6	3	18
			%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
Общо			брой	96	66	9	171
			%	56,1%	38,6%	5,3%	100,0%
Граждани	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	30	27	6	63
			%	47,6%	42,9%	9,5%	100,0%
		Да, частично	брой	48	12	3	63
			%	76,2%	19,0%	4,8%	100,0%
		Не	брой	9	3	3	15
			%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Общо			брой	87	42	12	141
			%	61,7%	29,8%	8,5%	100,0%
Пациенти	Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	брой	27	30	12	69
			%	39,1%	43,5%	17,4%	100,0%
		Да, частично	брой	45	27	12	84
			%	53,6%	32,1%	14,3%	100,0%
		Не	брой	12	6	6	24
			%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Общо			брой	84	63	30	177
			%	47,5%	35,6%	16,9%	100,0%

III.4. МОДЕЛ НА АЛГОРИТЪМ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА ИНФОРМИРАНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ЗА ТЕХНИТЕ ОСНОВНИ ПРАВА ПРИ ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ

Резултатите от проведеното проучване дават основание *да се предложи за практическо ползване следния алгоритъм за оптимизиране информираността на пациентите за техните основни права при осигуряване на здравно обслужване:*

Министерството на здравеопазването съвместно с пациентските организации да организират и провеждат сред населението образователни инициативи целящи да запознаят лицата на достъпен език с:

- Основните права на пациентите залегнали в нормативните документи на България;
- Същността и съдържанието на Европейската здравна харта;
- Видовете медицински услуги предоставяни от НЗОК;
- Институциите, които защитават права на пациентите.

Реализацията на тези инициативи може да се осъществи със съдействието на средствата за масова информация /телевизия, радио, медии, интернет и др./, както и включването в образователната програма на учениците в училищата със съдействието на МОН на предмет запознаващ ги с техните права и задължения.

Общопрактикуващите лекари, като първото лице за контакт на пациентите със системата на здравеопазване да изпълняват първата основна дейност залегнала в основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, а именно здравно-информационните дейности, включващи запознаване на пациента с неговите права и задължения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение на направеното проучване по проблема за правата на пациента може да се отчете, че в медико-правната доктрина правата на пациента са разгледани като сложен комплекс от юридически норми и съответни етични принципи, отнасящи се към отделни пациенти или групи пациенти. Правото като средство за организиране и управление на обществото се отнася по особен начин спрямо обществените отношения, свързани с пациента, поради това, че те се явяват специфичен обект на нормативно регулиране.

Особеност при правното регулиране на тези обществени отношения е пряката им връзка с фундаменталния за всички страни въпрос за правата на човека. Това прави Декларацията за правата на човека на ООН основен акт, регламентиращ правата на пациента. Декларацията прокламира определени морално – етични принципи, които представляват препоръки, ръководства за възприемане и вграждане в нормите на законодателствата на отделните държави.

Политическата воля на държавата определя усъвършенстването на здравното законодателство, чрез решаване на въпроси, касаещи преди всичко общоизвестни морални права и принципи за защита правата на човека и в частност защита правата на пациента за достоен живот и дълголетие.

Социално – политическите измерения на правата на пациента са ключов фактор за изграждане на гражданско общество и новоевропейската идентичност на страните в Европа. Националните законодателства на страните от Европейския съюз съобразяват приетите международни актове и конвенции от Съвета на Европа, Европейската комисия и Световната здравна организация.

Непосредствените здравно – политически задачи относно правата на пациента са свързани с разширяването на научно –

изследователската дейност и насочване на здравнообразователните стратегии към индивида. Извеждане на преден план участието на организациите на пациентите в протичащите реформи в здравеопазването, приоритетна насоченост към качеството на здравните услуги и повишения интерес към проблемите на рисковите групи сред населението са основополагащи при формулирането и прилагането на стратегии за защита на правата на пациентите.

ИЗВОДИ

1. Не са запознати с правата си като пациенти 18,4% от пациентите, 11,9% от гражданите и 11,7% от студентите, като най-често посочваният източник на информация относно правата им е личният лекар (при 41 и 56%), следван от средствата за масова информация (при 36% и 48%).
2. Информирани в различна степен за видовете здравни услуги, заплащани от НЗОК, които може да им предостави ОПЛ са 85,9% от респондентите, като 16% от пациентите 11,7% от студентите и 8,5% от гражданите не са осведомени по този въпрос.
3. Напълно информирани за видовете здравни услуги, заплащани от НЗОК, които може да им предостави специалиста от извънболничната помощ са 26,7% от четирите анкетирани групи, а частично информирани са 42% от тях, като 36% от пациентите на лечение в момента, 19% от гражданите и 18,6% от студентите не са информирани.
4. Голям е относителният дял на пациентите (23%) и гражданите (15,8%), които не могат да преценят важността на подписаните от тях документи при прием в лечебно заведение.
5. Почти една трета от анкетираните (29%) считат, че не им се разясняват техните правата и задълженията при прием в лечебно заведение, докато над 80% са информирани за необходимостта от искане на съгласие преди извършването на процедури, манипулации и диагностика.
6. Над половината (64%) от всички групи са наясно, че имат право да откажат предоставянето на медицинска услуга, като информирани в различна степен за последиците при отказ от

предоставянето на медицинската услуга са 77,6% от респондентите, а на почти една пета (18%) от анкетираните пациенти не са им разяснени правата във връзка с медицинската услуга, която предстои да им бъде предоставена.

7. Като цяло много голям дял от всички анкетирани (95,4%) в една или друга степен са разбрали предоставената им информация, докато на 18% от пациентите не е отговорено в пълнота на въпросите, които са имали във връзка с медицинската услуга която предстои да им бъде предоставена.
8. Голям дял от всички анкетирани групи (90,1%) са получили в една или друга степен пълна информация за техния общ здравен статус, като най-многобройни сред неполучилите никакви сведения за общото си здраве са пациентите (15%), следвани от гражданите (11,8%) и лекарите (9,5%).
9. Категорично са на мнение, че не познават услугите, поемани от Здравната каса най-голям дял от гражданите и пациентите (около 30%), следвани от всеки пети студент и 13,3% от лекарите, като почти половината от респондентите (51%) не са наясно към кого да се обърнат в случай на неудовлетвореност от предоставената здравна услуга.
10. Между 12 и 21,7% от анкетираните групи лица са на мнение, че правата на пациентите у нас са достатъчно защитени от законите, като делът на респондентите, според които правата на пациентите в България не се спазват, варира между 35% (лекарите, гражданите) до 40-41% (студентите, пациентите).

11.Четири групи анкетирани лица са категорични, че трябва да се подобри достъпността до информацията за правата на пациентите в България, като това мнение се споделя от между 84,5% (гражданите), през 90% (лекарите и техните бъдещи колеги) до 97,3% (пациентите).

12.Между 40 и 55% от анкетираните групи (най-малко сред пациентите, а най-много сред лекарите и техните бъдещи колеги) лица смятат, че ако пациентите и лекарите са поинформирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България.

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

КЪМ МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ

1. Включване в програмата за обучение на студентите по медицина на модул по „Медицинско право” обхващат въпросите свързани с правата и задълженията на пациентите и последиците при отказ от предоставяне на медицински услуги.

КЪМ БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ И МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ

1. Организиране на различни форми за продължаващо медицинско обучение и СДО за лекарите във връзка с повишаване на знанията им относно правата и задълженията на пациентите.

КЪМ МЕНИДЖЪРИТЕ НА БОЛНИЧНИТЕ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ

1. Предприемането на действия свързани с подобряване на:
 - начините на осведомяване на пациентите за техните права и задължения при прием в лечебното заведение, както и разясняване на важността на подписаните от пациентите документи при прием;
 - информираността на пациентите относно правата им във връзка с медицинската услуга, която предстои да им бъде предоставена, както и осведомеността им за рисковете при провеждане на медицинската услуга,
 - времето за разговор и разяснение на поставените от пациентите въпроси, както и промяна в начина на

предоставяне на информацията на пациентите с цел запазване на конфиденциалността.

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПАЦИЕНТСКИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Запознаване на пациентите с институциите, които защитават техните права.
2. Организиране на кампании за информиране на пациентите за същността и съдържанието на Европейската здравна харта.
3. Подобряване на достъпността до информацията за правата на пациентите в България и популяризиране сред населението на видовете медицински услуги предоставяни от НЗОК с различни средства и на достъпен език.

КЪМ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

1. Да се изготви подлистник включващ текст от Европейска здравна харта към Здравната книжка на пациентите, както и телефон и адрес за справки и оплаквания на РЗОК по района на издаване на книжката.
2. Да се организира 24 часов национален телефон за справки и оплаквания на пациентите от цялата страна към НЗОК.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има приноси в следните няколко направления:

✓ **Научно-приложни приноси:**

- Разработен и предложен е за внедряване в практиката на модел на алгоритъм за оптимизиране информираността на пациентите за техните основни права при осигуряване на здравно обслужване, целящ подобряване на качеството на здравеопазване в България чрез повишаване на осведомеността на лекарите и пациентите относно техните права и задължения.

✓ **Научно-теоретични приноси:**

- Проучени и анализирани са правата на пациентите в България регламентирани в основните нормативните документи – Конституцията на Република България, Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване.
- Представени и анализирани са правата на пациента при получаване на медицински услуги в първичната извънболнична помощ по отношение на избор на общопрактикуващ лекар, необходимост от предоставяне на първична помощ и правото за получаване на информация.
- Комплексно е проучено, анализирано и оценено мнението на анкетираните лекари, пациенти, граждани и студенти по медицина относно източниците на информация за правата им като пациенти, осведомеността им за здравните услуги, като здравно осигурени лица, които могат да получат в извънболничната и болничната помощ, както и информираността за правата им, като пациенти при хоспитализиране в лечебно заведение за болнична помощ.

- Изследвани и анализирани са разбираемостта, начина и обема на предоставената информация на пациентите при получаване на информирано съгласие.
- Проучено и оценено е мнението на респондентите за значимостта на правата им, като пациенти за тяхната законова защита и наличието на връзка между информираността на пациентите и лекарите за правата и задълженията им и качеството на здравеопазване в България.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ на установените пропуски при проверки по жалби, свързани с неблагоприятен/летален/ изход за периода от 01.01.2015 г. до 01.07.2016 г., публикуван от Изпълнителна агенция “Медицнски одит”
2. Бенишева Т., Сиджиова Д., Информираото съгласие при клиничните проучвания в Европейския Съюз включително и България-етични аспекти. Здравен мениджмънт, том.8, бр.2, 2008, с. 71-79
3. Борисова Б., Златанова Р., Янева Р., Здравният мениджмънт като лидер-роля на комуникационната култура, сп. Здравна политика и мениджмънт, бр.2, стр.15-19
4. Бяла книга за защита правата на човека и достойнството на психично болните (2000 г.)
5. Ван Дайк, П., Г. ван Хууф. Европейската конвенция за правата на човека – теория и практика. Фондация "Български адвокати за правата на човека", С., 2000.
6. Видин, Бл. Международно публично право. Обща част. С., Софи–Р, УИ „Св. Климент Охридски”, 1999.
7. Владимиров, Ив. Международно публично право (5-то прераб. и доп. изд.). С., Ромина, 2005.
8. Владимиров, Ив. Международно публично право (5-то прераб. и доп. изд.). С., Ромина, 2005.
9. Воденичаров Ц., Десетте принципа на медика и мениджъра, С. 2010
10. Воденичаров Ц., Попова С., Социална медицина, С., 2009
11. Воденичаров Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, С. 2003
12. Воденичаров Ц., Медицинска етика , по проект “Права на пациента при болнично лечение“, изд. Сдружение Алма, 1999
13. Воденичаров Ц., Попова С., Медицинска етика, София, 2003

14. Всеобща декларация за правата на човека. Приета и провъзгласена с резолюция 217а (III) на общото събрание на ООН от 10.12.1984
15. Декларация за подкрепа правата на пациентите в Европа (Амстердам, март 1995 г.)
16. Декларация от Хелзинки на Световната медицинска асоциация. Етични правила за медицински изследвания върху хора – Приложение А, Версия 10–31/5/06, 2006 г.
17. Деливерска, М. Генетична дискриминация – същност, регламентация и защита. Сиби, 2013, ISBN: 9789547308527, 328 стр.
18. Деливерска, М. Н. Градинарова, Етични и правни аспекти при използване на биометрични данни при предоставяне на медицински услуги; сп. Здравна политика и мениджмънт, бр. 1, 2017, с. 43-45
19. Деливерска, М. Юридически аспекти и правна регламентация в парентералното и ентералното хранене. – Клинично хранене, С., 2012, 3, № 2, 22–23.
20. Димитрова С., Информираното съгласие в медицинската практика, Алфамаркет 2003
21. Димитрова С., Информираното съгласие в медицинската практика-етични процедури, дисертация 2002
22. Димитрова С., Комсийска Д., Стоянов В., Пациентите за болнично информирано съгласие, статия в с. Здравни грижи, година IV, бр.4 2006, ISSN1312-25-92, стр.18-23
23. Димитрова С., Маркова С., Болнични декларации за информираното съгласие, статия в с. Социална медицина: Тримесчник/Сдружение Научно дружество по соц. Медицина, информатика и здравен мениджмънт, бр.3 от 2002, стр.40-41
24. Директива 2001/20/ЕО относно сближаване на законовите, подзаконовите и административните разпоредби на държавите членки относно прилагането на добрата клинична практика при

провеждането на клинични изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба – ОВ L 121/43 от 1 май 2001 г.

25. Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване установява правила за улесняване на достъпа до безопасно и висококачествено трансгранично здравно обслужване и насърчава сътрудничеството между държавите членки в областта на здравното обслужване, при пълно зачитане на националната компетентност по отношение на организацията и предоставянето на здравно обслужване – ОВ, 98 88/45 от 4 април 2011 г.
26. Директива 95/46 ЕО за защита на физическите лица при обработването на лични данни и за свободното движение на тези данни се забранява обработването на лични данни, разкриващи расов или религиозен произход, политически идеи, религиозни или философски убеждения, членство в професионални съюзи, като и обработването на данни, свързани със здравословното състояние и с половия живот – ОВ, L281/31 от 23 ноември 1995
27. Договор за европейската общност (ДЕО).
28. Договор за Европейския съюз (Договор от Маастрихт), Официален вестник, С 191, 29 юли 1992 г.
29. Договор за създаване на Европейска икономическа общност, 25 март 1957 г., непубл.
30. Договор за създаване на Европейска общност за атомна енергия, 25 март 1957 г., непубл.
31. Договор за създаване на Европейска общност за въглища и стомана, 18 април 1951 г., непубл.
32. Договор от Амстердам, Официален вестник, С 340, 10 ноември 1997 г.
33. Договор от Лисабон, Официален вестник, С 306, 17 декември 2007 г.

34. Договор от Ница, Официален вестник, С 80, 10 март 2001 г.
35. Друмева, Ем. Уредба в Конституцията. Равенството като принцип. – В: Европейско и национално антидискриминационно правно регулиране. Уч. помагало. С., АПОИ и ИПН при БАН, 2003, с. 127–134.
36. Европейска социална харта (в сила от 01.07.1999 г.)
37. Женевска декларация, СЛС, 1948
38. Живкова, Хр. Биомедицинска етика. С., ДЪГА-ХЖ, 2002.
39. Закон за вземане и трансплантации на органи – Белгия
40. Закон за евтаназията – Белгия
41. Закон за закрила на данните – Австрия
42. Закон за здравеопазването – Испания
43. Закон за здравето, Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г., изм. и доп. ДВ. бр.27 от 5 Април 2016г.
44. Закон за здравни и социални грижи – Великобритания
45. Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г., изм. ДВ. бр.93 от 11 Август 1998г., изм. ДВ. бр.20 от 15 Март 2016г.
46. Закон за правата на пациента – Дания
47. Закон за правата на човека – Великобритания
48. Златанова Р., Организационни проблеми в дейността на общопрактикуващите лекари, дисертационен труд, 2005, с. 146
49. Илиева, И. Хартата за основните права на човека в Европейския съюз. С., Правна мисъл, кн. 1/2001, с. 72–80.
50. Йорданов Й., Информираното съгласие в медицинската практика днес-основни етични и нормативни аспекти, сп. Сестринско дело, 46, 2014, ноемр 2, стр.33-40
51. Каменова, Цв., Друмева, Е., Илиева, И. Европейско и национално антидискриминационно правно регулиране. Учебно помагало. С., 2004, с. 35.

52. Карми А., Информирано съгласие- Учебно методическо пособие, МУ-Плевен, 2003
53. Кодекс за обществено здраве – Франция
54. Кодекс на професионалната етика на медиците, БЛС, 2000
55. Конвенция за закрила на индивида, с оглед автоматичната обработка на личните данни (28.01.1981 г.)
56. Конвенция за защита на правата на човека и на човешкото достойнство във връзка с прилагане постиженията на биологията и медицината: Конвенция за правата на човека и биомедицината, 19 ноември 1996 г.
57. Конвенция за защита правата на човека и основните свободи (1950).
58. Конвенция за правата на човека и биомедицината (1999 г.)
59. Константинов Е., К. Хюфнер, В. Ройтер. Закрила на правата на човека. Международни механизми. С., ИК „Горекс Прес”, 2001.
60. Конституция на Испания (Constitución Española), Congreso de los Diputados, Constitución Española
61. Конституция на Република Италия (Costituzione della Repubblica Italiana), приета от Учредителното Събрание на 22 декември 1947 година, влязла в сила на 1 януари 1948 година
62. Конституция на Република България, Обн. ДВ. бр.56 от 13 Юли 1991г.,
63. Конституция на Франция, ASSEMBLÉE NATIONALE, Constitution de la République française, Constitution du 4 octobre 1958
64. Конституция на Холандия, приета 1815, променена 1848
65. Костов П., Концепция за информираното съгласие и взаимоотношението лекар-пациент, списание Военна медицина и фармация, 1998, стр.39-41
66. Лозанова, Цв. Забрана на дискриминацията в международното право на правата на човека и конституционното право на България. Етнорепортер, 2001, № 1, с. 14–18

67. Лозанова, Цв. Международен механизъм за защита на правата на човека – правна същност, видове и тенденции на развитие. С., Юридически свят, 1999, № 2, с. 161–187.
68. Лозанова, Цв. Международните договори за защита на правата на човека – еволюция и съвременна оценка на правната им същност. – В: Юридически сборник на Бургаския свободен университет, т. IX, 1998, с. 47–74.
69. Маркова К., А. Воденичарова, Етически измерения на икономическия анализ и оценка на здравни програми, В: Методологични подходи за икономическа оценка на здравни програми, изд. ИК „ГорексПрес”, ISBN 978-954-616-251-9, С., 2015, с. 138-144
70. Международен кодекс на медицинската етика, СМА, 1949г
71. Международен пакт за икономически, социални и културни права (1966)
72. Милкова, Д., Златарев, Е., Мулешкова, Ир., Караниколов, Л. Основи на правото. Книга първа. С., СИЕЛА, 2010
73. Наредба на Националната здравна служба относно медицинските услуги – Великобритания
74. Пакт за граждански и политически права, 16 декември 1966 г.
75. Пакт за икономически, социални и културни права, 16 декември 1966 г
76. Парижка харта за борба с рака (04.02.2000г.)
77. Петрова З., Генов С., Енчев Н., Воденичарова А., Глосариум, Ес принт ООД, 2014
78. Попова С., Личност и здраве, София 1993
79. Права на пациента – Парламентарен център за европейско право 2003г.
80. Препоръка 2000/5 на Съвета на Европа относно развитие на механизми за участие на граждани и пациенти в процеса на вземане на решения относно здравеопазването. (24.02.2000 г)

81. Решение № 1350/2007/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 23 октомври 2007 г. за създаване на втора Програма за действие на Общността в областта на здравето (2008–2013 г.) – ОВ L 301/3 от 20 ноември 2007 г.
82. Тончева С., Обучение на медицинските сестри за получаване на информирано съгласие от пациента, статия в с. Здравна икономика и мениджмънт/ИК Стено-Варна, 2004, стр. 24-29
83. Федерален закон за болниците – Австрия
84. Федерален закон за защита на данните в Германия
85. Федерален закон за попечителство върху лица с увреждания - Австрия
86. Харта за правата и задълженията на потребителите – Италия
87. Харта за правата на болните от рак – Италия
88. Харта за правата на пациентите - Австрия
89. Харта на основните права на ЕС, ОВ С 303/1 от 14 декември 2007. – Българска версия на текста – ОВ С 83/389 от 30 март 2010 г.
90. Щрева-Николова Н., Информираното съгласие-същност, значение и приложение в амбулаторната практика, София; РА Евромедия, 2015
91. Щерева-Николова Н., Информирано съгласие в ръководство по медицинска етика, Изд. Ид. Принт, София, 2014, стр.24-33
92. Abbasi IN. Protest of doctors: a basic human right or an ethical dilemma. BMC Med Ethics. 2014 Mar 10;15:24.
93. Atif M, Javaid S, Farooqui M, Sarwar MR. Rights and Responsibilities of Tuberculosis Patients, and the Global Fund: A Qualitative Study. PLoS One. 2016 Mar 21;11(3):e0151321.
94. Beardsley E., Jefford M., Mileskin L., Longer consent forms for clinical trials compromise patient understanding: so why are they lengthening? J. Clin Oncol 2007; 25(9): e13-e14

95. Benjamin, S., A. Rai. Who's Afraid of the APA? What the Patent System Can Learn from Administrative Law. Duke Law School, Legal Studies. Research Paper Series, 2006.
96. Blake, C. Normative Instruments in International Human Rights Law: Locating the General Comment. Center for human rights and global justice, 2008
97. Borrott N, Kinney S, Newall F, Williams A, Cranswick N, Wong I, Manias E. Medication communication between nurses and doctors for paediatric acute care: An ethnographic study. *J Clin Nurs*. 2016 Oct 5.
98. Brinkman A. Balancing rights with responsibilities. *Nurs N Z*. 2014 Oct;20(9):38-9.
99. Cave E. Protecting Patients from their Bad Decisions: Rebalancing Rights, Relationships, and Risk. *Med Law Rev*. 2017 Jan 12.
100. Chauhan B, Coffin J. The new era of healthcare: incorporating patients' rights and responsibilities in diabetes management. *J Med Pract Manage*. 2014 Jan-Feb;29(4):245-7.
101. Childress JF, Who Should Decide? Paternalism in Health Care, New York, NY: Oxford University Press; 1982
102. Council of the European Union, EU Annual Report on Human Rights, 2008, Brussels, 27 Nov. 2008.
103. Dehghan L, Dalvand H, Haghgoo HA, Hosseini SA, Karimlou M. Occupational therapists and patients' rights: their level of Clinical knowledge. *J Med Ethics Hist Med*. 2013 Jan 22;6:3.
104. Domaradzki J. Patient rights, risk, and responsibilities in the genetic era -a right to know, a right not to know, or a duty to know? *Ann Agric Environ Med*. 2015;22(1):156-62.
105. European Charter of patients' Rights, Rome, November, 2002
106. European Union Agency for Fundamental Rights. Annual Report. Conference Edition, 2010.
107. Faden R., Beauchamp t.A history and theory of informed consent. New York: Oxford University press, 1986

108. Falagas ME, Korbata IP, Giannopouou KP, Kondilis BK, Peppas G. Informed consent: how much and what do patients understand? *Am J Surg* 2009; 198: 420-35
109. Fortin A., *Communication Skills to Improve Patient Satisfaction and Quaiity of Care, Ethnicity & Disease, Volume 12, 2002, 58-61*
110. Gignon M, Ganry O, Jardé O, Manaouil C. Finding a balance between patients' rights, responsibilities and obligations. *Med Law.* 2013 Sep;32(3):319-26.
111. Goldberg I, Paging Dr. Google-How to use th Internrt to reinforce the doctor-patient therapeutic alliance, *Glaucoma Today* March/ April 2015
112. Grady C. *Cultivating Synergy in Nursing, Bioethics, and Policy.* *Hastings Cent Rep.* 2016 Sep;46 Suppl 1:S5-8.
113. Grady Ch, *Enduring and Emerging Challenges of Informd Consent,* *N Eng J Med* 2015, 372; 9,855-862
114. Griffith R. District nurse responsibilities in relation to 'do not attempt resuscitation' decisions. *Br J Community Nurs.* 2014 Jul;19(7):357-9.
115. Irmak N. Professional ethics in extreme circumstances: responsibilities of attending physicians and healthcare providers in hunger strikes. *Theor Med Bioeth.* 2015 Aug;36(4):249-63.
116. Jong-Ni Lin, Kuei-Min Chen, *Cultura Issues and Challenges of Informed Consent in Older Adults, 2007, 65-71*
117. Kangasniemi M, Hirjaba M, Kohonen K, Vellone E, Moilanen T, Pietilä AM. The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: A qualitative interview study. *J Clin Nurs.* 2016 Nov 10.
118. Kangasniemi M, Utriainen K, Pietilä AM. Gerontological nurses' perceptions of their rights in Finland. *Scand J Caring Sci.* 2014 Jun;28(2):347-54.
119. Kostera T. Subnational responsibilities for healthcare and Austria's rejection of the EU's patients' rights directive. *Health Policy.* 2013 Jul;111(2):149-56.

120. Krogstad DJ, Diop S, dialo A, et al. Informed consent in international research: the rationale for different approaches. *Am J Trop Med hyg* 2010; 83:743-7.
121. Kumar H, Gokhale, Jain K, Mathur DR. Legal awareness and responsibilities of nursing staff in administration of patient care in a trust hospital. *J Clin Diagn Res.* 2013 Dec;7(12):2814-7.
122. Laur A. Patients' responsibilities for their health. *Med Leg J.* 2013;81(Pt 3):119-23.
123. Ley P. *communicating with Patients.* London: Chapman and Hall, 1988
124. Maihofer M. The ADA's statement on dental patient rights and responsibilities. *J Mich Dent Assoc.* 2012 Jun;94(6):20-1.
125. McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, Brent RL, Levene MI, Chervenak FA. Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth. *Semin Perinatol.* 2016 Jun;40(4):222-6.
126. Means JM, Kodner IJ, Brown D, Ray S. Sharing clinical photographs: Patient rights, professional ethics, and institutional responsibilities. *Bull Am Coll Surg.* 2015 Oct;100(10):17-22.
127. Paasch-Orlow MK, Taylor HA, Brancati FL. Readability standards for informed consent forms as compared with actual readability. *N Eng J Med* 2003; 348:721-6.
128. Peeters M. Free movement of patients: Directive 2011/24 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. *Eur J Health Law.* 2012 Mar;19(1):29-60.
129. Ramadani N, Zhjeqi V, Berisha M, Hoxha R, Gashi S, Begolli I, Salihu D, Muçaj S. PATIENTS' SATISFACTION WITH HEALTH SERVICES AT THE NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH OF KOSOVA. *Mater Sociomed.* 2016 Jun;28(3):168-72.
130. Resnik DB, Ness E. Participants' responsibilities in clinical research. *J Med Ethics.* 2012 Dec;38(12):746-50. doi: 10.1136/medethics-2011-100319.

131. Shortliffe, E., J. Cimino. *Biomedical Informatics: Computer Applications in Health Care and Biomedicine*, 3rd ed. Health Informatics Series. Springer, New York, 2006.
132. Smalley JB, Merritt MW, Al-Khatib SM, McCall D, Staman KL, Stepnowsky C. Ethical responsibilities toward indirect and collateral participants in pragmatic clinical trials. *Clin Trials*. 2015 Oct;12(5):476-84.
133. Stefanov R., Liochkova M., *Informed Consent in Medical Ethics*, Medical University, Plovdiv, 1999: 43-51
134. Steiner, H., Ph. Alston. *International Human Rights in Context: Law, Politics, Morals*. Oxford, Oxford Univ. Press, 2000.
135. Taghavi A, Hashemi-Bahremani M, Hosseini L, Bazmi S. End of Life Issues in Cancer Cases: Ethical Aspects. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17 Spec No.:239-43.
136. Toufayan, M. *Human Rights Treaty Interpretation: A Postmodern Account of Its Claim to Specialty*. Center for Human Rights and Global Justice, 2005.
137. Tucker AM. Conflicts of Interest in Sports Medicine. *Clin Sports Med*. 2016 Apr;35(2):217-26.
138. Vaartio-Rajalin H, Huuonen T, Iire L, Jekunen A, Leino-Kilpi H, Minn H, Paloniemi J. Patient Education Process in Oncologic Context: What, Why, and by Whom? *Nurs Res*. 2015 Sep-Oct;64(5):381-90.
139. Vierling JM. Legal Responsibilities of Physicians When They Diagnose Hepatic Encephalopathy. *Clin Liver Dis*. 2015 Aug;19(3):577-89.
140. Vranes AJ, Mikanovic VB, Vukovic D, Djikanovic B, Babic M. Education on human rights and healthcare: evidence from Serbia. *Health Promot Int*. 2015 Mar;30(1):101-5.
141. WHO (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Geneva. World Health Organization
142. Zuchowski JL, Hamilton AB, Pyne JM, Clark JA, Naik AD, Smith DL, Kanwal F. Qualitative analysis of patient-centered decision

attributes associated with initiating hepatitis C treatment. BMC Gastroenterol. 2015 Oct 1;15:124.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

АНКЕТНА КАРТА ЗА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В БЪЛГАРИЯ

Уважаема госпожо /господине/,

Изготвената от нас анкета има за цел да установи мнението на изследваните групи относно информираността им за правата на пациентите в България и информираното съгласие.

Моля отговорете на въпросите като оградите избора от Вас отговор. Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви за отзивчивостта!

1. Вашият пол?

- 1) Мъж
- 2) Жена

2. Възраст

3. Какво е семейното Ви положение?

- 1) неженен / неомъжена
- 2) женен / омъжена
- 3) разделен/а, но не разведен/а
- 4) разведен/а
- 5) вдовец / вдовица

4. С какво образование сте?

- 1) Без образование
- 2) Основно
- 3) Средно
- 4) Специалист
- 5) Висше
- 6) Научна степен (доктор, доктор на науките)

5. Какъв е Вашият социален статус?

- 1) Учащ
- 2) Работещ
- 3) Безработен
- 4) Пенсионер

6. Местоживеене:

- 1) село
- 2) град
- 3) столица

7. Запознат/а ли сте с правата си като пациент?

- 1) Да – напълно
- 2) Да – частично
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя

8. От къде получавате информация за правата си като пациент?

- 1) от средствата за масова информация
- 2) от личния ми лекар
- 3) от приятел
- 4) от неправителствени организации за защита правата на пациента
- 5) от брошури
- 6) друго, моля уточнете.....

9. Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави Вашият личен лекар?

- 1) Да – напълно
- 2) Да – частично
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя

10. По какъв начин бяхте насочен към медицинския специалист, който предстои да Ви предостави медицинската услуга?

- 1) Бях насочена от личния ми лекар
- 2) Беше ми препоръчан от мой познат
- 3) Случайно разбрах за него
- 4) Друго, моля посочете

11. Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави специалиста от извънболничната помощ?

- 1) Да – напълно
- 2) Да – частично
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя

12. Пребивавал/а ли сте в лечебно заведение в качеството си на пациент ?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не си спомням

13. Считате ли, че документите, които се подписват при прием в лечебно заведение са важни за Вас?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

14. Считате ли, че при прием в лечебно заведение, Ви обясняват за Вашите права и задължения?

- 1) Да – в пълнота
- 2) Да – частично
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя

15. Информирани ли сте, че преди процедури, манипулации и диагностички лекарят трябва да поиска от Вас съгласие за извършването им?

- 1) да
- 2) не
- 3) друго, моля уточнете.....

16. Информирани ли сте, че имате право да се откажете от предоставянето на медицинска услуга?

- 1) да – напълно
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

17. Информирани ли сте за последиците при отказ да Ви бъде предоставена медицинска услуга?

- 1) да – напълно
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

18. Разяснени ли Ви бяха права във връзка с медицинската услуга, която предстои да Ви бъде предоставена?

- 1) да – напълно
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

19. Разбрахте ли информацията, която Ви беше предоставена?

- 1) да – напълно
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

20. Отговорено ли Ви беше в пълнота на въпросите, които имахте във връзка с медицинската услуга която предстои да Ви бъде предоставена?

- 1) да – в пълнота
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

21. Бяхте ли информиран за Вашия общ здравен статус?

- 1) да – в пълнота
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

22. Бяхте ли информиран/а за конкретното здравословно състояние заради, което потърсихте медицинска помощ?

- 1) да – в пълнота
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

23. Предупредени ли бяхте за рисковете при провеждане на медицинската услуга, която предстои да Ви бъде извършена?

- 1) да – в пълнота
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

24. Беше ли Ви отделено достатъчно време за разговор и разяснение на поставените от Вас въпроси?

- 1) да
- 2) не
- 3) друго, моля уточнете.....

25. В условия на конфиденциалност ли Ви бе предоставена информацията?

- 1) да
- 2) не
- 3) друго, моля уточнете.....

26. От кого Ви беше предоставена информацията?

- 1) от лекуващия лекар
- 2) от друг член на медицинския екип
- 3) от служител на лечебното заведение, който не се представи
- 4) от друг пациент
- 5) друго, моля уточнете.....

27. Запознати ли сте с видовете медицинските услуги, които се поемат от Здравноосигурителната каса?

- 1) да – в пълнота
- 2) да – частично
- 3) не
- 4) друго, моля уточнете.....

28. Беше ли поискано от Вас да заплатите предоставената медицинска услуга?

- 1) да
- 2) не
- 3) друго, моля уточнете.....

29. Информирани ли сте към кого следва да насочите своята претенция в случай на неудовлетвореност от предоставената медицинска услуга?

- 1) да
- 2) не
- 3) друго, моля уточнете.....

30. Подавали ли сте жалба, относно проблем при ползването на здравни услуги?

- 1) да
- 2) не
- 3) друго, моля уточнете.....

31. До коя инстанция подадохте жалбата си за нарушените Ви пациентски права?

- 1) Министерство на здравеопазването
- 2) НЗОК
- 3) РЗОК
- 4) РЗИ
- 5) Изпълнителна агенция „Медицински одит“
- 6) Друга институция /моля посочете/.....

32. Считате ли, че правата на пациентите са достатъчно защитени законово?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

33. Смятате ли, че в системата на Българското здравеопазване, правата на пациентите се спазват ?

- 1) Да – в пълнота
- 2) Да – частично
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя

34. Смятате ли, че в останали Европейски държави, пациентите имат повече права и се спазват по-добре ?

- 1) да
- 2) същите са
- 3) не
- 4) не мога да преценя

35. Знаете ли, какво е Европейска здравна харта и нейното съдържание?

- 1) Да
- 2) Не съм сигурен/а
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя/нямам мнение

36. Считате ли, че трябва да се подобри достъпността до информацията за правата на пациентите в България ?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

37. Как оценявате качеството на здравеопазване в България?

- 1) Лошо
- 2) Добро
- 3) Отлично
- 4) Не мога да преценя/нямам мнение

38. Считате ли, че ако пациентите и лекарите са по информирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България?

- 1) Да – в пълнота
- 2) Да - частично
- 3) Не - нищо няма да се промени
- 4) Не мога да преценя/нямам мнение

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Демографски характеристики на анкетираните лица – общо и по групи

				Лекари		Студенти		Граждани		Пациенти		p						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	общо	лекари-студенти	лекари-граждани	лекари-пациенти	студенти-граждани	студенти-пациенти	граждани-пациенти
Вашият пол?	Жена	306	39,8	66	36,7	75	41,7	78	43,3	87	38,2	0,533	0,331	0,197	0,757	0,739	0,472	0,290
	Мъж	462	60,2	114	63,3	105	58,3	102	56,7	141	61,8							
Възраст	средна аритметична, стандартно отклонение	44,50	17,21	48,72	12,48	22,55	3,23	47,52	11,45	56,12	15,09	<0,0001	<0,0001	0,343	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Какво е семейното Ви положение?	Неженен/неомъжена	255	33,3	24	13,3	165	91,7	42	23,3	24	10,7	<0,0001	<0,0001	0,031	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
	Женен/омъжена	393	51,4	132	73,3	15	8,3	108	60,0	138	61,3							
	Разделен/а, но не разведен/а	30	3,9	12	6,7	0	0,0	15	8,3	3	1,3							
	Разведен/а	39	5,1	6	3,3	0	0,0	12	6,7	21	9,3							
	Вдовец/вдовица	48	6,3	6	3,3	0	0,0	3	1,7	39	17,3							
С какво образование сте?	Основно	72	9,4	0	0,0	0	0,0	18	10,0	54	24,0	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
	Средно	330	43,1	0	0,0	171	95,0	69	38,3	90	40,0							
	Висше-специалист/професионален бакалавър	78	10,2	3	1,7	0	0,0	42	23,3	33	14,7							
	Висше-бакалавър	69	9,0	3	1,7	3	1,7	39	21,7	24	10,7							
	Висше-магистър	201	26,3	162	90,0	6	3,3	9	5,0	24	10,7							
	Научна степен (доктор, доктор на науките)	15	2,0	12	6,7	0	0,0	3	1,7	0	0,0							
С какво образование сте?	Основно или по-ниско	72	9,4	0	0,0	0	0,0	18	10,0	54	24,0	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
	Средно	330	43,1	0	0,0	171	95,0	69	38,3	90	40,0							
	Висше	363	47,5	180	100,0	9	5,0	93	51,7	81	36,0							
Какъв е Вашият социален статус?	Учащ	192	25,0	9	5,0	180	100,0	0	0,0	3	1,3	<0,0001	<0,0001	0,002	0,029	<0,0001	<0,0001	0,122
	Работещ	456	59,4	180	100,0	27	15,0	138	76,7	111	48,7							
	Безработен	21	2,7	0	0,0	3	1,7	6	3,3	12	5,3							
	Пенсионер	159	20,7	15	8,3	0	0,0	36	20,0	108	47,4							
Местоживеене	Село	159	20,7	18	10,0	21	11,7	45	25,0	75	32,9	<0,0001	0,188	<0,0001	<0,0001	0,002	<0,0001	0,106
	Град	597	77,7	162	90,0	156	86,7	129	71,7	150	65,8							
	Столица	12	1,6	0	0,0	3	1,7	6	3,3	3	1,3							
Местоживеене	Село	159	20,7	18	10,0	21	11,7	45	25,0	75	32,9	<0,0001	0,611	<0,0001	<0,0001	0,001	<0,0001	0,082
	Град	609	79,3	162	90,0	159	88,3	135	75,0	153	67,1							

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Информираност на анкетираните лица – общо и по групи

		Лекари		Студенти		Граждани		Пациенти		p								
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	общо	лекари-студенти	лекари-граждани	лекари-пациенти	студенти-граждани	студенти-пациенти	граждани-пациенти
Запознат/а ли сте с правата си като пациент?	Да, напълно	258	33,7	84	46,7	30	16,7	69	39,0	75	32,9	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,274
	Да, частично	372	48,6	87	48,3	123	68,3	72	40,7	90	39,5							
	Не	93	12,2	9	5,0	21	11,7	21	11,9	42	18,4							
	Не мога да преценя	42	5,5	0	0,0	6	3,3	15	8,5	21	9,2							
От къде получавате информация за правата си като пациент?	Средствата за масова информация	327	42,6	69	38,3	84	46,7	72	40,0	102	44,7	0,323	0,110	0,746	0,193	0,202	0,698	0,377
	Личния ми лекар	387	50,4	81	45,0	75	41,7	102	56,7	129	56,6	0,003	0,523	0,027	0,020	0,004	0,003	0,986
	Приятел	117	15,2	18	10,0	42	23,3	30	16,7	27	11,8	0,002	0,001	0,063	0,555	0,114	0,002	0,163
	НПО за защита правата на пациента	18	2,3	3	1,7	9	5,0	0	0,0	6	2,6	0,016	0,139	0,082	0,510	0,002	0,207	0,028
	Брошури	45	5,9	12	6,7	24	13,3	9	5,0	0	0,0	<0,0001	0,035	0,500	<0,0001	0,006	<0,0001	0,001
	Друго	45	5,9	30	16,7	9	5,0	0	0,0	6	2,6	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,002	0,207	0,028
Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави Вашият личен лекар?	Да, напълно	252	33,1	87	48,3	30	16,7	63	35,6	72	32,0	<0,0001	<0,0001	0,001	0,001	<0,0001	<0,0001	0,024
	Да, частично	402	52,8	87	48,3	111	61,7	90	50,8	114	50,7							
	Не	78	10,2	6	3,3	21	11,7	15	8,5	36	16,0							
	Не мога да преценя	30	3,9	0	0,0	18	10,0	9	5,1	3	1,3							
По какъв начин бяхте насочен към медицинския специалист, който предстои да Ви предостави медицинската услуга?	Бях насочена от личния ми лекар	456	59,4	78	43,3	87	48,3	108	60,0	183	80,3	<0,0001	0,341	0,002	<0,0001	0,026	<0,0001	<0,0001
	Беше ми препоръчан от мой познат	234	30,5	75	41,7	78	43,3	45	25,0	36	15,8	<0,0001	0,749	0,001	0,001	<0,0001	<0,0001	0,021
	Случайно разбрах за него	42	5,5	3	1,7	9	5,0	18	10,0	12	5,3	0,006	0,078	0,001	0,555	0,072	0,905	0,069
	Друго	30	3,9	15	8,3	6	3,3	9	5,0	0	0,0	<0,0001	0,043	0,205	<0,0001	0,429	0,005	0,001
Информиран/а ли сте какви здравни услуги /заплащани от НЗОК/ може да Ви предостави специалистът от извънболничната помощ?	Да, напълно	207	27,6	81	46,6	18	10,2	51	29,3	57	25,3	<0,0001	<0,0001	0,006	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
	Да, частично	315	42,0	60	34,5	108	61,0	69	39,7	78	34,7							
	Не	168	22,4	21	12,1	33	18,6	33	19,0	81	36,0							
	Не мога да преценя	60	8,0	12	6,9	18	10,2	21	12,1	9	4,0							

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Мнения и впечатления на анкетираните лица като пациенти на лечебно заведение – общо и по групи

		Лекари		Студенти		Граждани		Пациенти		p								
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	общо	лекари-студенти	лекари-граждани	лекари-пациенти	студенти-граждани	студенти-пациенти	граждани-пациенти
Пребивавал/а ли сте в лечебно заведение в качеството си на пациент?	Да	528	70,1	126	72,4	105	58,3	114	65,5	183	81,3	<0,0001	0,008	0,164	0,035	0,113	<0,0001	<0,0001
	Не	222	29,5	48	27,6	72	40,0	60	34,5	42	18,7							
	Не си спомням	3	,4	0	0,0	3	1,7	0	0,0	0	0,0							
Считате ли, че документите, които се подписват при прием в лечебно заведение са важни за Вас?	Да	393	74,4	93	73,8	78	74,3	87	76,3	135	73,8	<0,0001	0,040	0,576	0,004	0,004	<0,0001	0,090
	Не	51	9,7	15	11,9	21	20,0	9	7,9	6	3,3							
	Не мога да преценя	84	15,9	18	14,3	6	5,7	18	15,8	42	23,0							
Считате ли, че при прием в лечебно заведение, Ви обясняват за Вашите права и задължения?	Да, в пълнота	165	31,3	36	28,6	18	17,1	45	39,5	66	36,1	<0,0001	0,011	<0,0001	0,001	<0,0001	0,001	0,275
	Да, частично	174	33,0	51	40,5	42	40,0	24	21,1	57	31,1							
	Не	153	29,0	39	31,0	39	37,1	33	28,9	42	23,0							
	Не мога да преценя	36	6,8	0	0,0	6	5,7	12	10,5	18	9,8							
Информирани ли сте, че преди процедури, манипулации и диагностики лекарят трябва да поиска от Вас съгласие за извършването им?	Да	447	84,7	108	85,7	87	82,9	90	78,9	162	88,5	0,149	0,551	0,168	0,465	0,463	0,176	0,025
	Не	81	15,3	18	14,3	18	17,1	24	21,1	21	11,5							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
Информирани ли сте, че имате право да се откажете от предоставянето на медицинска услуга?	Да, напълно	336	64,0	81	64,3	60	57,1	69	62,2	126	68,9	0,007	0,077	0,005	0,631	0,273	0,033	0,005
	Да, частично	126	24,0	24	19,0	33	31,4	36	32,4	33	18,0							
	Не	63	12,0	21	16,7	12	11,4	6	5,4	24	13,1							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
Информирани ли сте за последиците при отказ да Ви бъде предоставена медицинска услуга?	Да, напълно	246	47,1	42	34,1	45	42,9	63	56,8	96	52,5	0,001	0,351	<0,0001	0,004	0,033	0,105	0,009
	Да, частично	159	30,5	45	36,6	36	34,3	36	32,4	42	23,0							
	Не	117	22,4	36	29,3	24	22,9	12	10,8	45	24,6							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
Разяснени ли Ви бяха права във връзка с медицинската услуга, която предстои да Ви бъде предоставена?	Да, напълно	240	45,7	63	50,0	39	37,1	57	51,4	81	44,3	0,015	0,048	0,959	0,214	0,052	0,008	0,174
	Да, частично	213	40,6	48	38,1	57	54,3	42	37,8	66	36,1							
	Не	69	13,1	15	11,9	9	8,6	12	10,8	33	18,0							
	Друго	3	,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,6							
Разбрахте ли информацията, която Ви беше предоставена?	Да, напълно	321	61,5	93	73,8	54	51,4	75	67,6	99	55,0	<0,0001	<0,0001	0,291	<0,0001	0,002	0,837	0,003
	Да, частично	177	33,9	33	26,2	42	40,0	36	32,4	66	36,7							
	Не	24	4,6	0	0,0	9	8,6	0	0,0	15	8,3							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
Отговорено ли Ви беше в пълнота на въпросите, които имахте във връзка с медицинската услуга която предстои да Ви бъде предоставена?	Да, в пълнота	243	46,6	78	61,9	27	25,7	54	50,0	84	45,9	<0,0001	<0,0001	0,049	<0,0001	0,001	<0,0001	0,073
	Да, частично	225	43,1	45	35,7	69	65,7	45	41,7	66	36,1							
	Не	54	10,3	3	2,4	9	8,6	9	8,3	33	18,0							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							

				Лекари		Студенти		Граждани		Пациенти		p						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	общо	лекари-студенти	лекари-граждани	лекари-пациенти	студенти-граждани	студенти-пациенти	граждани-пациенти
Бяхте ли информиран за Вашия общ здравен статус?	Да, в пълнота	285	55,6	81	64,3	45	42,9	60	58,8	99	55,0	<0,0001	<0,0001	0,686	0,201	<0,0001	<0,0001	0,716
	Да, частично	177	34,5	33	26,2	60	57,1	30	29,4	54	30,0							
	Не	51	9,9	12	9,5	0	0,0	12	11,8	27	15,0							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
Бяхте ли информиран/а за конкретното здравословно състояние, за което потърсихте медицинска помощ?	Да, в пълнота	294	56,0	81	64,3	54	51,4	48	43,2	111	60,7	0,001	0,016	0,004	0,020	0,170	0,284	0,002
	Да, частично	207	39,4	36	28,6	48	45,7	54	48,6	69	37,7							
	Не	24	4,6	9	7,1	3	2,9	9	8,1	3	1,6							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
Предупредиха ли Ви за рисковете при провеждане на медицинската услуга, която предстои да Ви бъде извършена?	Да, в пълнота	285	54,6	69	54,8	45	42,9	63	58,3	108	59,0	0,001	0,007	0,006	0,586	0,053	0,003	0,026
	Да, частично	168	32,2	33	26,2	48	45,7	39	36,1	48	26,2							
	Не	69	13,2	24	19,0	12	11,4	6	5,6	27	14,8							
	Друго	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
Отделиха ли Ви достатъчно време за разговор и разяснение на поставените от Вас въпроси?	Да	336	64,4	90	71,4	63	60,0	66	61,1	117	63,9	0,004	0,004	0,105	0,002	0,208	0,507	0,075
	Не	177	33,9	30	23,8	42	40,0	39	36,1	66	36,1							
	Друго	9	1,7	6	4,8	0	0,0	3	2,8	0	0,0							
	Друго	9	1,7	6	4,8	0	0,0	3	2,8	0	0,0							
В условия на конфиденциалност ли Ви бе предоставена информацията?	Да	375	74,0	96	78,0	78	74,3	84	77,8	117	68,4	<0,0001	0,027	0,049	0,001	0,550	0,299	0,090
	Не	126	24,9	21	17,1	27	25,7	24	22,2	54	31,6							
	Друго	6	1,2	6	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
	Друго	6	1,2	6	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0							
От кого Ви беше предоставена информацията?	Лекуващия лекар	465	88,1	114	90,5	84	80,0	90	78,9	177	96,7	<0,0001	0,023	0,012	0,021	0,847	<0,0001	<0,0001
	Друг член на медицинския екип	75	14,2	18	14,3	24	22,9	18	15,8	15	8,2							
	Служител на ЛЗ, който не се представи	18	3,4	6	4,8	6	5,7	0	0,0	6	3,3							
	Друг пациент	9	1,7	3	2,4	3	2,9	0	0,0	3	1,6							
Беше ли поискано от Вас да заплатите предоставената медицинска услуга?	Да	147	28,3	27	22,0	33	31,4	48	44,4	39	21,3	<0,0001	0,087	<0,0001	0,872	0,004	0,078	<0,0001
	Не	360	69,4	93	75,6	72	68,6	54	50,0	141	77,0							
	Друго	12	2,3	3	2,4	0	0,0	6	5,6	3	1,6							
	Друго	12	2,3	3	2,4	0	0,0	6	5,6	3	1,6							

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Информираност на анкетираните лица и подадени жалби – общо и по групи

		Лекари		Студенти		Граждани		Пациенти		p									
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	общо	лекари-студенти	лекари-граждани	лекари-пациенти	студенти-граждани	студенти-пациенти	граждани-пациенти	
Запознати ли сте с видовете медицинските услуги, които се поемат от Здравноосигурителната каса?	Да, в пълнота	207	27,5%	66	36,7%	33	18,3%	48	28,6%	60	26,7%	<0,0001	<0,0001	0,002	<0,0001	0,002	0,002	0,916	
	Да, частично	372	49,4%	90	50,0%	111	61,7%	72	42,9%	99	44,0%								
	Не	174	23,1%	24	13,3%	36	20,0%	48	28,6%	66	29,3%								
	Друго	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%								
Информиран/а ли сте към кого следва да насочите своята претенция в случай на неудовлетвореност от предоставената медицинска услуга?	Да	375	51,0%	102	60,7%	66	36,7%	93	56,4%	114	51,4%	<0,0001	<0,0001	0,420	0,065	<0,0001	0,003	0,328	
	Не	360	49,0%	66	39,3%	114	63,3%	72	43,6%	108	48,6%								
	Друго	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%								
Подавали ли сте жалба, относно проблем при ползването на здравни услуги?	Да	33	4,3%	6	3,3%	6	3,3%	12	6,8%	9	4,1%	0,327	1,000	0,137	0,705	0,137	0,705	0,226	
	Не	726	95,7%	174	96,7%	174	96,7%	165	93,2%	213	95,9%								
	Друго	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%								
До коя инстанция подадохте жалбата си за нарушените Ви пациентски права?	МЗ	6	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	3	25,0%	3	33,3%								
	НЗОК	9	27,3%	3	50,0%	3	50,0%	3	25,0%	0	0,0%								
	РЗОК	9	27,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	25,0%	6	66,7%								
	РЗИ	3	9,1%	0	0,0%	3	50,0%	0	0,0%	0	0,0%								
	ИА "Медицински одит"	3	9,1%	3	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%								
	Друго	3	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	3	25,0%	0	0,0%								

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Мнение на анкетираните лица за правата на пациентите

				Лекари		Студенти		Граждани		Пациенти		p						
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	общо	лекари-студенти	лекари-граждани	лекари-пациенти	студенти-граждани	студенти-пациенти	граждани-пациенти
Считате ли, че правата на пациентите в България са достатъчно защитени законово?	Да	123	16,2	33	18,3	39	21,7	24	13,8	27	12,0	<0,0001	<0,0001	0,239	0,191	<0,0001	<0,0001	0,551
	Не	456	60,1	93	51,7	129	71,7	105	60,3	129	57,3							
	Не мога да преценя	180	23,7	54	30,0	12	6,7	45	25,9	69	30,7							
Смятате ли, че в системата на Българското здравеопазване, правата на пациентите се спазват ?	Да, в пълнота	84	11,1	27	15,0	9	5,0	18	10,3	30	13,3	<0,0001	0,002	<0,0001	0,109	<0,0001	<0,0001	0,047
	Да, частично	291	38,3	75	41,7	93	51,7	51	29,3	72	32,0							
	Не	291	38,3	63	35,0	72	40,0	63	36,2	93	41,3							
	Не мога да преценя	93	12,3	15	8,3	6	3,3	42	24,1	30	13,3							
Смятате ли, че в останали Европейски държави, пациентите имат повече права и се спазват по-добре ?	Да	537	70,8	108	60,0	138	76,7	117	66,1	174	78,4	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,022
	Не	63	8,3	30	16,7	27	15,0	3	1,7	3	1,4							
	Не мога да преценя	159	20,9	42	23,3	15	8,3	57	32,2	45	20,3							
Знаете ли, какво е Европейска здравна харта и нейното съдържание?	Да	243	31,9	87	48,3	69	38,3	45	25,4	42	18,7	<0,0001	0,068	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
	Не съм сигурен/а	225	29,5	39	21,7	57	31,7	51	28,8	78	34,7							
	Не	204	26,8	36	20,0	42	23,3	39	22,0	87	38,7							
	Не мога да преценя/нямам мнение	90	11,8	18	10,0	12	6,7	42	23,7	18	8,0							
Считате ли, че трябва да се подобри достъпността до информацията за правата на пациентите в България ?	Да	687	91,2	159	89,8	162	91,5	147	84,5	219	97,3	<0,0001	0,598	<0,0001	0,006	<0,0001	0,016	<0,0001
	Не	30	4,0	12	6,8	12	6,8	3	1,7	3	1,3							
	Не мога да преценя	36	4,8	6	3,4	3	1,7	24	13,8	3	1,3							
Как оценявате качеството на здравеопазване в България?	Лошо	228	30,0	51	28,8	63	35,0	54	30,5	60	26,7	<0,0001	0,170	<0,0001	0,304	<0,0001	0,298	<0,0001
	Добро	408	53,8	111	62,7	93	51,7	72	40,7	132	58,7							
	Отлично	18	2,4	3	1,7	6	3,3	3	1,7	6	2,7							
	Не мога да преценя/нямам мнение	105	13,8	12	6,8	18	10,0	48	27,1	27	12,0							
Считате ли, че ако пациентите и лекарите са по информирани за правата и задълженията си, това ще подобри качеството на здравеопазване в България?	Да, в пълнота	375	49,4	96	53,3	99	55,0	90	51,7	90	40,0	<0,0001	0,003	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,046
	Да, частично	234	30,8	51	28,3	69	38,3	45	25,9	69	30,7							
	Не - нищо няма да се промени	90	11,9	30	16,7	9	5,0	15	8,6	36	16,0							
	Не мога да преценя	60	7,9	3	1,7	3	1,7	24	13,8	30	13,3							