

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
„ПРОФ. Д-Р Ц. ВОДЕНИЧАРОВ ДМН“
КАТЕДРА ПО ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ

Ива Илианова Чавкова

**Научно-практическа обосновка на въвеждане на
институцията „Здравен омбудсман“
в Република България**

**Проект на дисертационен труд за присъждане на образователна и
научна степен „Доктор“**

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

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

Докторска програма: „Социална медицина и организация на здравеопазването и
фармацията“

Научен ръководител:

Доц. д-р Нигяр Джафер дм

София, 2023 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения.....	4
1.УВОД.....	5
2.ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	8
2.1.Проблемите в българската здравна система през погледа на потребителите на здравни услуги в страната.....	8
2.1.1.Причини за неудовлетвореност сред пациентите в България.....	14
2.1.2.Препоръки на потребителите на здравни услуги за промяна на здравната система.....	20
2.2. Къде българските граждани, в качеството си на пациенти, могат да потърсят правата си?.....	21
2.2.1.Жалби и сигнали на гражданите до Изпълнителна агенция Медицински одит.....	23
2.2.2. Неудовлетвореността на потребителите и жалби в съда. Сезиране на компетентни съдилища.....	26
2.2.3.Жалби и сигнали към Комисията за защита от дискриминация.....	30
2.2.4.Медиация и медиатори в здравеопазването.....	33
2.3.Омбудсманът преди появата на институцията „Здравен омбудсман”.....	39
2.3.1.Институцията омбудсман-поява и развитие.....	39
2.3.2.Институцията омбудсман в България.....	44
2.3.3.Жалби от български потребители на здравни услуги, отправени към омбудсмана на Република България.....	49
2.3.4.Институцията „Здравен омбудсман”.....	52
2.3.5.Отговорност при медицински грешки.....	71
2.3.6. Изводи от литературния обзор.....	89
3.ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ.....	91
3.1.Цел.....	91
3.2.Задачи.....	91
3.3.Работни хипотези.....	92
3.4. Материал и методи.....	93
4.РЕЗУЛТАТИ.....	96
4.1.Проучване на проблемите в здравната система и възможностите за търсене на нарушени права в настоящия момент, както и на нагласите за	

необходимостта от въвеждане на институцията „Здравен омбудсман в България”.....	96
4.2.Преглед на опита на страните, в които има институция „Здравен омбудсман”.....	118
4.2.1.Европейски системи за „Здравен омбудсман”.....	121
4.2.2.Извъневропейски системи за „Здравния омбудсман”.....	128
4.2.3.”Здравен омбудсман”-различни подходи за подобряване на качеството на здравните услуги в Европа.....	137
4.2.4.Функции на „Здравния омбудсман” в европейските страни-основни елементи.....	140
4.3.Оценка на чуждия опит за институцията „Здравен омбудсман” чрез SWOT анализ.....	160
4.4.Предложение на варианти за институционализиране/правно легитимиране на институцията „Здравен омбудсман”.....	163
5.ДИСКУСИЯ.....	165
6.ИЗВОДИ.....	170
7.ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	174
8.ПРЕПОРЪКИ.....	176
9.ПРИНОСИ.....	177
10.ПРИЛОЖЕНИЯ.....	179
11.БИБЛИОГРАФИЯ.....	180

Използвани съкращения

АПК	Административно-процесуален кодекс
БЗС	Български зъболекарски съюз
БЛС	Български лекарски съюз
БНР	Българско национално радио
ЕС	Европейски съюз
ЗО	Здравен омбудсман
ЗЗ	Закон за здравето
ЗМ	Закон за медиацията
ЗМ	Здравен медиатор
ЗУХ	Закон за хората с увреждания
ИАМО	Изпълнителна агенция за медицински одит
ИАМН	Изпълнителна агенция медицински надзор
КЗД	Комисия за защита от дискриминация
МП	Медицинска помощ
НЕЛК	Национална експертна лекарска комисия
НС	Народно събрание
ОРБ	Омбудсман на Република България
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
РБ	Република България
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
ТЕЛК	Териториална експертна лекарска комисия
ЮЛНЦ	Юридически лица с нестопанска цел
ANVISA	Национална агенция за здравен надзор
ANS	Национална агенция за допълнително здраве
SUS	Обединена здравна система на Бразилия

1. Увод

Достъпът до качествено здравеопазване, удовлетвореността на потребителите на здравни услуги, поведението при евентуалното нарушаване на техните права в хода на лечебно-диагностичния процес, както и начините, чрез които те биха потърсили и защитили правата си, ако се наложи, са важен елемент от възможностите за усъвършенстване на системите на общественото здравеопазване и функционирането на демократичните правови общества. Във всяка страна, до различна степен, съществуват бариери в здравеопазването. Това прави още по-наложително правото на гражданите да подават жалби, които да се разглеждат като част от основополагащи се права и задължения в здравеопазването. Така се е появила необходимостта от съществуването на ефективна процедура по подаване на жалби, за да се гарантира, че пациентите могат да се защитят при нарушаване на техните права, както и да получат помощ. Думата „омбудсман“ произхожда от Швеция и се използва за идентифициране на някого, който има правата и правомощията да говори от името на някой друг, например в съда. Тъй като „омбудсманът“ е въведен от крал Карл XII преди около 300 години, редица национални институции са разработени първо в Швеция.

По принцип длъжността на омбудсмана съществува в редица страни на ЕС, в това число и в България. Възложени са ѝ функции да контролира спазването на законните права и интереси на гражданите от страна на органите на изпълнителната власт и длъжностните лица на фирми и институции. Обект на внимание на омбудсмана са най-вече хора или групи от хора, които не са силни в обществото или са в уязвима ситуация и трудно биха могли да се защитават сами (напр. деца, пациенти, жертви на насилие).

Омбудсманът на Република България е независим конституционен орган, избран от българския парламент през 2005 г. Той служи за защита правата на всички граждани, включително правата на пациентите, хората с увреждания и децата.

Появата на институцията Здравен омбудсман е сравнително скорошно явление. От една страна тя е уважение към сериозната асиметрия на властта в отношенията пациент-професионалист, но с идея да се уважава правата на потребителите на здравни грижи. Необходимостта от институцията Здравен омбудсман се заражда в Европа през последните две десетилетия на миналия век. Във Финландия е приет законът за статута и правата на пациента през 1992 г. и се въвежда за първи път пациентски

омбудсман. Създадени са стотици пациентски омбудсмани (медицински сестри или социални работници), назначени в цяла Финландия. Оттогава в цяла Европа са се появили системи на пациентски омбудсмани.

Ролята на Здравния омбудсман навлиза с бързи темпове в много държави като Австрия, Финландия, Гърция, Унгария, Норвегия, Обединеното кралство и Израел. Тези страни наблюдават на различни подходи за защита на пациентските права, търсейки ефективен механизъм за подаване на жалби във всяка социална сфера като средство на административните органи да реагират на очакванията и жалбите на гражданите в една държава.

България е една от страните в ЕС, в която няма създадена институция Здравен омбудсман. Животът и здравето на гражданите са висша ценност, прогласена в Конституцията на България. Дълг на държавата е да гарантира по най-добър начин достъпа на гражданите до здравно обслужване. Дългогодишната здравна реформа в страната обаче, наред със своите добри достижения в здравната ни система, е довела до изкривяване на същата. Вместо пациента и неговите права да бъдат поставени на централно място в здравната система, те често пъти са потъпкани от лоши медицински практики, както и пропуски и слабости в Закона за здравето. Българските пациенти като потребители на здравни услуги, често се оплакват от липса на достатъчна информираност, ефикасна и достъпна здравна помощ, както от нерагламентирани плащания на здравни услуги.

Добрият опит и ефективността на институцията Здравен омбудсман в редица европейски страни ни кара сериозно да се замислим дали българското общество, неререформираните здравна и съдебна система, не се нуждаят от Здравен омбудсман.

Къде се намираме ние сред тези европейски страни? Какви законодателни промени са необходими за да могат българските граждани да живеят в страна, в която техните пациентски права ще бъдат защитени? Защо ни е така нужен омбудсман по здравните въпроси? И най-важното- какъв е пътят, който трябва да извървим, като законодателни промени, за да въведем тази институция?

Ето защо е направен цялостен, критичен преглед на опита на страните, въвели институцията Здравен омбудсман. Чрез сравнителен анализ и методите на SWOT са систематизирани законовата регламентация и нормативните основания (наличие или не на специално законодателство); структурата и нивата на действие; независимостта;

функциите; правомощията; сезирането на компетентните органи и специфичните особености на всяка от действащите системи на институцията Здравен омбудсман.

Неудовлетвореността на българските граждани от здравната система, отсъствието на адекватна защита на пациентските права и причините за това, нарастващата необходимост от създаването на институция Здравен омбудсман за разрешаване извънсъдебно на спорове в здравеопазването, както и възможностите за институционализиране/правно легитимиране на институцията Здравен омбудсман, са във фокуса на настоящата работа.

2. Литературен обзор

2.1. Проблемите в българската здравна система през погледа на потребителите на здравни услуги в страната

През последното десетилетие в страната се наблюдава засилено недоверие от страна на гражданите към здравната система на РБ. Налице е общо недоволство сред пациентите и здравеоосигурените лица.

Видно от редица анализи, нараства броят на подаваните сигнали и това е трайна тенденция. Потребителите на здравни услуги в страната имат различни по вид и сложност проблеми, свързани със здравната система. Анализът на подаваните жалби достоверно отразява проблемите в здравната система през погледа на пациентите, като броят на жалбите и сигналите, тяхната допустимост, но и делът на неоснователните такива са различни при различните институции и зависят от тяхната способност за експертиза, компетентност и правомощия.

В анализ на броя на подадените жалби от гражданите, тенденцията за промяна в броя им, както и видовете проблеми, които засягат, се очертават сериозни проблеми, касаещи функционирането на здравната система от гледна точка на пациентите [17]. Включва се преглед на подадените жалби и сигнали, свързани със здравеопазването към Комисията за защита от дискриминация (380 броя), Изпълнителната агенция за медицински одит (3472 броя) и съдебната система (238 дела). Използвана е достъпната информация за дейността на тези институции, както и поискана специална за целта на публикацията информация. Разгледани са годишните отчети за периодите на съществуване на съответните институции от възникването им-КЗД (2005-2017 г.) И ИАМО (2012-2017 г.), както и десетгодишен период при съдилищата (2007-2017 г.). Анализите показват, че броят на постъпилите оплаквания до КЗД, свързани с твърдения за засегнати права на граждани по отношение на функционирането на системата за здравеопазване е 380, като след преценка за редовност и допустимост са образувани производства за защита от дискриминация, по които са постановени 360 решения. Нарастващата тенденция на неудовлетвореност на българските потребители на здравни услуги, както и методите, посредством които тя би намаляла са във фокуса на редица проучвания и публикации.

Проучването „Структура и динамика на проблемите в здравната система за дванадесетгодишен период според жалбите на потребителите

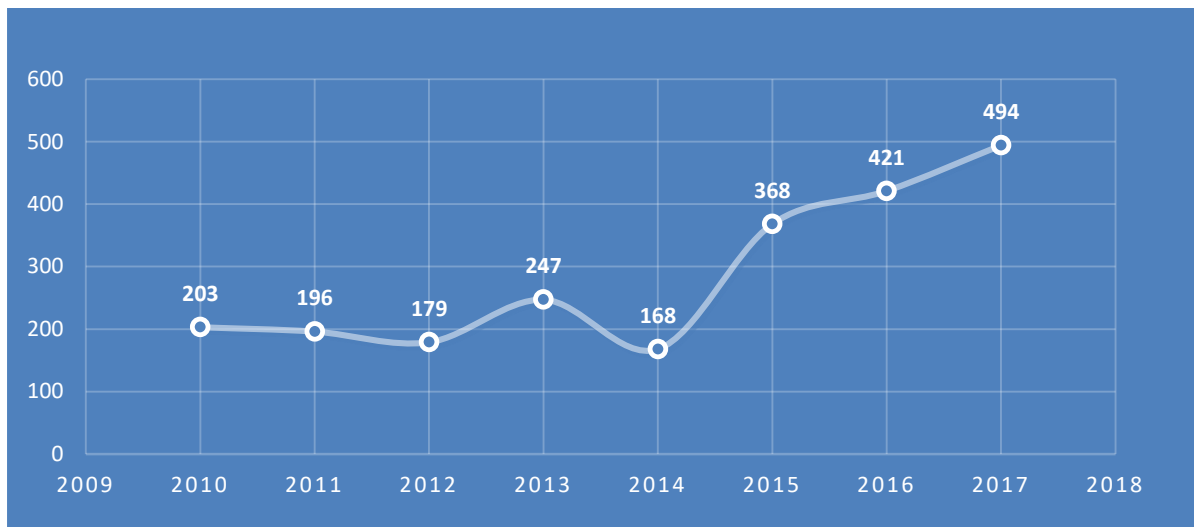
пред институцията на Омбудсмана” от 2019г. ни дава възможност да се запознаем по-задълбочено с проблемите в здравната система, както и възможността на българските потребители на здравни услуги да защитят нарушените си права, уповавайки се на фигурата на Омбудсмана на Република България. Анализът е базиран на дванадесетгодишен етап по отношение на теми като достъп и качество на медицинската помощ и проблемите на трудовата експертиза. Броят на жалбите и сигналите на граждани за проблеми в здравната система, отправени към Омбудсмана са 2772 броя. Тяхната тенденция е към покачване, сочат проучванията. Омбудсманът на РБ е институция с по-широки правомощия, които включват правомощия и ангажименти, свързани със здравеопазването, ако бъде сезиран или се самосезира. Авторът анализира структурата и динамиката на проблемите в здравната система, поставяни от пациентите пред Омбудсмана на Република България за периода от 2005 до 2017 г. [20].

Базирайки се на броя на жалбите на граждани, касаещи проблеми в здравеопазването към омбудсмана за дванадесетгодишен период от време от 2005 до 2017г, изпълнявайки задачата да се категоризират и систематизират жалбите по години и проблемни области, както и да се направят изводи за дефицитите и динамиката на тези процеси в системата според потребителите на здравни услуги в България, се вижда, че броят на жалбите и сигналите на граждани за проблеми в здравната система расте. Структурата на проблемите показва известна устойчивост по отношение теми като достъп и качество на медицинската помощ (МП) и проблемите на трудовата експертиза, но и има и такива, които се появяват през последните години.

Жалбите са систематизирани по проблемни групи и са оформени изводи за дефицитите и необходимостта от промени в сектори и области, които са най-проблемни според потребителите на здравни услуги в България.

В отчетите на Омбудсмана до 2010 г. няма данни за точния брой жалби на граждани по темата „Здравеопазване“. Според статистиката, жалбите, подадени към Омбудсмана на Република България, касаещи проблеми в здравната система за периода 2010-2017г. са 2772 броя. Базирайки се на статистиката се прави извод, че броят на жалбите и сигналите на граждани за проблеми в здравната система, отправени към Омбудсмана имат трайна тенденция на нарастване-през 2015 г. те са 368

при 421 през 2016 и 494 през 2017 г. (ръст съответно със 17 % и 82% спрямо 2015).



Фигура 1: Динамика на броя на жалбите, свързани със здравеопазване, отправени към Омбудсмана

Структурата на проблемите показва известна устойчивост по отношение теми като достъп и качество на медицинската помощ (МП) и проблемите на трудовата експертиза, но и има и такива, които се появяват през последните години:

Юни 2005-март 2006: проблеми на ТЕЛК; здравноосигурителен режим за българите в чужбина; качество на медицинската услуга; достъп до здравни грижи.

2006: ТЕЛК-срокове

2007: Права на пациента; достъп до СИМП; достъп до животоспасяващо и животоподдържащо лечение; качество на медицинската помощ; ТЕЛК; произнасяне по жалби (РЗИ, БЛС, БЗС, РЗОК); участие на гражданите при вземане на решения; ефикасна правна защита.

Препоръки: корекции за скъпоструващо лечение, направления, медицински стандарти.

2008: достъп до МП (направления; принудително плащане, избор на екип; достъп до лекарства); качество на МП (правила за добра медицинска практика и медицински стандарти); медицинска експертиза на работоспособността.

2009: достъп до МП; качество на МП; неефективни процедури и административен контрол в здравната система; лечение в чужбина; права на работещите в здравната система.

2010: 203 жалби, касаещи несвоевременна и неадекватна СМП; съмнение за лекарски грешки; лекарства за деца с онкологични и редки болести; лечение в чужбина (срокове за проиизнасяне); нормативно уреждане на специализациите; трудова експертиза; достъп до МП; качество на МП.

2011: Годишният доклад е разпределен на 10 комисии в НС

196 жалби, 3,5% от общия процент от жалбите към Омбудсмана, но някои касаят много големи групи от хора-трансплантирани, пациенти с болест на Алцхаймер, съдебно-медицинска експертиза; достъп до МП; качество на МП; права на пациента

2012: Годишният доклад е разпределен на 12 комисии в НС

179 жалби, права на пациента; труд. експертиза; качество на МП, СП, СИМП, НЕЛК, грубо отношение

2013: Годишният доклад е разпределен на 4 комисии в НС

247 жалби-ТЕЛК; НЕЛК; СМП; медицински стандарти и качество на МП; ПИМП; СИМП; персонализирано лечение и достъп до иновативно лечение; права на работещите в системата

2014: Годишният доклад е разпределен на 9 комисии в НС

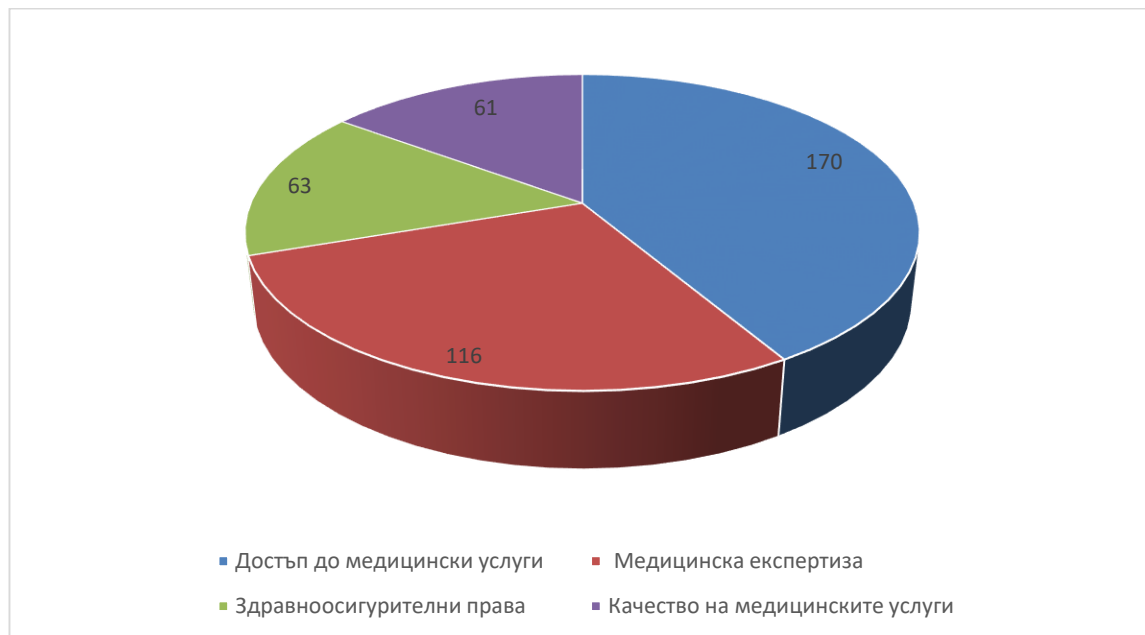
168 жалби, достъп до МП; трудова експертиза; качество на МП; достъп до здравна информация; съмнение за лекарски грешки; персонализирано лечение и достъп до иновативно лечение-Болест на Бехтерев, Болест на Хънтингтън, хидроцефалия, спина бифида

2015: Маркират се сериозни проблеми от 368 жалби и сигнали на граждани, пациентски организации и работещи в системата, които изразяват неодобрение на редица решения като налагането на лимити, разделение на дейностите на основен и допълнителен пакет, изготвяне и прилагане на здравна карта. 272 от жалбите касаят достъпа и качеството на МП, СМП; 96 се отнасят до проблеми като промоция на здравето, профилактика, здравноосигурителни права, проблеми на работещите в системата.

Проблемите, поставени в жалбите свидетелстват за липса на обществена подкрепа за предприетите промени в системата.

2016: 421 жалби и сигнали, касаещи достъп до МП; профилактика; проблеми с ТЕЛК; доплащане; право на здравно осигуряване на социално слаби, безработни, без доходи и самоосигуряващи се; качество на МП, вкл. денталната; хигиена и битови условия в болниците; хранене.

2017: 494 жалби, недоволство от непрекъснатите нормативни промени.



Фигура 2: Структура на проблемите в жалбите, свързани със здравеопазване, отправени към Омбудсмана

Анализирайки палитрата от жалби на гражданите, авторът достига до извода, че се наблюдава неминуема тенденция за нарастване на броя на жалбите и сигналите, отправени от български пациенти към Омбудсмана на Република България и респективно доверието им към тази институция. Анализирайки броя и структурата на подадените жалби, са направени изводи, че се регистрират проблеми, които са с постоянен характер и интензитет през целия период на съществуване на института Омбудсман, което показва системност (ТЕЛК, достъп до здравеопазване, качество на медицинската помощ).

Периодичната, епизодична поява на част от констатираните проблеми сочи спорадичност (временен) характер на част от тях, които могат да се коригират при анализ в рамките на периода. През последните 4 години от разглеждания дванадесетгодишен период се очертава група

проблеми на работещите в здравната система. Те са сигнал за неодобрение на предприетите мерки, но и за проблем с мотивацията на човешките ресурси в здравната система.

Търсенето на помощ от омбудсмана маркира проблем в доверието към институциите, които по презумция трябва да решават тези проблеми. Като сериозен се очертава проблемът с превенцията на здравето и профилактиката на заболяванията. Липсата на достатъчна и достъпна информация за пациента е съществен проблем, както и темата за правата на пациента въобще.

2.1.1.Причини за неудовлетвореност сред пациентите в България

При проучване на причините за неудовлетвореността на пациентите в България може да се стигне до заключения за функционирането и проблемите на здравната система, както и до начините, по които да се търсят решения за корекцията им.

Удовлетвореността се представя от нагласите и мнението на пациентите за получаваната медицинска помощ [1].

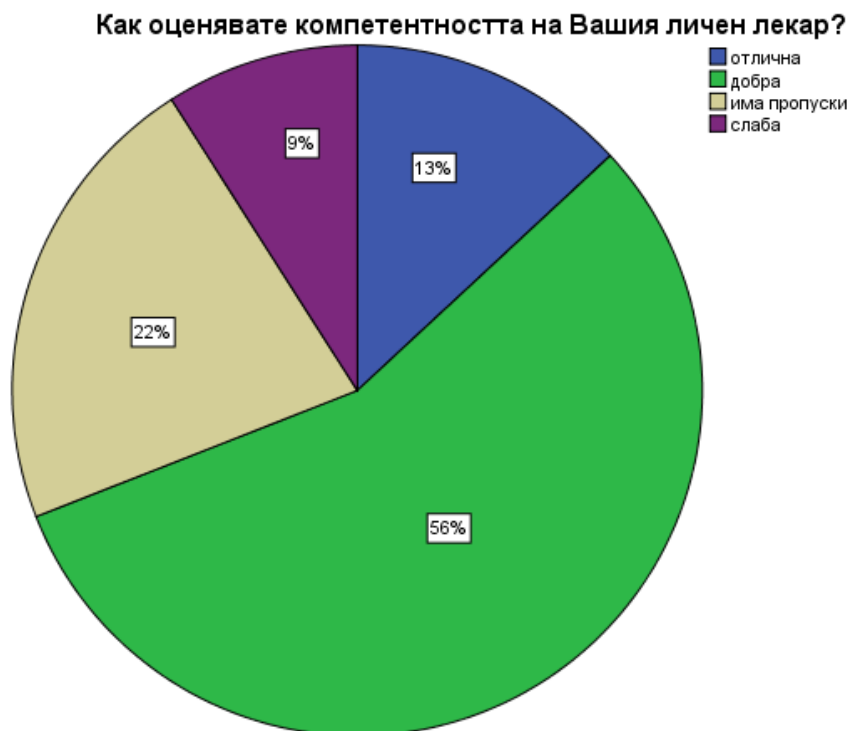
Според М. Шаркова фактори като образованието и възрастта имат отражение върху очакванията, оценката и съответно удовлетвореността по отношение на получаваната медицинска помощ [49].

Проучването на авторите потвърждава наличието на високи нива на неудовлетвореност и недоволство сред българските пациенти дори в много по-изразени параметри от очакваното, при това не само сред жителите на малки населени места и сред уязвими групи като възрастни, безработни, нискообразовани или хора от различен етнос.

За малките населени места, удовлетвореността е статистически независима от възрастта, здравноосигурителния статус и заетостта и слабо зависима от етническата група.

Много по-висока степен на неудовлетвореност се констатира от болничното обслужване, сравнено с тази от личните лекари. Критичността към здравното обслужване зависи от степента на образование. Образованите пациенти изразяват най-ниска степен на удовлетвореност от здравната система (44%), т.е. те са най-критични, а с най-висока степен на удовлетвореност са хората с начално и по-ниско образование-64%. Висшистите и в двете извадки се оказват най-критичната част от обществото по отношение на бързия достъп до медицинска помощ.

Високите степени на неудовлетвореност от състоянието на българската здравна система налага сериозен анализ и на конкретните причини за това, както и ответни действия от страна на институциите и съсловието.



Фигура 3: Оценка на компетентността на личния лекар

Оценка на компетентността на своя личен лекар са дали 97,9% от всички анкетирани. Най-голям процент от тях, 56,0% определят компетентността на личния си лекар като „добра“ (Фиг. 3). Други 21,9% посочват отговор „има пропуски“. Следват оценки „отлична“ с 13,1% и „слаба“ с 9,0%.

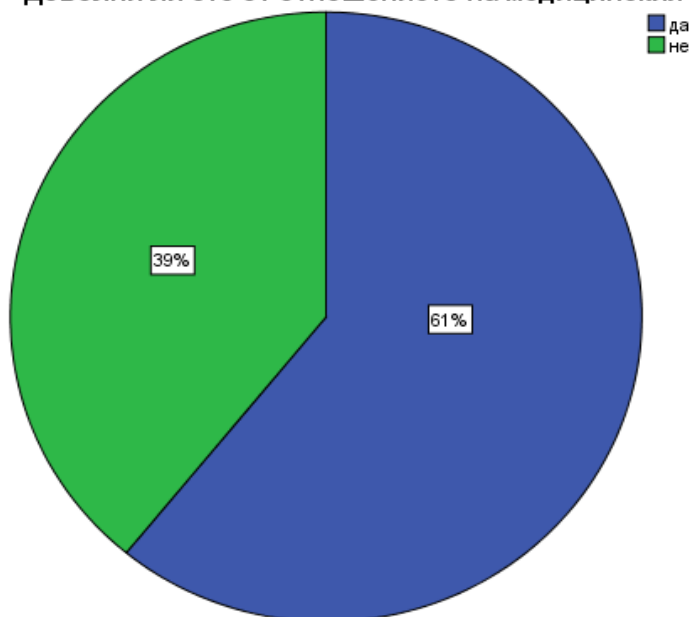
За пациентите „до 30 години“, по-високи стойности от очакваните се наблюдават за оценките „има пропуски“ и „слаба“; тези „от 31 до 40“, в по-голяма степен от очакваното ниво избират „добра“ и „има пропуски“; тези „от 41 до 50“ – „отлична“ и „слаба“; тези „от 51 до 60“ – „добра“ и тези „над 61 години“ – „отлична“.

По отношение на местоживеенето, по-високи стойности от очакваните се наблюдават за: софиянци в категорията „отлична“; „областен град“ – „отлична“ и „слаба“; „общински град“ – „добра“, „има пропуски“ и „слаба“; „село“ – „отлична“ и „добра“.

По отношение на етническата група, в по-голяма степен от очакваното ниво са избирали: за „българска“ – оценка „добра“; за „турска“ – „има пропуски“ и „слаба“; за „друга“ – „има пропуски“. С един и същ процент, по 13%, поставят и трите групи „отлична“ оценка.

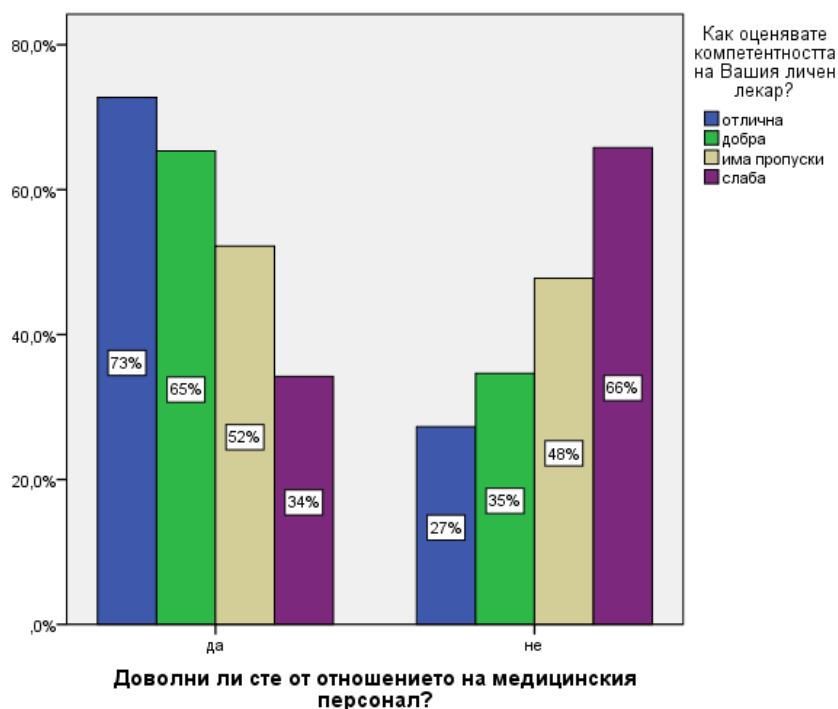
На въпрос за удовлетвореност от отношението на медицинския персонал (Фиг.4) удовлетвореност от отношението на медицинския персонал заявяват 60,9%; отговор „не“ избират 39,1%.

Доволни ли сте от отношението на медицинския персонал?



Фигура 4: Разпределение на отговорите за удовлетвореност от отношението на медицинския персонал

Между отговорите на двата въпроса е установена статистически значима връзка. Избралите оценка „отлична“ или „добра“ за компетентността на личния лекар са удовлетворени от отношението на медицинския персонал в по-висока степен от средното ниво. (Фиг.5) Тези, предпочели отговори „има пропуски“ или „слаба“ на въпроса за компетентността на личния лекар, избират в по-голяма степен от очакваното отговор „не“ на въпроса за удовлетвореност от отношението на медицинския персонал.



Фигура 5: Съвместно разпределение на отговорите на двата въпроса

Следователно оценката за компетентността на личния лекар на анкетирания би могла да е повлияна от отношението на медицинския персонал, което може непосредствено да бъде преценено дори и от хора без съответно образование. Все пак често, ефективността на лечението зависи пряко от доверието в медицинския екип.

Жителите на София и общинските градове избират в по-голяма степен от очакваното ниво отговор „да“, докато тези на областни градове и селата-отговор „не“. Най-критични към отношението на медицинския персонал са жителите на областните градове (55% от тях са заявили неудовлетвореност), следвани от хората от селата (45% са избрали отговор „не“).

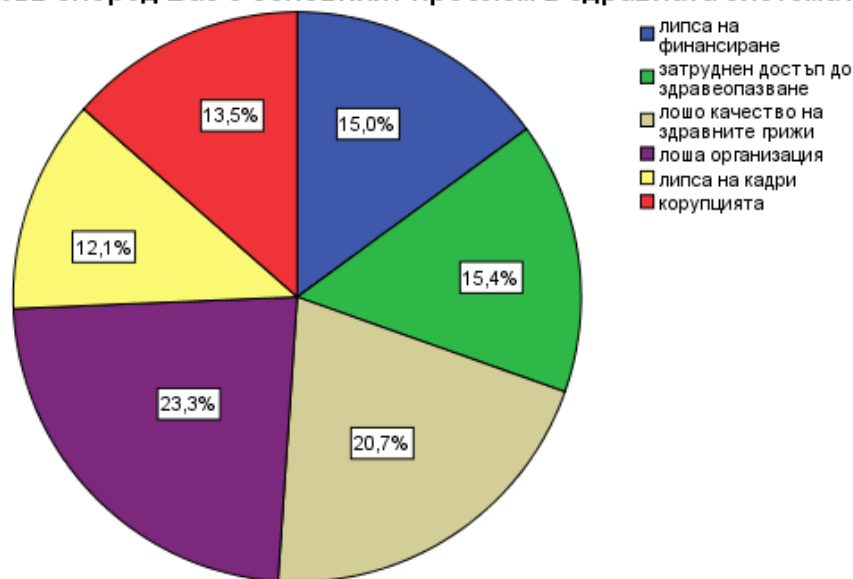
Запитани за проблемите в здравната система, най-много-25,5%, са избрали „липсата на лекари и трудностите при намиране на добър специалист“. На второ място, с 24,4% се нареждат „доплащанията“. Следват „скъпите лекарства“ с 21,1%, „лошото отношение на персонала към пациентите“ с 19,2%, „лошите условия в болниците“ с 8,9% и „друго“ с 0,9%.

Резултатите не са изненадващи, наистина най-голяма важност в една здравна система има наличието на качествени медицински специалисти. Следва по значение цената на лечението, намираща израз в „доплащанията“

и „скъпите лекарства“. Накрая идва и обстановката-„лошото отношение на персонала към пациентите“ и „лошите условия в болниците“.

Въпрос „Какъв според Вас е основният проблем в здравната система?“ дава 6 варианта, обхващащи възможни причини за неудовлетвореност на пациентите. Най-голям процент (23,3%) избират „лоша организация“, следват „лошо качество на здравните грижи“ (20,7%), „затруднен достъп до здравеопазване“ (15,4%), „липса на финансиране“ (15,0%), „корупцията“ (13,5%) и „липса на кадри“ (12,1%).

Какъв според Вас е основният проблем в здравната система?



Фигура 6: Разпределение на отговорите на въпроса за основния проблем в здравеопазването.

Висшистите, в по-голяма степен от очакваното ниво избират отговори „липса на финансиране“, „затруднен достъп до здравеопазване“, „лоша организация“ и „корупцията“; тези със средно образование-„лошо качество на здравните грижи“ и тези с основно и по-ниско образование-„липса на кадри“ и „корупцията“.

След обсъждане на резултатите, авторите правят следните изводи: Най-критични и съответно най-недоволни както от компетентността, така и от отношението на медицинския персонал са младите, живеещите в столицата и областните центрове, хората от етническите малцинства и здравнонеосигурените.

Близо 32% определят квалификацията и компетентностите на своя личен лекар като слаба или с пропуски. Едва 13% дават отлична оценка за работата личния си лекар.

Правят впечатление изключително високите нива на недоволство сред респондентите от отношението на медицинския персонал-то достига 40%.

Разрезът и анализът на отговорите, свързани с оценка на компетентността на личния лекар и доверието към медицинските лица въобще, показват статистически зависимости. Следователно оценката за компетентността на личния лекар на анкетиранияте би могла да е повлияна от отношението на медицинския персонал, което може непосредствено да бъде преценено дори и от хора без съответно образование.

Най-много, 25,5%, отбелязват като основен проблем в здравната система липсата на лекари и трудностите при намиране на добър специалист. На второ място, с 24,4% се нареждат „доплащанията“. Следват „скъпите лекарства“ с 21,1%, „лошото отношение на персонала към пациентите“ с 19,2%, „лошите условия в болниците“ с 8,9% и „друго“ с 0,9%.

Лошата организация“ е проблем с най-голяма важност за всяка от категориите (29% за „от 51 до 60“, 27% за „над 61 години“, 26% за „от 41 до 50“, 24% за „от 31 до 40“), с изключение на най-младите (едва 10% от „до 30 години“).

Лошото качество на здравните грижи за всички възрастови групи е вторият по честота избор за проблем в здравната система.

Като значими за голяма група от респондентите се очертават въпросите за „затруднен достъп до здравеопазване“-14,9%, 14,0%-„липса на финансиране“, 13,1%- „корупцията“ и 9,7% -„липса на кадри“.

2.1.2 Препоръки на потребителите на здравни услуги за промяна на здравната система

Паралелно с рамкирането на проблемите на здравната система, българските потребители на здравни услуги излагат и своите препоръки за промяна на здравната система [20].

Заслужават внимание мнението на гражданите и техните препоръки за промяна на здравната система в страната. Удовлетвореността е един от компонентите за оценка на качеството във всяка област, включително в областта на здравеопазването.

Най-общо удовлетвореността се представя от мнението на пациентите за получаваната медицинска помощ. Проведено през 2019 г. на база анкетирани 955 български граждани изследване, на основа две двустепенни гнездови извадки, едната от жители на общински градове и села, а другата от жители на София и големи областни центрове, показва мнението и препоръките на хората. Възможните отговори са ”подобряване на отношението към пациентите”, ”увеличаване на финансирането”, ”повече здравни каси” и др.

Проучването потвърждава наличието на високи нива на неудовлетвореност и недоволство сред българските пациенти дори в много по-изразени параметри от очакваното, не само сред жителите на малки населени места и сред уязвими групи като възрастни, безработни, нискообразовани или хора от различен етнос. Много висока степен на неудовлетвореност и недоволство се констатира при жителите и на двата типа населени места-малки (села и общински центрове) и големи (столица и областни градове).

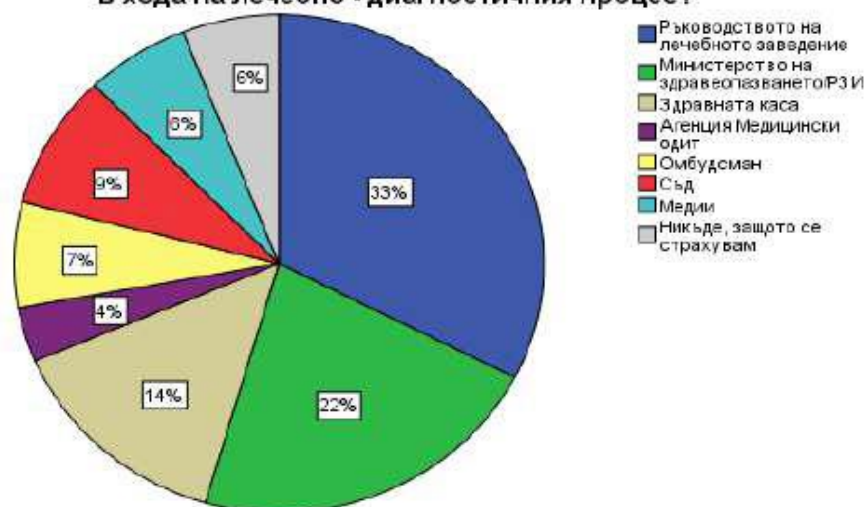
2.2. Къде българските граждани, в качеството си на пациенти, могат да потърсят правата си?

Изучаването на мнението на потребителите на здравни услуги относно евентуалното нарушаване на техните права в хода на лечебно-диагностичния процес, както и начините, чрез които те биха потърсили и защитили правата си, ако се наложи, са важен елемент от възможностите за усъвършенстване на системите на общественото здравеопазване и функционирането на демократичните, правови общества. Открояват се проблеми като затруднен достъп до здравеопазване, квалификация на медицинските лица, защита на правата на пациента, нерегламентирани плащания и др. Сигналите за неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ, подавани към Комисията за защита от дискриминация, Изпълнителна агенция „Медицински одит“ и съда, съставляват 60-70% от всички жалби [19].

Подобна е ситуацията и с жалбите и сигналите към институцията на Омбудсмана за дванадесетгодишен период от 2004 до 2018 година. Този значителен дял от всички сигнали и жалби сочи, че проблемът с оценка на качеството на медицинската помощ изисква целенасочени действия от компетентните органи.

На въпрос „Къде бихте сигнализирали/потърсили правата си, ако сте пострадал в хода на лечебно-диагностичния процес?“ отговор дават 424 от анкетиранияте (Фиг.8) Най-много, 32,5%, са избрали първата възможност- „Ръководството на лечебното заведение“. На второ място, с 21,9% се нарежда втората- „Министерство на здравеопазването/РЗИ“. Следват „Здравната каса“ с 14,2% и „Съд“ с 8,7%. Останалите 22,6% се разпределят между „Омбудсман“ с 6,8%, „Медии“ с 6,4%, „Агенция Медицински одит“ с 3,5% и отговор „Никъде, защото се страхувам“ с 5,9%.

Къде бихте сигнализирали/потърсили правата си ако сте пострадал в хода на лечебно - диагностичния процес?



Фигура 8: Къде бихте сигнализирали/потърсили правата си, ако сте пострадал в хода на лечебно-диагностичния процес?

Базирайки се на отговорите, голяма част от респондентите в проучването са отговорили, че ако са нарушени правата им или смятат, че са жертва на грешка, ще се обърнат за съдействие към ръководството на лечебното заведение. В българския дебат проблемите на здравния сектор, включително високите равнища на корупция, се свързват с липсата на пари. Все повече този проблем се свежда до неадекватното заплащане на лекарите. Ниското заплащане е по-скоро следствие от лошо управление и недовършени реформи, отколкото причина за всички проблеми на сектора.

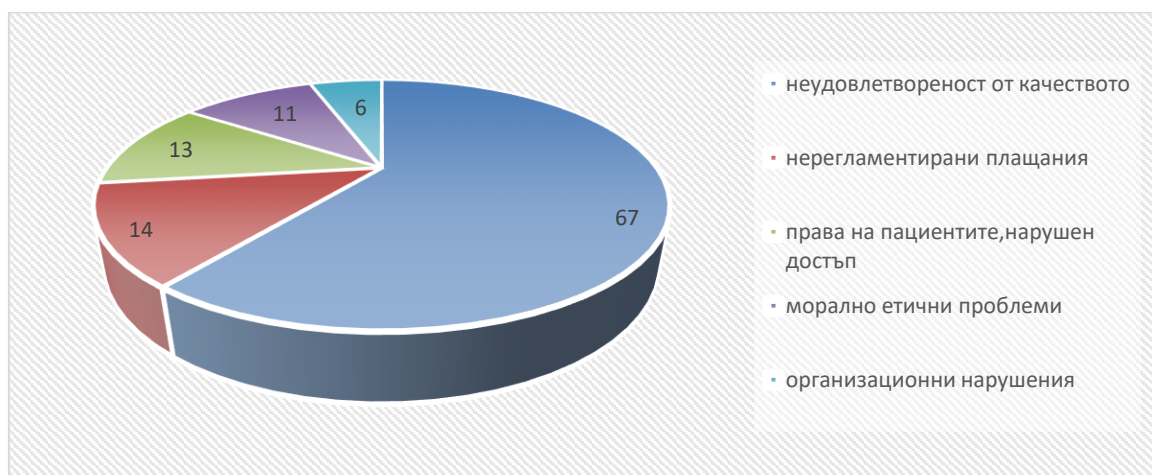
В условията на недовършени и половинчати реформи антикорупционната политика няма съществени шансове. Засилената регулация и контрол в условията на дефицит и централно разпределение на недостигащите ресурси е условие за корупция и злоупотреби на всички равнища на отговорност.

Ключът за намаляване на корупцията в болничния сектор, авторът намира в по-смелите и дълбоки структурни мерки за довършване на реформата. Това не означава, че болниците трябва да се примирят с корупцията и да чакат управляващите да завършат реформите. Близо 64% от потребителите на здравни услуги отговарят, че някога са били нарушавани техните права като пациенти или правата на техни близки.

2.2.1. Жалби и сигнали на гражданите до Изпълнителна агенция медицински одит

ИАМН (Изпълнителна агенция медицински надзор) е правопреемник на ИАМО (Изпълнителна агенция медицински одит) от 2019 година. Една от възможните институции, към които българските граждани могат да се обърнат е Изпълнителна агенция за медицински одит. ИАМО е орган, специално създаден и натоварен с отговорността да извършва контрол в здравната система. Той извършва специализирана контролна дейност и има специално регламентирани правомощия от законодателя в тази област. Според проучвания [18, 19, 20, 43], извършени за периода от 2012 до 2017 г., постъпилите жалби в ИАМО са 3472 жалби. Постъпили са и повторни жалби и писма, в които е изразена неудовлетвореност от констатациите от първичните проверки. Най-много жалби има в периода от 01.01.2015 г. до 30.06.2016 г., когато са постъпили общо 1027 жалби, 19,4 % от които или 199 жалби се отнасят за случай с настъпил неблагоприятен /летален/ изход.

Тринайсет от постъпилите жалби се отнасят за случай с настъпил летален изход при новородени и деца. От постъпилите жалби, при които е настъпил неблагоприятен /летален/ изход са извършени проверки по 155 от тях, 13 са насочени по компетентност към други институции. Не е извършена проверка по 14 жалби поради това, че липсва законово основание за извършване на проверка.

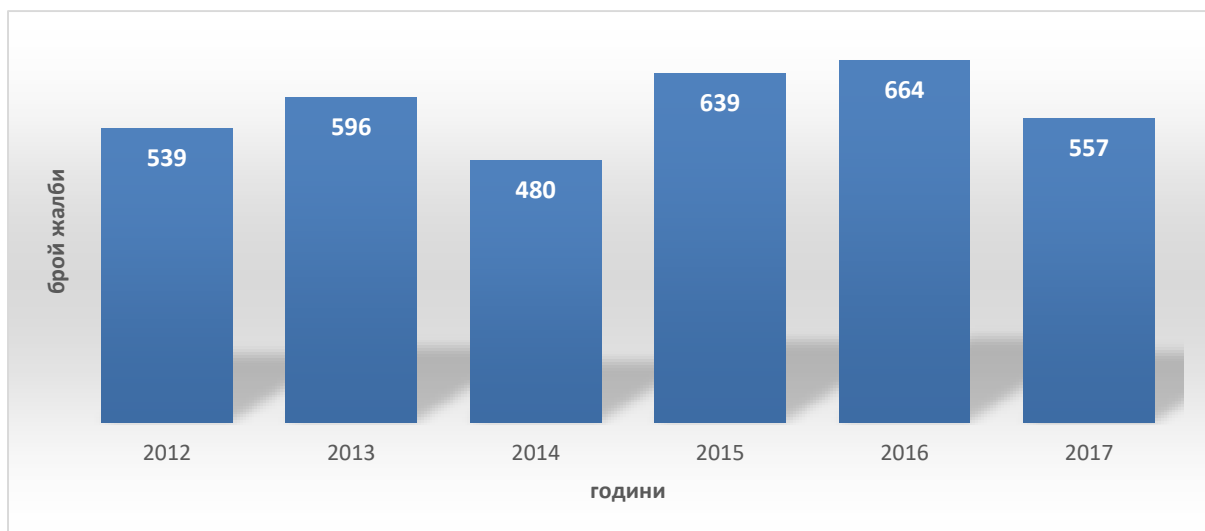


Фигура 9: Видове жалби и сигнали към ИАМО

От направените проучвания ясно се очертават кои са най-често поставяните проблеми:

- Неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ
- Нарушени права на пациентите/затруднен достъп до медицинска помощ
- Организационни нарушения
- Нерегламентирани плащания
- Морално-етични проблеми и др.

Сигналите за неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ през целия анализиран период (2012-2017г.) съставляват 60-70% от всички.



Фигура 10: Жалби и сигнали към ИАМО

По данни на ИАМО за 2015 г. 60% от жалбите срещу лечебни заведения са свързани с неудовлетвореност от качеството на медицинската помощ, а 32% от констатираните нарушения са свързани с допуснати слабости в организацията и управлението на лечебния процес. Сред тези нарушения се включват и липса на или недобра комуникация между различните звена в лечебното заведение.

За периода от началото на 2015 г. до средата на 2016 г. са постъпили 199 жалби, свързани с твърдения за неблагоприятни събития, довели до летален изход на пациенти. Няколко са пропуските, които са установени

при тези проверки, които имат пряко отношение към неефективната комуникация, като ИАМО ги формулира по следния начин:

- нарушения, свързани с качество на диагностично-лечебния процес са пропуските, свързани с наблюдение на пациента в динамика
- нарушения, свързани с организацията на диагностично-лечебния процес: взаимодействие и комуникация

2.2.2. Неудовлетвореност на потребителите и жалби в съда. Сезиране на компетентните съдилища

Адвокат Мария Шаркова работи в областта на медицинското право над 10 години. През 2013 г. е един от осемте адвокати, избрани да вземат участие в програмата „Млади лидери в правосъдието“, проведена в САЩ от International Institute of Education и Фондация „Америка за България“. Член е на Association of Bulgarian Leaders and Entrepreneurs (ABLE). Има множество специализации в областта на медицинското право и правата на децата.

За нея особен интерес представляват теми като пациентска безопасност, човешки права в здравеопазването, алтернативни способи за решаване на спорове в здравеопазването. През 2018 г. издава книгата „Медицинският деликт“. Създава полезни и иновативни методи за подобряване на здравеопазването, създава сайта „лекарска-грешка.bg“, в който обобщава, публикува и прави достъпни множество съдебни решения, от които можем да се поучим.

На третата годишна конференция “Иновации в здравеопазването”, адвокат Шаркова участва с презентация на тема „Управление на конфликти в лечебни заведения. Значение на комуникацията. Болничен омбудсман, медиатор“. Още през 1994 г. проучване сред 227 ищци по дела за медицински грешки, публикувано в Лансет, установява, че те са иницирали съдебните производства, защото са искали да постигнат следното: да предотвратят същото да се случи на други пациенти; да получат обяснение за случилото се, каквото не са получили своевременно и по разбираем начин; да получат компенсация и извинение. Голяма част от пациентите са споделили нуждата от повече честност и съчувствие за болката, която са понесли, както и уверение, че лечебното заведение е научило уроците си. В рамките на един съдебен процес обаче, ищецът може да получи само парична компенсация. Алтернативните методи за разрешаване на конфликти затова са толкова ценни, защото те осигуряват на страните много повече от това, което могат да получат чрез съдебни дела.

Алтернативните способи за разрешаване на спорове са важна част от цялостната стратегия за управление на конфликти в лечебните заведения. Различното отношение към конфликта е особено важно, защото има пряка връзка с качествена медицинска помощ и безопасността на пациента.

По данни на Joint Commission International (JCI), Sentinel events statistic 2014, публикувана през април 2015 г., неефективната комуникация,

дължаваща се най-често на несвоевременно адресирани конфликти, е на трето място сред причините за настъпване на неблагоприятни събития по време на лечение на пациенти.

За периода от 1995-2005 г. JCI установява, че неефективната комуникация е основна причина за настъпване на 66% от неблагоприятните събития в болниците. Ето защо комуникацията има изключително важна роля за осигуряване на пациентската безопасност, като липсата на система за идентифициране и управление на конфликтите се отразява пряко върху качеството на медицинската помощ [125].

Колкото по-усложнен е даден конфликт, толкова по-голям ресурс се изисква за разрешаването му: човешки, финансов, времеви.

Проблемът е ясно разпознат от JCI през 2011 г., когато са публикувани и първите стандарти за управление на конфликти в болниците, акредитирани от JCI. В тези стандарти се коментира ролята на конфликта и влиянието му върху комуникацията в лечебните заведения, като се подчертава необходимостта от въвеждане на методи за управление на конфликтите, така че те да не се отразяват негативно върху качеството и безопасността на пациента [132].

Тъй като в България няма система за регистриране на неблагоприятни събития, настъпили в лечебни заведения, като липсва и каквато и да било статистика за причините за тяхното осъществяване, подобни данни, аналогични на тези от статистиката на JCI, не могат да бъдат представени. Въпреки това анализите на докладите на Изпълнителна агенция “Медицински одит”, които съдържат богата информация за постъпилите жалби и установени нарушения при оказване на медицинска помощ, могат да бъдат полезни при разглеждане на проблема с комуникацията и конфликтите: Нарушения на правата на пациента: нарушения на правото на информация, което е пряко свързано с осъществяването на адекватна комуникация с пациента.

Въпросът за качеството е засегнат и в Националната здравна стратегия 2020, Политика 2.8. “Осигуряване на качество и безопасността на медицинското обслужване”. Сред мерките, които са посочени като необходими, за да се повиши качеството и да се подобри безопасността на пациента е и мярка 2.8.4. Обучение в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване, комуникацията пациент-медицински специалисти и управлението на конфликти.

Влияние на конфликта върху качеството на медицинската помощ:

- Конфликтите водят до лоша комуникация, затруднена работа в екип, влошаване на организацията в дадено звено
- Пречат на ежедневната дейност, водят до пропуски в документацията, неизпълнение на нареждания, неадекватно споделяне на информация за пациентите
- Водят до необходимост от инициране на дисциплинарни производства, налагане на наказания и възникване на трудовоправни спорове
- Намаляват доверието между лекар-пациент, влияят на удовлетвореността на пациента и често са повод за жалби до различни контролни органи или сигнализиране на медии
- Повод са възникване на съдебни спорове
- Ангажират сериозен човешки, времеви и финансов ресурс

Добри практики при управлението на конфликти

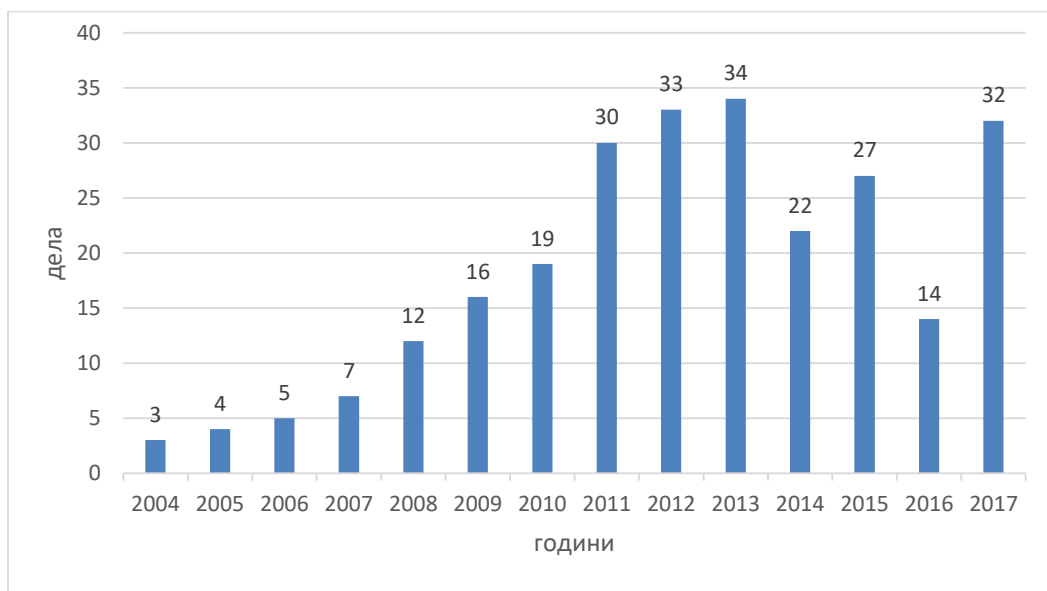
Управлението на конфликти включва както оценка на моментната ситуацията в лечебното заведение, така и предприемане на мерки за превенцията им, изграждането на определени умения за справяне с конфликти сред служителите на лечебното заведение, въвеждането на несъстезателни, алтернативни методи за разрешаване на конфликти [125].

Важно е да се отбележи, че не всеки спор или конфликт се нуждае от специална намеса или процедура за разрешаването, тъй като това би било излишно, а и ще лиши участниците в конфликта от възможност сами да преценят как най-добре да разрешат възникналия спор. В крайна сметка е логично всеки служител или мениджър да притежава определени комуникационни способности и не бива да се разчита на непрекъснато модериране на възникналите проблеми от трети лица. Необходимо е обаче да се провеждат специални обучения, които да предоставят на персонала на лечебното заведение възможност да бъдат компетентни и запознати с различните подходящи методи за разрешаване на конфликти.

Сезиране на компетентни съдилища

Друга възможност за защита е сезирането на съда. В българските съдилища са заведени 238 съдебни дела през периода 2010-2017 г. През 2007-2010 г. са завеждани под 25 дела. За периода 2011-2017 г. броят на завежданите дела е около 40 годишно. За целта са извършени множество съдебно-медицински експертизи. Само 17 от тези дела са решени без съдебно-медицинска експертиза. При над 30 % от делата са назначени повече от една експертиза.

Най-вероятно това е една от причините за бавното разрешаване на съдебните дела (от 1 до 10 г.) 45 от заведените дела са висящи. Противоправните деяния включват не само допуснати грешки в лечебно-диагностичния процес, но и други по вид действия и бездействия. Не всички предявени иски са уважени-една част са квалифицирани като неоснователни. Съдебните решения, касаещи взаимоотношенията в българската здравна система са малко на брой, най-вероятно поради много фактори, включително финансови, забавяне във времето, съмнение в експертизата и обективността и др [18].

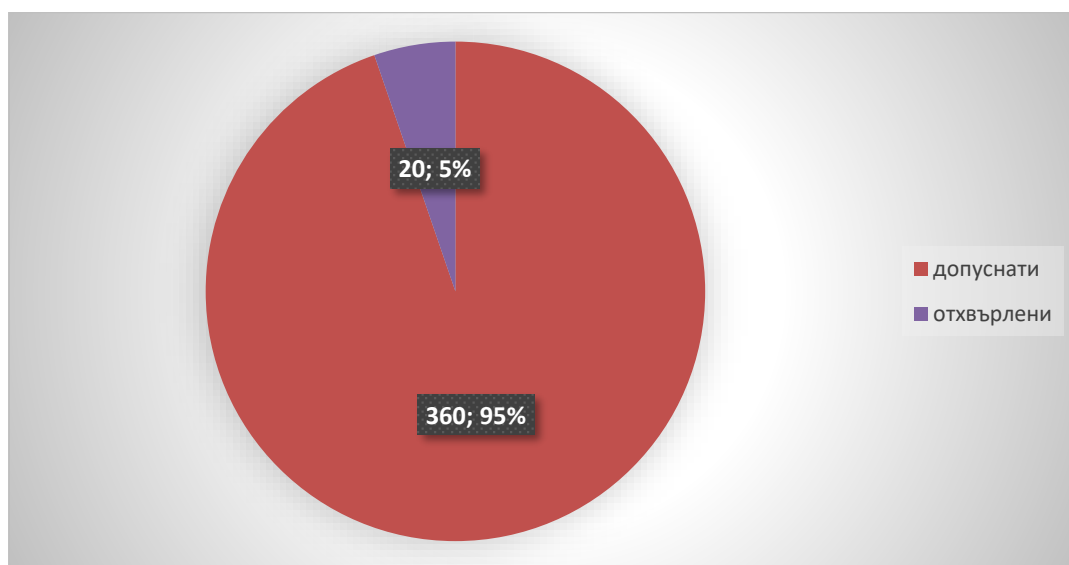


Фигура 11: Брой заведени дела по години

2.2.3. Жалби и сигнали към Комисията за защита от дискриминация

Броят на постъпилите оплаквания до КЗД, свързани с твърдения за засегнати права на граждани по отношение на функционирането на системата за здравеопазване е 380, като след преценка за редовност и допустимост са образувани производства за защита от дискриминация, по които са постановени 360 решения. Данните са от създаването на КЗД досега (2005-2017 г.) [18]. Достига се до извода, че в голямата си част получените жалби се групират в няколко основни групи:

1. Нарушен или отказан достъп до медицинска услуга
2. Засегнати права на пациента, респ. човешки права.



Фигура 12: Съотношение допуснати/отхвърлени жалби към КЗК -
Източник КЗД.

Най-големият брой оплаквания са свързани с:

- ✓ дискриминация в рамките на трудови и служебни правоотношения в системата на здравеопазването
- ✓ експертиза на работоспособността, включително дейността на Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК)
- ✓ липса на финансиране и недостатъчно финансиране на здравни дейности, включително ограничения в бюджета на лечебни заведения, недофинансиране на клинични пътеки и други
- ✓ липса на условия, които да позволят прилагането на съвременни терапевтични методи, включително липса на терапевтична уредба

- ✓ неосигуряване на медицински изделия и диетични храни за лица, страдащи от определени заболявания
- ✓ по-неблагоприятно третиране вследствие на отказ от ваксинации;
- ✓ липса на нормативна уредба, регламентираща възможността за приложение на така нареченото „състрадателно лечение“
- ✓ регламентиране на хранителни режими в детски заведения;
- ✓ неосигуряване на възможност за контакт между родител и новородено от страна на медицински лица
- ✓ тормоз на пациента от страна на медицински лица
- ✓ определяне на възрастови ограничения във връзка с ползването на медицински услуги
- ✓ неравно третиране относно осигуряването на лечение на деца в чужбина
- ✓ здравно обслужване в училищното образование
- ✓ неравно третиране на лица-граждани на трети страни, които са членове на семейството на български граждани във връзка с предоставянето на медицински услуги
- ✓ законова нормативна уредба, регламентираща здравното осигуряване на определени групи физически лица да се извършва със средства от държавния бюджет
- ✓ условия за придобиване на специалност в системата на здравеопазването
- ✓ признаване на професионални квалификации, придобити в чужбина
- ✓ условия за достъп до медицинска помощ в затворнически общежития
- ✓ невключване в реимбурсния списък на определено скъпо лекарство за хората с редки болести и липсата на субсидирането му от държавата
- ✓ осигуряване на лечение само на тези от тях, които са с до 65 на сто инвалидност
- ✓ отказ на институциите да финансират изцяло или отчасти закупуването на апарати за деца с кохлеарна глухота, или инсулинови помпи за деца, болни от диабет
- ✓ оплаквания, касаещи лечението на онкоболните в държавата, в това число животоспасяващите лъчетерапия и химиотерапия и алтернативните методи като имуностимулиращата терапия, индикират за необходимост от цялостното привеждане на медицинските грижи в тази област до съвременен равнище
- ✓ лишаване от достъп до определени методи на асистирана репродукция, като се приема, че формалният възрастов критерий

е неоправдан, а трябва индивидуална преценка на репродуктивното здраве на всяка отделна жена

2.2.4. Медиация и медиатори в здравеопазването

Професор д-р Дарина Зиновиева в своята статия ”Медиация и медиатори в здравеопазването” разглежда се как е регулирана медиацията в широк смисъл като извънсъдебен способ за споразумяване на две спореци страни в системата на здравеопазването. За целта е направен анализ на актуалните общи и специални закони, според които може да се реализира такова споразумение. Представени са и практически въпроси, свързани с проблеми при реализиране на споразумение, с оглед спецификата на споровете в сектора здравеопазване. Анализира се новата правна фигура на „здравен медиатор”, правата и задълженията, които нормативно са регламентирани, ползите и нуждите от оптимизиране на регулацията [23].

Сферата на здравеопазването се характеризира с правоотношения между субекти, свързани с основни човешки права-правото на здраве (чл.52, ал.3) и правото на живот (чл.4, ал.2) от Конституцията на Република България. Това предпоставя наличие на правна регулация на обществените отношения, която да е прецизна и да осигурява реализирането и защитата на тези конституционни права [26].

В системата на здравеопазване нормативните актове са в изключително голям обем и това се обяснява с детайлната правна уредба на различни обществени отношения, които се реализират при опазване здравето на индивида. В същото време системата на правната уредба в този отрасъл на управление е често променяща се, което безспорно усложнява прилагането в практиката, тъй като изисква непрекъсната актуализация на познанията, както и правилна корелативност при тълкуването.

Така например в спорове по административни въпроси се прилага сравнително новата правна фигура на административния договор между НЗОК и лечебните заведения в чл.45 от Закона за здравето осигуряване, във връзка с чл.19 от АПК. Налице са актуални проблеми при прилагане на Закона за лечебните заведения (напр. издаване на разрешения за откриване на лечебни заведения), при прилагане на Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (издаване актове на административни органи, свързани с регулиране на цените на лекарствата), спорове по Закона за здравето (напр. принудителните мерки, свързани с пандемията от Ковид-19), както и прилагането на редица други норми на административно-правния. При спорове относно качеството на оказаната медицинска помощ, изискване, уредено в чл.6 от Закона за здравето, се прилагат Наредбите за медицинските стандарти, регулиращи алгоритъма на необходимите действия, които следва да се спазят при лечение на

заболяване и/или конкретна медицинска интервенция. Отделно съсловните организации приемат Правила за добра медицинска практика. При гражданските и наказателноправните спорове обикновено се назначава медицинска експертиза, за да се произнесе например дали медицинският стандарт и правилата за добра медицинска практика са спазени. Това са част от предпоставките за наличието на усложнения в производствата, свързани със спорове за некачествена или ненавременна медицинска помощ между пациент и медицински специалист.

Допълнително взаимовръзката между няколко правни субекта, които оказват медицинска помощ в целия процес, усложнява доказването в съдебното производство. Също така усложнение в съдопроизводството е безспорното установяване на точния елемент от всички правоотношения, представляващ именно причинно-следствената връзка при евентуален неблагоприятен резултат от лечение или неосказана медицинска помощ, за които едно лице претендира, че са в резултат например на небрежност от отсрещната страна.

Достъпът до медицинска помощ е обусловен от социални, административни и организационни предпоставки, което също добавяме към усложненията при реализиране на медицинската помощ. По тези причини съдебните спорове са юридически сложни и придружени с негативно емоционално натоварване на всяка страна в процеса.

Всичко дотук показва нуждата от способности, които са алтернативни на съдебните производства в сферата на здравеопазването. Така заместването на съдебното решение със споразумение между страните е по-добър вариант с оглед скъсяване периода на съдебната процедура. Новата правна фигура на „здравен медиатор“ и приложимостта ѝ в практиката също представлява интерес като нова законодателна регулация.

Медиация по Закона за медиацията

В Закона за медиацията чл.2, ал.3 изрично се предвижда, че „медиация не се провежда, ако закон или друг нормативен акт предвижда друг ред за сключване на споразумение“.

При съдебни спорове, свързани с неосказана медицинска помощ, с некачествена медицинска помощ, или спорове между административен орган (Здравната каса) и лечебно заведение, съдебните дела са с гражданскоправен, с наказателноправен, с административнонаказателен или административноправен характер.

Особеност при медиацията по смисъла на Закона за медиацията е, че медиаторът е независимо трето лице по отношение на двете спорещи страни. В практиката често се смесват с адвокатската инициатива на едната страна (бъдещ ищец) към другата- лечебно заведение (бъдещ ответник), когато се предложи на лечебното заведение да се сключи договор за изплащане на обезщетение за претърпяна вреда. В този случай е възможно адвокат на едната страна (напр. на пациент) да предложи на другата страна (лечебното заведение) своите аргументи и да се сключи споразумение за обезщетяване на вреди, претърпени от пациента. Нещо повече, възможно е да се направи становище от лица със съответната компетентност (тип експертиза), което становище да е изследвало евентуалната причинно-следствена връзка между данните от реализираната медицинска помощ и претърпяната вреда от пациента. Ако лечебното заведение приеме становището за релевантно и е съгласно с изводите в него, то би могло да се сключи извънсъдебно споразумение с цел обезщетяване на пациента.

Изобщо по въпроса за взаимовръзката между участието на адвокати в медиацията, както и за участието на адвокати в съдопроизводството и евентуалното смесване на части от правата и задълженията им, мнението на изследователи в сферата е, че трябва да се уредят изрично в закон редица практически въпроси. Също така се твърди, че следва да се отрази дискусиата относно относимостта на медиацията с достъпа до ефективно правосъдие.

Здравни медиатори по смисъла на Закона за здравето

В Закона за здравето през 2019 г. се регламентира правната фигура на т. нар. „здравен медиатор” (ЗМ). Целта на дейността на ЗМ е свързана с планиране, разработване и провеждане на политика, която е насочена към опазване здравето на гражданите чрез осигуряване на здравословна жизнена среда, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика.

Преследвайки тази законова цел, Закона за здравето регламентира и насочеността на дейностите, които извършва ЗМ-здравната профилактика сред населението и като част от дейността на лекарите, както и предоставянето на медицинска помощ да се подпомага от здравни медиатори. Специално разпоредбата на чл.29, ал.2 изрично натоварва общините с тази цел. Видно и от Наредбата, именно на общините се възлага организацията и финансирането на дейността на ЗМ.

Единствено наредбата, която определя условията за придобиване на статут ЗМ и реда за дейността, се издава от централен орган, а именно министъра на здравеопазването. Компетентността на министъра е обяснима с оглед централния контрол и с оглед отговорността на министъра за тези дейности, регламентирани в чл.3 от Закона за здравето.

Чл.29 от ЗЗ допълва и възможност на юридически лица с нестопанска цел да участват в дейността на ЗМ, като изискването към тези ЮЛНЦ е да имат опит, определен и в наредбата-над 10 години.

Начинът на подпомагане дейността на ЗМ от тези ЮЛНЦ се детайлизира в наредбата. Здравните медиатори по смисъла на чл.29 от ЗЗ действително извършват посредничество между пациент и лекар, като „подпомагат достъпа до медицинска помощ на лица от уязвими групи”. След това се детайлизират дейностите в конкретни хипотези, като информиране и разясняване на правата и задълженията на пациента; информиране за здравните дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса; придружаване до общопрактикуващ лекар и/или друг/и медицински специалист/и; при необходимост оказване на съдействие при изготвяне на необходими документи-за възстановяване на здравноосигурителни права; при настаняване и/или изписване от лечебно заведение; за извършване експертиза на временната неработоспособност, експертиза на вида и степента на увреждане и експертиза на трайно намалената работоспособност; за заплащане от дирекция „Социално подпомагане“ на оказана болнична медицинска помощ за диагностика и лечение; за получаване на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия по Закона за хората с увреждания (ЗУХ) и др.; оказване на съдействие за закупуване на лекарствени продукти и медицински изделия; подпомагане дейността по превенция на насилието над медицински специалисти; информиране и разясняване на ползата от ваксинопрофлактиката и др.

Особено съществено значение има дейността на ЗМ при т. нар. в закона „съдействие на РЗИ при провеждане на планови имунизации и имунизационни кампании“. В тези законови хипотези ЗМ осъществява посредничество между административен орган и пациент. Това са случаите в т.2 от Наредбата, когато РЗИ се свързва със здравния медиатор със списък на лица, а ЗМ трябва да издири и насочи към общопрактикуващия лекар. Също така при това съдействие изрично е регламентирана хипотеза в Наредбата за задължение на ЗМ-да провери правилното отразяване на поставената ваксина в имунизационния календар на пациента, което е описано с конкретни реквизити в специално приложение към наредбата.

В обобщение: ЗМ е в списъка на професиите, т.е. призната професия в класификатора с изисквания за обучение и придобиване на съответни познания. Все още е нова професия, тъй като до момента са налице обучени и действащи ЗМ, но по проекти и програми, като целта им е да се отчете нуждата от тяхната дейност, както и практическата реализация на възможните казуси и хипотези.

Съществени моменти са финансирането и редът, по който се осъществява дейността на ЗМ. Общината сключва договор със ЗМ при предварително определен бюджет за заплащане на дейностите на ЗМ. Така за 2021г. в страната действащи са 290 ЗМ в конкретни общини. В сравнение с 2020 г. те са се увеличили с 30 души (през 2020 г. са работили 260 ЗМ). Следователно нуждата е безспорна, дейността им е полезна и търсена, а във времето ще се проследи развитието на професията ЗМ в този регламентиран вид.

Също в обобщението авторът прави извода, че ЗМ са специфичен вид посредници, които не решават възникнал правен спор между лица по смисъла на Закона за медиацията, а осъществяват практическа връзка и съдействие за реализиране на здравна и социална услуга към пациента, за която услуга пациентът или няма нужната информация, или няма финансови средства, или физическа възможност, а се нуждае от такава. В този смисъл Законът за здравето с разпоредбата на чл. 29 гарантира пациентът да получи такава помощ в нужните обем и качество. Затова може да се твърди, че ЗМ е посредник между следните субекти-пациент и лечебно заведение, пациент и административен орган, а в определени моменти е посредник между две физически лица или физическо лице и административен орган, с цел да се постигне като краен резултат достъпна и качествена медицинска помощ.

Видно от казуистиката, която е описана като усложнени казуси от сдружението по здравна медиация, ЗМ се намесва преди да възникне правен спор за неправомерен отказ от медицинска помощ или за липса на достъп до медицинска услуга, гарантирани от чл.6 в ЗЗ и чл.52, ал.3 от КРБ.

Обикновено ЗМ посредничи между пациент и лечебно заведение. Случаите, в които ЗМ съдейства за извършване на друга услуга, различна от достъп до медицинска помощ или до социална услуга при хора с увреждания, са свързани с „условна преюдициалност” на съдействие за получаване на административна услуга, от която ще зависи последващият достъп до медицинска помощ. Например ЗМ съдейства на дете без акт за

раждане и ЕГН в България да получи същите по законосъобразните процедури, след което да бъде вписано в листа на пациенти на общопрактикуващ лекар. Друг казус, отчетен от сдружението, е съдействие на ЗМ двама души (брат и сестра, които са глухонеми и нямат лични документи) да се освидетелстват в ТЕЛК за неработоспособност и за получаването на съответни помощи. В друг коментиран казус ЗМ посреднички между МБАЛ и лице с мозъчен инфаркт, което е с прекъснати здравноосигурителни права. Следователно в случая ЗМ трябва да посреднички между пациента и здравната каса с цел установяване здравноосигурителния статус на лицето и едва след това да съдейства за хоспитализирането му.

В заключение авторите единодушно излагат тезата, че медиацията в здравеопазването трябва да се регламентира в специален закон или в част от специален закон, който е свързан с основен предмет в сферата на здравеопазването-напр. Закон за медиацията в здравеопазването, в част от Закон за защита правата на пациента и др.

В световната доктрина се набляга на прякото обезщетение на пациента от застрахователен фонд при неблагоприятен медицински резултат, тъй като тази правна система е изключително бърза, обезщетява пациента веднага и не се доказва вина, а директно при установяването на фактите лицето получава финансово обезщетение.

В България, докато се въведе евентуално тази „обезщетителна правна система”, считат, че медиация в здравеопазването все пак е подходяща. Видно от публикуваните отчети на контролните органи в системата на здравеопазването (Изпълнителната агенция за медицински одит преди преобразуването ѝ в Изпълнителна агенция за медицински надзор) няма данни за извънсъдебно решени спорове както чрез медиация, така и чрез процесуални споразумения в административни или съдебни производства.

С оглед развитието на извънсъдебните алтернативни способности следва да се поощрява публичната им отчетност от всяка институция в здравеопазването, която има компетентност да се произнася по жалби, свързани с правни проблеми при предоставяне на медицинската помощ.

2.3 Омбудсманът преди появата на институцията Здравен омбудсман

2.3.1.Институцията Омбудсман-поява и развитие

Още през 19-ти век Дж.Мил пише, че правото на личността е валидна претенция на човека „към обществото да го закриля в притежаването на това право било чрез силата на закона или чрез силата на образованието и мнението“ и за това притежаване човекът трябва да бъде защитаван от обществото“.

Това предпоставя изискването за отговорност на обществените институции спрямо човешките права, утвърдило се като категорична претенция през втората половина на 20-ти век след появата на Всеобщата декларация за правата на човека [4].

И през новия 21-ви век, въпреки записаното в международните документи и националните конституции, все още има причини, поради които се налагат допълнителни мерки и решения за защита на човешките права. Това са причини, свързани с глобализацията и с „утвърждаване на правозащитната функция на държавата и на специализираните органи за защита на правата и сигурността на гражданите“. Системата за защита на правата на пациентите започва да се оформя едва през втората половина на 20-ти век. Преди това отношенията между медицински специалисти и пациенти са се определяли основно от правилата на медицинската етика. Първите документи, допринесли за създаването на системата, могат да се считат за „Препоръки относно правилата за предоставяне на медицинска помощ“, приети от Международната организация на труда през 1944 г., и Нюрнбергския кодекс, публикуван под формата на Информационен протокол на Международния военен трибунал „Процесът на лекарите“ през 1946 г. Нормативната предпоставка за създаването на система за защита на правата на пациентите е приемането на Всеобщата декларация за правата на човека (1948 г.), която закрепва правото на човека на здраве и подходящи медицински грижи, и Европейската социална харта (1961 г.), който провъзгласява правото на всеки човек, включително и на тези без достатъчно материални средства, на медицинска помощ. Тези нормативни актове са поставили основата за международното признаване на зачитането на човешкото достойнство и появата на редица други международни документи, които уточняват и развиват правата на пациентите.

На международно ниво защитата на правата на гражданите се регулира от нормите на конвенции, директиви, резолюции, препоръки и принципи. И така, на 27-ата Световна медицинска асамблея (Ню Йорк, 1963 г.) са формулирани 12 принципа за предоставяне на медицинска помощ във всяка национална здравна система, по-късно допълнени на 35-ата Световна медицинска асамблея (Венеция, 1983 г.). Принципите декларират необходимостта от предоставяне на най-модерно ниво на медицинска помощ с пълна свобода на избор както за лекаря, така и за пациента.

През 70-те години на миналия век се появяват международни документи, посветени на защитата на правата на определени категории пациенти или определени права (Препоръки № 779 относно правата на болни и умиращи лица, Парламентарната асамблея на Съвета на Европа (ПАСЕ), 1976 г.; Харта на болничните пациенти, приета от Болничния комитет на Европейския съюз, 1979 г.). Препоръката на ПАСЕ обръща внимание на факта, че правото на медицинска помощ е тясно свързано с правото на лично достойнство и правото на сигурност, спазването на които поражда определени проблеми в областта на здравеопазването. През този период Световната здравна организация (СЗО) също приема редица разпоредби, които оказват влияние върху развитието на законодателството относно правата на пациентите (Резолюция на Асамблеята на СЗО „За здравето за всички“, 1977 г.; Декларация от Алма-Ата, 1978 г.) Активен принос за регулирането на правата на пациентите има Световната медицинска асоциация, създадена през 1947 г. с цел гарантиране на независимостта на лекарите и високите стандарти на тяхната етична дейност. На него са приети първите обобщаващи документи за правата на пациентите: Лисабонската декларация за правата на пациентите, разработена през 1981 г. и допълнена през 1995 г., и Декларацията за достъп до здравни грижи, приета от 40-та сесия във Виена (1988 г.). Лисабонската декларация за правата на пациентите предвижда правото на свободен избор на самоопределяне; физическа и психическа защита и неприкосновеност; зачитане на личния живот; уважение към моралните, културни и религиозни ценности; способността за защита на собственото здраве до степента, която позволяват съществуващите мерки за профилактика и лечение на заболявания, и способността да се постигне най-високо ниво на здраве за себе си. Хартата на СЗО от Любляна от своя страна призовават за прилагане на реформи в здравеопазването, да се стремят да отговарят на нуждите на гражданите, да се вземат предвид техните очаквания по отношение на нивото на здравеопазване и медицински грижи. И двата документа са приети от почти всички европейски страни.

Съгласно Виенската декларация наличието на медицинска помощ зависи от следните условия: на всеки пациент се предоставят необходимите грижи; има свобода на избор на лекар, система за предоставяне на медицинска помощ и нейното заплащане; населението е образовано и достатъчно информирано в медицинско отношение; всички страни са адекватно ангажирани в организацията и управлението на здравната система.

Най-значимият етап от формирането на концепцията за защита и гарантиране на правата на пациентите трябва да се счита за разпоредбите от 90-те години на XX век, когато по инициатива на СЗО се появяват два основни документа: в Амстердам през 1994 г. и Хартата на СЗО от Любляна за здравната реформа в Европа-1996 г.

Декларацията от Амстердам формулира стратегическите принципи на здравната политика, които предвиждат равен достъп до здравеопазване за всички жители на всяка страна или географски регион; премахване на финансови, географски, културни, социални, психологически и други бариери. Декларацията за първи път откроява социалните и индивидуалните права на пациента, които по-късно са наречени „позитивни“ и „негативни“, т.е. права върху нещо и права, произтичащи от нещо. Социалните права в областта на защитата на здравето (правото на здравеопазване, медицинска помощ) са свързани със задълженията за предоставяне на медицинска помощ на населението, възложени на правителството. Под индивидуални права на пациента се има предвид правото на неприкосновеност на личността, ненамеса в личния живот, поверителност и религиозни убеждения.

Някои национални негативни явления като корупция, тромавите административни и съдебни процедури, както и намесата на политическите сили в системата на съдебната власт доведе до ограничаване на правозащитните функции на държавата и обезверяването на гражданите, че могат да получат ефективна защита на правата си по съдебен ред. Всичко това подтиква към търсенето на алтернативна институция, „компенсираща“ слабостта на държавата по отношение защитата на конституционните права на нейните граждани и за защита на гражданите от грешки и злоупотреби на държавните институции. Така се появява институцията омбудсман.

Терминът означава „пратеник, посредник, лице, към което се отправят оплаквания и молби“. Но когато той не се използва, преводът на думата на различните езици насочва към същността и смисъла на

функционирането на тази институция-защитник на или комисар по правата, обществен посредник, народен адвокат и пр.

В по-тесния смисъл на думата омбудсманът е официален представител на правителството, чиито задължения са да подпомага по-ефикасното функциониране на системата чрез работа по жалбите на гражданите.

„Прародител“ на съвременния парламентарен омбудсман е „върховният омбудсман на негово величество-краля“, въведен за първи път през 1713 г. при управлението на Карл XII (Швеция). Целта на краля била тази институция, която нямала самостоятелна политическа власт, „да осигури спазването на законите и на другите нормативни актове“ в условията на разбита и хаотично действаща администрация след войната с Русия.

Но за първи омбудсман в света се смята назначено през 1809 г. от Парламента на Швеция лице, което да представлява волята и интересите на съсловията в страната. Идеята била представените във всеки парламент съсловия да назначат като свой представител „мъж“, отличил се с познания за законите, доказал се с неподкупност, който да упражнява надзор за спазване на законите от съдиите и държавните служители, които са се отклонили от отговорностите на своята служба. Същата година е назначен и военен омбудсман, чиито правомощия през 1968 г. преминават към парламентарния омбудсман-двете институции се сливат, като служителите стават трима, а през 1976 г.-четирима.

Сред по-ранните модели са Канцлер на правосъдието (1713 г.), парламентарен омбудсман (1809 г.), Детският омбудсман (1993 г.), Омбудсманът срещу етническа дискриминация (1986 г.), омбудсманът за равните възможности (1980 г.) и омбудсманът за хората с увреждания (1994 г.). Най-новото попълнение към изключителния „клуб“ на омбудсманът е омбудсманът на дискриминация срещу сексуалната ориентация (1999 г.). От тези корени произлизат различните административни системи по целия свят, наречени „омбудсмани“.

Омбудсманът изпълнява функциите си, като приема и разглежда жалби и сигнали за нарушения на права и свободи на гражданите и прави проверки по тях. В по-тесен смисъл на думата омбудсман е официален представител на правителството, чиито задължения са да подпомага по-ефикасното функциониране на системата чрез работа по жалбите на гражданите. Институцията омбудсман черпи силата си от „представителния характер на парламента и от активното, готово на „самозащита“

гражданско общество в условията на недостатъчно ефективно и законосъобразно действаща държавна администрация“. Като посредник между гражданите и администрацията, между гражданите и държавата „тази институция вече се е утвърдила като съществена гаранция в защита на човешките права и свободи , преди всичко-на конституционните права и свободи“.

2.3.2.Институцията омбудсман в България

Нормативно институцията парламентарен омбудсман в България е създадена със специален Закон за омбудсмана от 2003 г., в сила от 1 януари 2004 г. Избира се с тайно гласуване от Народното събрание за срок от 5 години, с право да бъде преизбран за още един мандат. Дейността му се финансира от държавния бюджет и/ или от други публични източници [132].

Съгласно българския Закон за омбудсмана той „...се застъпва с предвидените в този закон средства, когато с действие или бездействие се засягат или нарушават правата и свободите на гражданите от държавните и общинските органи и техните администрации, както и от лицата, на които е възложено да предоставят обществени услуги.“

Според чл. 3, ал. 1 на Закона омбудсманът „е независим и се подчинява само на Конституцията, законите и ратифицираните международни договори, по които Република България е страна, като се ръководи от личната си съвест и морал“, както и от правилник за организацията на дейността му. В дейността си омбудсманът на републиката е подпомаган от заместник-омбудсман, избран също от Народното събрание, по предложение на омбудсмана.

Мисията на омбудсмана се съдържа в клетвата, която полага пред Народното събрание-да спазва Конституцията и законите на страната и да защитава правата на човека и основните свободи, като изпълнява добросъвестно и безпристрастно правомощията си. Основната му роля е да се намесва, „когато с действие или бездействие се засягат или нарушават правата и свободите на гражданите от държавните и общински органи и техните администрации, както и от лицата, на които е възложено да предоставят обществени услуги“.

Според чл. 19 от Закона в правомощията му влизат:

- Да приема, разглежда и дава отговор на сигнали и жалби на гражданите за нарушени права от изброените по-горе органи, администрации или лица
- Да прави предложения и препоръки пред изброените по-горе органи, администрации или лица за възстановяване на нарушените права и свободи на гражданите и да посредничи между тях и засегнатите лица
- При необходимост да уведомява Конституционния съд (ако прецени, че е необходимо тълкуване на Конституцията или обявяване на противоконституционност на даден закон), както и

Президента, Министерския съвет, Върховния касационен съд, Върховния административен съд и Главния прокурор, когато има данни за престъпление от общ характер

С други думи „в предмета на дейност на институцията омбудсман попадат всички онези случаи, в които са нарушени границите между публична и частна сфера, присъщи на правовата държава“.

Съгласно чл. 20 от същия закон омбудсманът има право:

- ✓ на достъп до държавните и общински органи, техните администрации, както и от лицата, нарушили съответни права на гражданите
- ✓ да иска и да получава информация от тези органи, администрации и лица
- ✓ да изразява публично мнение и становища, в т.ч. в средствата за масово осведомяване

В задълженията му влизат:

- ✓ Да поддържа публичен регистър на постъпилите жалби и сигнали
- ✓ Да внася ежегоден отчет за своята дейност в Народното събрание, както и доклади по конкретни случаи, по искане на Парламента
- ✓ Да издава годишен бюлетин за своята дейност

Първият парламентарен омбудсман на България-Гиньо Ганев-е избран от Народното събрание през април 2005 г., а няколко месеца по-късно е избран и заместник-омбудсман.

У нас, освен национален омбудсман, действат и местни обществени посредници (или защитници), назначени към общините, на практика с функциите на локални омбудсмани. Те се появяват преди създаването на националната институция омбудсман и са резултат „на сложния и нееднозначен процес на установяване на партньорство между граждански организации и представители на властта“, както и на консенсуса относно необходимостта от институцията омбудсман на общинско равнище.

Още през 1998 г., в рамките на антикорупционни инициативи на Коалиция 2000, се появяват първите форми на обществено посредничество (омбудсман или граждански/обществен защитник), близки по своите функции до ролята на местните омбудсмани в други страни. Последвани са

от проекти на други неправителствени организации, които излъчват граждански посредници или граждански наблюдатели в редица български общини.

В периода 2000 г.-2003 г. се разработва и вариант на Законопроект за гражданския защитник и местните граждански посредници, внесен в 39-то Народно събрание, заедно с още два законопроекта. Те са приети на първо четене, в резултат на което е възложено на Комисията по правата на човека и вероизповеданията да изготви обобщен вариант, приет като Закон за омбудсмана на 8 май 2003г. В него липсва текст за местните обществени посредници. Но под натиска на гражданското общество, два месеца по-късно е приет Закон за изменение и допълнение на Закона за местното самоуправление и местната администрация (18 юли 2003 г.). Чл. 21а на този закон определя:

1. Общинският съвет може да избира обществен посредник.
2. Общественият посредник съдейства за спазване правата и законните интереси на гражданите пред органите на местното самоуправление и местната администрация.

Същият член регламентира начина, по който се избират и освобождават обществените посредници, както и задължението на общинския съвет да приема правилник за дейността на общинския посредник.

Първите обществени защитници се появяват още в края на 1998 г. в рамките на различни пилотни проекти и въз основа на специални споразумения между граждански организации и местните органи. А от началото на 2004 г. започва официалното въвеждане на институциите обществен посредник на общинско ниво в България. В последващият етап редица обществени структури се възползват от възможността да създадат институция омбудсман.

Омбудсманът като институция е създаден за да бъде застъпник за правата на хората и пазител на обществения интерес. Още един пример за това, че в България назрява необходимостта от намесата на омбудсман с представителни функции в определена сфера е създаването на омбудсман например в БНР. Тази институция е позната по света. В повечето страни е наречена медиен омбудсман. Той е призван да отстоява интересите на аудиторията и да бъде мост между медиата и гражданите.

Усилията на Омбудсмана на Българското национално радио са насочени към задълбочаването на диалога и обратната връзка със слушателите на Радиото-обществената медия, чиято мисия е да работи единствено и само в интерес на гражданите като стимулира имунната система на демокрацията и свободата на словото [108].

Дейността му се ръководи от принципите и изискванията, които поставят Законът за радиото и телевизията [108], Етичният кодекс на служителите на БНР [110] и вътрешните правилници на БНР [111,112].

Съгласно решение на Управителния съвет на БНР медийният обществен посредник на Радиото не може да се намесва в програмното съдържание и не е част от редакционните екипи на програмите. Тази позиция му осигурява максимална независимост и свободата да бъде безпристрастен при разглеждането на казусите, свързани с журналистическото съдържание, създавано от програмите на БНР.

Омбудсманът на БНР разглежда сигнали и жалби на слушатели и онлайн потребители на Радиото, когато те се отнасят до:

- нарушаване на правото на информация на всички български граждани
- нарушаване на основните принципи при представяне на информационното съдържание-обективност, прозрачност, плурализъм, отразяване на различните идеи и убеждения в обществото, толерантност
- нарушено право на отговор
- нарушаване на основните човешки права и достойнство
- дискриминация по расов, полов, етнически, религиозен или друг признак, формулиран в българското законодателство
- използване на непристоен език, позорящ личността
- възхваляване и/или пропагандиране на насилие, насочено срещу групи граждани или отделни личности [108]

Омбудсманът на БНР не разглежда сигнали и жалби:

- в които не е посочен конкретният случай, предизвикал сигнала или жалбата
- които са подадени по-късно от три месеца от датата на излъчването на журналистическото съдържание, предизвикало сигнала
- които са анонимни или такива, в които не е посочен адрес за обратна връзка

- които съдържат обидни и оскърбителни квалификации, засягащи правата и достойнството на личността

Въвеждането на омбудсман в БНР и специализирания му сайт, в който слушателите могат да подадат сигнал е показател за нарастващото приемане и разбиране от гражданите на РБ за необходимостта от защита на основните човешки права. Тази защита трябва да бъде леснодостъпна и отчетлива. Трябва да притежава ясни срокове и да дава резултат.

2.3.3. Жалби от български потребители на здравни услуги, отправени към Омбудсмана на Република България

Институцията на Омбудсман на Република България е независим конституционен орган, избран от българския парламент през 2005 г. Тя служи за защита правата на всички граждани, включително правата на пациентите, децата и хората с увреждания.

В България за последните няколко години са проведени десетки проучвания сред българските граждани под формата на анкети, свързани с търсенето на съдействие при нарушени пациентски права, проблеми в здравната система, проблеми с качеството на оказваната медицинска помощ и др. Анализ върху структурата и динамика на жалбите, отправени към Омбудсмана на Република България за 13-годишен период, установява тенденция на нарастване на жалбите на потребителите на здравни услуги в България.

Институцията Здравен омбудсман у нас е разгледана първоначално през 2020 г., когато е извършен ретроспективен анализ върху структурата и динамика на жалбите, свързани с достъпа, правата на пациентите, качеството и регулацията на здравните услуги у нас, насочени към Омбудсмана на Република България за период от 13 години (2005-2018 г.). В горепосоченото проучване авторите са включили обобщени жалби в официалните годишни доклади на ОРБ, достъпни в уеб страницата на институцията.

Резултатите са следните: Между 2005 г. и 2018 г. в ОРБ са подадени общо 3288 жалби. През 2015 г. са подадени 368 жалби от български потребители на здравни услуги и от различни пациентски организации относно проблеми, свързани със здравното осигуряване. Подадените жалби и оплаквания до ОРБ са се увеличили с 82% през 2016 г. През 2017 г. общият брой на жалбите, препратени от ОРБ, възлиза на 494, а през 2018 г. техният брой достига 607, което представлява увеличение с 23% в сравнение с броя на жалбите през 2017 г. През 2005 г. българските граждани са подали 2516 жалби, а през 2018 г. техният брой е достигнал 12890, което е увеличение с повече от пет пъти. През 2005 г. българските потребители на здравни услуги са подали 58 жалби, или 2 % от общия брой на жалбите, отнесени до ОРБ [60].

Проучванията сочат, че общият брой на жалбите, отнесени до ОРБ, за период от тринадесет години (2005-2018 г.) е 80219. Жалби за горепосочения 13-годишен период са подадени и от родители, чиито деца са в списъка на чакащите за чернодробна трансплантация, лица намиращи

в неравностойно положение, както и от безработни лица и семейства без доходи. По-специално, родителите твърдят, че в България липсват висококвалифицирани детски хирурзи за трансплантации.

Направените проучвания доказват необходимостта на гражданите от орган, в лицето на Здравен омбудсман, подкрепен от Президента на РБ, както и от цялата парламентарна система в страната, Министерството на Здравеопазването и Министерството на Правосъдието. Допълнително те са се оплакали за ограничените им здравноосигурителните си права, включително стоматологични грижи, ниска хигиена, лошото качество на храната в болниците и др.

Доколкото е известно, това е първото ретроспективно документално проучване, проведено в България и имащо за цел да анализира структурата и динамиката на жалбите от български потребители на здравни услуги, сезирани до ОРБ за период от 13 години (2005-2018 г.). След цялостен анализ на данните, включени в годишните отчети на ОРБ, са се установили някои сериозни проблеми, които продължават да съществуват. Българските потребители на здравни услуги изтъкват лошото качество и функциониране на здравната система, както и ограниченията на техните права. Установен е ограничен достъп до специализирана извънболнична медицинска помощ, както и ограничен достъп до иновативно лечение и лечение в чужбина, ограничения в здравната превенция, ограничен достъп до рехабилитационни услуги за хора с увреждания, деца с онкологични или редки заболявания и удължени срокове за издаване на решение.

През периода на проучването българските потребители на здравни услуги сигнализират за сериозни затруднения при използването на европейски здравни карти, различни ограничения при подбора на медицински екип и др.

Увеличеното количество жалби е доказателство за високото доверие в институцията на ОРБ. Не е изненадващо, че българските потребители на здравни услуги търсят съдействие и подкрепа от ОРБ по отношение на неефективността на алтернативните механизми за контрол на здравната система и подкрепата на пациентите. Очевидно е, че ролята на ОРБ има одобрението на потребителите на здравни услуги. Това се потвърждава от резултатите, получени от социално проучване, проведено от Trend Research Center. Две български институции са с одобрение над 50 %-ОРБ и Президентът на Република България.

В проучване на Bergman потребителите на здравни услуги съобщават за следните основни функции на ОРБ: да подпомага

разрешаването на здравни проблеми, да изслушва и да изяснява въпроси относно Здравната система. Сред тях ОРБ има задачата да гарантира справедливост, насърчавайки ефективна здравна политика, както и да играе посредническа роля между Министерството на здравеопазването, мениджърите на болници и потребителите на здравни услуги.

2.3.4. Институцията Здравен омбудсман

Много държави са изпитали недоволство от парламентарния омбудсман, тъй като по различни причини този служител не отговаря на нуждите на пациентите. През последните три десетилетия в някои страни от ЕС, сред които някои балкански страни, както и в Израел, Нова Зеландия и Бразилия, обществеността е създавала институция за социален контрол, наречена омбудсман на здравеопазването.

Норвегия е първата страна, която въвежда институция омбудсман на здравеопазването като допълнителен механизъм за подаване на жалби. Тя подпомага повече от 10 000 пациенти годишно.

Омбудсманът на здравеопазването играе основна роля в контрола върху функционирането на публичните и частните здравни институции, на националните или частни здравноосигурителни фондове и компании. Целта на този официален служител е да отговори на нуждите на пациентите и да разреши проблемите между пациентите и доставчиците на здравни услуги. В някои страни, като Нова Зеландия, това отива още по-далеч и има за цел да подобри качеството на Здравната система в страната.

Във **Финландия**, омбудсманът представлява най-ограничената система и принадлежи към отделни звена на Здравната система на страната. Той се състои от мрежа от около 2000 лица, които действат като съветници на пациенти в рамките на местните болници.

В **Обединеното кралство** Здравният омбудсман е част от парламентарната система на омбудсмана. Здравният омбудсман е част от правителствената, регионалната или местната здравна администрация и да се финансира от една от тези административни единици.

В **Израел** омбудсманът на здравните служби действа като допълнителна управленска или щатна длъжност в рамките на здравната система.

В **Норвегия** неговите функции са поети от специализиран орган, който взема решения и е отговорен за прилагането на здравната политика по отношение на Министерството на здравеопазването. Това означава, че правителството отговаря за здравния омбудсман и трябва да информира парламента за неговата структура и организация.

Идеята за въвеждане на специализиран конституционен орган в лицето на „Здравен омбудсман” в България не е нова. Той е бил обект на

експертен дебат още през 2006 г., една година след въвеждането на институцията на парламентарен омбудсман у нас. Липсата на достатъчно данни, опит и наблюдение върху работата на парламентарния омбудсман е забавила този дебат. На базата на повече от десет години изследвания от въвеждането на институцията на парламентарен омбудсман в Република България са направени сериозни наблюдения върху нейната работа.

След задълбочен анализ на данните, включени в годишните отчети на ОРБ, авторите наблюдават сериозни проблеми в регулирането, качеството и функционирането на здравната система. Българските здравни потребители сочат ограничения на правата си, както и ограничен достъп до медицинските заведения. По-големият брой жалби срещу здравната система, отнасящи се до ОРБ, категорично показва, че институцията на Омбудсмана в България се радва на високо доверие сред българските граждани.

В здравеопазването съществуват бариери, които все още не са преодолені. Това прави още по-наложително правото на гражданите да подават жалби, които да се разглеждат като част от основната структура на правата и задълженията на пациентите в здравеопазването. Така се е появила необходимостта от съществуването на ефективна процедура по подаване на жалби, за да се гарантира, че пациентите могат да се защитят при нарушаване на техните права, както и да получат помощ.

Анализирайки статията „Patient Ombudsmen in Seven European Countries: an Effective Way to Implement Patients' Rights?“, 2003, можем да направим изводи за всички положителни страни на Здравния омбудсман във всяка страна, както и необходимостта от тази институция.

Тази статия има за цел да направи преглед на ролята на Здравния омбудсман в седем национални системи: Австрия, Финландия, Гърция, Унгария, Израел, Норвегия и Обединеното кралство.

Наличието на ефективен механизъм за подаване на жалби е основно във всяка социална среда, като средство на административните органи да реагират на чувствата, емоциите и оплакванията на гражданите в една държава. Това е в човешката природа- да искаш да реагираш по някакъв начин и може би дори да се оплачеш, че си бил подложен на несправедливост или несправедливо отношение. Основна цел е, когато дадено лице иска да съобщи на органите, вземащи решения в рамките на една институция, че друга такава работи неразумно-например в областта на здравните услуги, периодът на изчакване или достъпът до грижи. В здравеопазването обаче традиционните бариери, създадени от културата на институционализирани национални здравни системи и страхопочитанието

от медиците, все още съществуват. Това прави още по-наложително правото на жалби. По същия начин съществуването на ефективна процедура за подаване на жалби е абсолютно необходимо, за да се гарантира, че пациентите са защитени от нарушаването на техните права и могат да търсят обезщетение.

Думата „омбудсман“ се използва за идентифициране на някого който има правата и правомощията да говори от името на някой друг, например в съда. Редица национални институции са разработени в Швеция. Сред по-ранните модели са Канцлер на правосъдието (1713 г.), парламентарен омбудсман (1809 г.), Детският омбудсман (1993 г.), Омбудсманът срещу етническа дискриминация (1986 г.), омбудсманът за равните възможности (1980 г.) и омбудсманът за хората с увреждания (1994 г.). Най-новото попълнение към изключителния „клуб“ на омбудсманът е омбудсманът на дискриминация срещу сексуалната ориентация (1999 г.). От тези корени произлизат различните административни системи по целия свят наречени „омбудсман“. В годините се проявяват основни характеристики на ефективната система за Здравен омбудсман. В хода на тези търсения за по-достъпно жалбоподаване и справедливо решение се е появило и развитието на Здравен омбудсман в Европа от последните две десетилетия на миналия век.

Подобно на много други органи, Омбудсманите искат да предоставят по-добра услуга: да бъдат по-бързи при разглеждането на жалби и да отделят повече внимание и време на всеки отделен човек. Забавяне на жалбите и обработката често затруднява не само разследването на жалбата, но качеството на разследването. Забавянето може да доведе до неприятни последици-физическите лица или организациите може да са се променили радикално от момента на подаване на жалбата.

Например разглеждайки функциите на бразилския Здравен омбудсман, бихме могли да включим и още един анализ на функциите, правата и задълженията на омбудсмана в Бразилия. В статията *”Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde”*[52], авторите разглеждат институцията Здравен омбудсман през погледа на двама пациенти. Те анализират ролята на Здравния омбудсман в прилагането на гражданските права в Бразилия. Това е теоретично изследване по темата и нейните различия по отношение на човешките права на пациентите. Авторите заключват, че предложеният модел за Бразилия подчертава ролята на местния омбудсман, особено в болничната среда, но също така защитава институцията на регионалните специалисти, които са с пациентите, оказвайки им медицинска помощ. Подчертава се, че

упълномощаването на омбудсмана е дадено със закон, който установява специфични прерогативи, като неговата самостоятелност и независимост, подходяща квалификация и бързо обработване на жалбите.

Приемането на закони за правата на пациенти в определени страни стимулира разбирането, че макар да е основен инструмент за тяхното осигуряване, това не е достатъчно. Следователно са създадени специфични инструменти, с акцент върху Здравния омбудсман, чиято функция е да насърчава тези права чрез разглеждане на жалби, подадени от пациенти .

Статията анализира ролята на омбудсмана в защитата на двама пациенти, като цели формулиране на адекватно предложение за упражняването на функциите му в Бразилия. Анализирана е ролята на омбудсмана и неговите действия в други страни, с цел разбиране на многообразието на действията му. Базира се на опита на Финландия, защото е първата страна, предвидила в закона тази функция, и на австрийската, за нейното забележително разрешаване на искове. Накрая беше разработено предложение за размисъл относно работата на Здравния омбудсман в страната.

Авторите разграничават термина „пациент“ и се фокусират върху два аргумента: първият е етимологичен, което показва, че тази дума обозначава пасивност и не разглежда политическото измерение и социалното участие на тези, които използват здравни услуги. Произхода на думата „пациент“ подсказва идеята за уязвимост, т.е лицата са в ситуация на крехкост, тъй като терминът произлиза от латинската дума *patiōr*, което означава „подкрепя“ или „страда“.

Според Кирулник и Морин човешките същества много пъти използват език и култура, ментални продукти или идеи, които маскират реалността, което ни кара да даваме приоритет на идеята в ущърб на истинските такива. Признаването на уязвимостта на пациента обаче не означава отричане или смекчаване на неговата автономия или капацитет за социално участие.

Списъкът с правата на двама пациенти произтича от предоставянето на международни стандарти за човешки права на пациентите, проучени от Албакърки и Коен и Езер. Правата на пациентите и правата на хората са коренно различни в четири аспекта. Първо, обръщаме се към двама пациенти като фокус на хората в условия на повишена уязвимост. Второ, това показва уважение към сериозната асиметрия на властта в отношенията пациент-професионалист [52].

В исторически план решението за въздействие върху здравето се взема от лекаря и този дисбаланс може да подкрепи авторитарно и патриархално поведение. Трети аспект подчертава необходимостта да се даде глас на пациента, като се използват инструментите, като правата на човека, така че той да позиционира себе си и активно участва в търсенето на своите права. И накрая, пациентът не се разглежда просто като тяло, а като човек, чиято идентичност е изградена от ценности, вярвания и интереси.

Като се имат предвид тези четири аспекта, се установява, че правата на човека са по-ефективни за защита на уязвимите групи и преразпределение на властта за вземане на решения, която не е клинична, а по-скоро за осигуряване на лечението на пациента като личност, след като неделимостта на техните права води до свързване на здравното право с други аспекти, като неприкосновеност на личния живот, недискриминация и забрана на възможни човешки и унижителни лечения. Логиката на грижата се разграничава от логиката на пазара или избора. Логиката на пазара разглежда или третира само продукта, предлаган на потребителя, процеса на предлагане и търсене.

За да идентифицира договорите за правата на човека, които се отнасят за пациента, Албакърки, по същия начин като Коен и Езер, представя следния списък: право на живот; за здравето; към информация; към неприкосновеността на личния живот; към свободата; да не бъдат подлагани на изтезания, жестоко, дехуманизиращо или унижително отношение; да не бъдат дискриминирани.

От тях се извличат други по-специфични преки форми, с цел да се даде възможност за тяхното конкретно въздействие върху здравеопазването:

- право на придружител при консултации и хоспитализация
- директно към качествено обслужване, с адекватни и обучени професионалисти
- директно към осигурителни грижи
- директно към информация, включително получаване на списък с лекарства
- право на вземане на решения относно вашето здравеопазване
- право на оспорване на здравните грижи

- право да бъдете информирани за имената на двама професионалисти, които участват в услугата
- право да не бъдете дискриминирани
- право на поверителност на вашата информация
- право на личен живот
- директен достъп до медицински досиета
- право да прави escolha при условията на неговата смърт
- директно към или боравене с вашата врата
- право да бъдете информирани за нежелани събития
- право на трети представител

Необходимо е омбудсманът да търси модели на разрешаване на проблеми в отделните случаи, за да ги открие и да осигури системни промени.

Според Маккени и Фолбърг, има три основни аспекта, за да се направи моделът на омбудсмана ефективен [62]:

- 1) безпристрастност и независимост
- 2) квалификация
- 3) предписания (препоръки)

ФУНКЦИИ НА ОМБУДСМАНА

Основните функции на омбудсмана съвпадат с тези, свързани с правните компетенции, описани от Отдела за генералния омбудсман, а именно посредничество между потребителите и институцията за здравеопазване. Според Volpi et al, липсата на консенсус се дължи на липсата на специфично законодателство или обучение за омбудсман. Antunes засилва ролята на медиатора, която омбудсманите играят, когато получават жалби и ги предават на отговорните сектори, така че да могат да се предприемат подходящи мерки за подобряване на обслужването на потребителите. Мениджърите на здравеопазването трябва да приемат омбудсмана като съюзник за осъществяване на управлението на здравните услуги.

Министерството на здравеопазването подкрепя концепцията за омбудсмана като инструмент за управление и инструмент за държавна

видимост. Освен това Вилановик заявява, че омбудсманът играе важна роля като вътрешен критик на публичната администрация, като предоставя елементи за реализиране на съставните принципи, които заповядат действията на публичните органи.

Общинският омбудсман на здравеопазването има следните основни функции: да слуша, да предлага и да наблюдава действията. Изслушването е свързано с ролята на получаване на искове под формата на критики, предложения, комплименти и консултации.

Предлагането на действия е свързано с допринасянето за подобряване на услугите, предоставени от институцията. Съпътстващите действия са свързани с ролята на социалния контрол, особено в публичните институции. Съгласно насоките, предоставени от Министерството на здравеопазването, функцията на предлагането на действия е ясна, особено в извънредни ситуации или в случаите, в които е необходимо да се посредничи в конфликти. По същия начин, Vérasf посочва, че интервюираните са идентифицирали основната функция на Здравния омбудсман-да бъдат "изслушвани и решавани проблемите на потребителите".

Общинският омбудсман е част от Националната система на омбудсмана и използва електронна система за записване и наблюдение на жалбите. Тези характеристики правят процеса на анализ и отговор по-ефективен и най-честата форма на достъп е лично, но достъпът до интернет засилва ефективността, тъй като носи прозрачност и бързина за обработка на жалбите. Всички съветници заявяват, че са знаели функциите на омбудсмана на здравеопазването след създаването му, потвърждавайки тази характеристика. Според здравните съветници омбудсманът трябва да се прилага като втора опция, тъй като това засилва значението на диалога между гражданите, използващи здравни услуги и работниците в здравеопазването. Подобряването на демократичното управление чрез омбудсмана се възприема като положителен фактор от интервюираните. Социалното участие в областта на общественото здраве е конституционно право и омбудсманите помагат за ефективното социално управление. Както се препоръчва от федералния генерален омбудсман, той следва да действа за насърчаване на промените и гарантирането на правата на гражданите.

Като се има предвид разнообразието от модели на Здравен омбудсман, следва да бъдат разгледани два модела: финландският и австрийският. Финландия е първата страна, която има специфично

законодателство за пациентите. Задълженията на звената за грижи в здравеопазването са: да насочва пациентите по въпроси, отнасящи се до закона; помагат им да разберат закона за жалбите; информират ги за техните права; и насърчават за прилагането им.

Пациентски омбудсман:

Според финландския модел всяко здравно звено, обществено или частно, е длъжно да назначи Здравен омбудсман, генерирайки повече от две хиляди специалисти в различни части на страната. Централната идея на този модел е, че разпространението на информация влияе върху нагласите, предотвратява конфликти и в резултат на това насърчава правата на пациентите. Австрийският модел се фокусира повече върху определянето на искове. От 2002 г. службите на Здравния омбудсман са включени във фонда за компенсирание на пациентите. През 2009 г. са регистрирани 9 561 искове, като от тях 5 349 са за болници, 917 за компенсационния фонд на пациентите и 800 за лекари. Няколко болници имат офис-омбудсман за тази услуга. В повечето случаи болничният омбудсман и работният омбудсман са заедно .

Според Mackenney и Fallberg Здравните омбудсмани използват различни инструменти за защита на правата и безпристрастно обработване на искове [62].

В страни като Израел и Унгария местните представители опростяват работата на националния омбудсман. Това от своя страна координира местните представители, както и систематизира информацията и производството на знания по темата.

В Квебек между 2009 г. и 2010 г. са изпълнени повече от 98% от препоръките на омбудсмана. Смята се, че неговият убеждаващ капацитет е по-мощен да трансформира здравни услуги, отколкото дисциплинарни или съдебни процеси. По същия начин той може да функционира като положителна бариера в съдебните и дисциплинарните процеси, без да се приписва наказателен или спорен характер, което прави доставчиците и професионалистите по-възприемчиви към неговите препоръки

Здравният омбудсман е от съществено значение за защита на правата на пациентите и подобряването на качеството на здравните грижи. Моделите на действие могат да варират и всяка страна приема профил, който е по-подходящ за нейната ситуация.

Анализирайки Здравните омбудсмани на Бразилия, авторът взема под внимание, че за такива се приемат само болничните омбудсмани и

омбудсманът на Националната агенция за здравен надзор (Anvisa). Примерите показват: недостиг на подход, който не е фокусиран върху пациента сам по себе си. В тази връзка могат да се издигнат следните хипотези:

- ✓ Бразилия няма закон за правата на двамата пациенти
- ✓ Концепцията за правата на потребителя се бърка с тази на пациент

Използваният модел *ouvidora* е ограничен до събиране на жалби и прехвърлянето им на компетентните органи. По този начин се забелязва, че тези омбудсмани не са съвместими със сложните модели на Здравен омбудсман, както в други страни. Неговата роля е да защитава правата на гражданите-потребители на здравни услуги, чиято правна основа е закотвена в човешките им права, а не в правото на потребителите. В случая на Бразилия Здравният омбудсман трябва да налага тези права.

Както се случва в страните, които са възприели модела, бразилската държава трябва да вземе предвид организацията на здравната система в страната, съставена основно от SUS, законово дефинирана като набор от здравни действия и услуги, предоставяни от и федерална държава и общински публични институции, пряка и непряка администрация и фондации, поддържани от публичната власт. Първичната здравна помощ в SUS се предоставя от екипи за семейно здраве, в Основни здравни звена (UBS), като целта е да се грижи за 80% от здравословните проблема на населението, без насочване към болници. Освен SUS, има и частни здравни планове, регулирани от Националната агенция за допълнително здраве (ANS).

Един задъбочен анализ на институцията на здравния омбудсман в Бразилия ни дава отговори на въпросите-кои са силните и слабите страни на институцията, какво може да се подобри, както и къде гражданите срещат затруднения в използването на здравните услуги. В статията „Ombudsmen in health care: case study of a municipal health ombudsman” авторите извършват проучване чрез казус, описателни и трансверсални методи [90]. Целта им е да се анализира ролята на общинския Здравен омбудсман и неговият принос към управлението на общественото здравеопазване от гледна точка на потребителите на обществената здравна система и общинските здравни съветници. Звеното за анализ е омбудсманът на здравния секретар в община в щата Минас Жерайс, Югоизточна Бразилия, през 2010 г. Изследваната община структурира

здравната си система от 1990 г. от общинския здравен отдел. Приета е Стратегията за семейно здравеопазване (ЕСФ) като организационен елемент на здравните дейности, осигуряващ 100% покритие на населението през разглеждания период. С население от приблизително 35 хиляди жители, общината има това, което се счита за добре структурирана здравна мрежа, която потенциално решава проблеми според диагностиката на мрежата за грижи, създадена от Общинския план за здравеопазване.

Общинският здравен съвет е създаден през 1996 г. съгласно Общински закон 886/96. Състои се от 20 титулярни съветника и техните заместници, десет потребители, петима работници и пет ръководители/ доставчици на услуги от общинската система на здравеопазване.

Проучването е с наблюдателен характер. Данните са събрани чрез интервюта с две групи заинтересовани страни: потребители и общински здравни съветници. Интервюирани са 44 потребители на Обединена здравна система на Бразилия, които са използвали директно общинския Здравен омбудсман и всичките 20 общински здравни съветници. Получените данни са анализирани въз основа на три въпроса:

1. Естеството на получените данни
2. Обсъждане на субсидиите за квалифициране на функционирането на омбудсмана като инструмент за управление
3. Предложения за действия за подобряване на демократичното управление в областта на общественото здраве

Терминът „омбудсман“ се използва за идентифициране на някой, който има както правото, така и властта да говори от името на някой друг. В старото скандинавско общество е имало и друг вид представител, наречен омбудсман, този, който е бил представител на краля.

Повечето държави имат система с парламентарен омбудсман, който се занимава с жалби срещу публични органи, включително здравни услуги. Този омбудсман редовно дава своето мнение, но не може да определя действията на никого. Много страни са установили, че този омбудсман по много причини не отговаря на нуждата от подкрепа, които пациентите имат и са създадени отделни или допълнителни концепции.

Въз основа на собствените си традиции и приоритети, някои страни са разработили различни административни системи, често наричани пациентски омбудсман, за да предоставят необходимите услуги. На омбудсманите се предоставят различни права и правомощия да защитават отделните пациенти, срещу публичния сектор, части от сектора на

здравеопазването, частни и публични институции, национално здравноосигурителни системи или срещу здравноосигурителни компании.

Норвегия е една от първите, сред страните, които са въвели системи за Здравен омбудсман. Норвежката система поддържа повече от 10 000 пациенти годишно. Други системи за Здравен омбудсман, достойни за анализ, включват тези на Финландия, Нова Зеландия и Англия, които отделно представляват доста различни системи на омбудсман.

Анализът на норвежката система за Здравен омбудсман изисква известни контекстуални познания за норвежката система за здравеопазване и жалби. Здравните услуги в Норвегия са основно публични, финансирани с данъци и безплатни, в които всички граждани имат равни права на преглед, лечение и грижи.

Има четири основни процедури за пациенти, които искат да се оплачат. Очаква се те да говорят с доставчика на здравни услуги, за да се преразгледа неговото решение или действие. Ако това е неефективно, те могат да подадат официална жалба до Съвета за здравен надзор в окръзите и да поискат решението да бъде отменено. В случаите, когато няма какво да се промени, пациентите все пак могат да поискат от борда да прецени дали законът е нарушен. Националният съвет за здравен надзор има правомощията да санкционира здравния персонал и болниците. Осемнадесетте регионални Здравни омбудсмани и техният персонал може да имат различни възможности за подкрепа на пациентите.

Здравните услуги често се описват и анализират от гледна точка на социалните услуги като цяло и не се ограничават до гледната точка на пациентите. Тези услуги често са вплетени заедно по начини, които не са очевидни за потребителите на тези услуги. Това може също да обърка тълкуването им, за да се прецени дали те се възприемат като здравни услуги или социални услуги. Някои услуги могат да се предоставят и в частния сектор, което създава важен въпрос за това колко тесни или широки са функциите на омбудсманите.

От 2009 г. функциите на норвежкия омбудсман включват обществени здравни услуги плюс различните социални услуги, които са включени в социалните услуги. Следователно омбудсманът е преименуван на „Омбудсман на здравеопазването и социалните услуги“. Въпреки че функциите и персонала са се променили в съответствие с това, целите, независимостта, задачите, властта и обработката на казуси остават същите.

Норвежките омбудсмани не се занимават с частните здравни услуги, които представляват много малка част от услугите в Норвегия. Пациентите, които не са доволни от частния сектор, могат при специално искане да бъдат представлявани от омбудсманите, въпреки че този сектор не е част от техните задължения. В тази позиция омбудсманите няма да имат автоматично цялата процесуална власт, която иначе биха имали.

Мнения на омбудсманите относно изграждането на институцията на Здравен омбудсман

Повечето държави с омбудсман оценяват своите институции. Особено ценен е опитът на пациентите и здравния персонал/ здравните служби. Трудно е да се направи обективна оценка, базирайки се само на становищата на омбудсманите относно подобни институции и техните основни елементи.

Неотдавнашно проучване съобщава какво мислят норвежките омбудсмани за организацията и ролята на тяхната услуга и как е най-добре да бъдат подкрепяни пациентите. Омбудсманите били помолени да изберат 5 от 16 елементи, които са от най-голямо значение за защита на нуждите, интересите и законните права на пациентите, като същевременно допринасят и за подобряване на качеството.

Петте избрани елемента за защита на нуждите, интересите и законните права на пациентите са:

- (1) правото да се разследват случаи
- (2) да се работи независимо от всички власти
- (3) местна/ регионална организация
- (4) възможността за изразяване тяхното мнение/ преценки
- (5) да се възползват от надзорния орган

Елементи, считани за по-малко важни, са наличие на стандартизирани системи за обработка на заявки, редовно оценяване, публикуване на казуси и доклади и образование от университет/ университетски колеж. Със средна степен на важност са неща като това, че трябва да има законова основа и омбудсманът не трябва да има други роли, възможността да изразява мнения относно потенциала за подобрения и възможността да се подкрепят пациенти, които искат финансова компенсация. Не се смята за особено важно да се работи по официален или неформален начин.

За да защитят пациентите, отговорите показват, че омбудсманите поставят на преден план комбинацията от това да бъдат независими, да имат възможност да разследват случаи и да вземат решения и в крайна сметка да отнасят дела до надзорния орган. Норвежките омбудсмани подчертават разширената роля на свободното представяване на пациентите, не само като излагат мнението си чрез присъди, но и активно помагат на пациентите да препращат своите случаи към контролни институции. Пренебрегвайки стандартизираните разпоредби за обработка на случаите и желайки местно/регионално организирани схеми, те подчертават важността на възможността да бъдат гъвкави при подпомагане на пациентите.

Повечето от омбудсманите определят като важно правото си да изразяват мнение за потенциала за подобряване на качеството на услугите и да имат контакт с надзорния орган, съчетано с правото да разследват случаи и да работят независимо от властите. Някои от тези елементи, считани за важни за защита на пациентите, законните права, интереси и нужди, също се считат за важни за насърчаване на качеството. Надзорният орган се разглежда като важен сътрудник по отношение на подобряването на качеството.

Болничен омбудсман

Тази фигура не съвпада с фигурата на омбудсмана в българското законодателство. В здравеопазването той играе ролята на безпристрастен модератор, който не участва в спора, а помага на страните сами да го разрешат в конфиденциална и приятелска обстановка. Той е безпристрастен и ръководството на лечебното заведение не следва да упражнява дисциплинарна власт върху него. Поради тази причина не бива да се копира напълно американският модел на болничен омбудсман, защото там той най-често е служител на лечебното заведение. В България по-подходящо би било да няма трудовоправно отношение между него и лечебното заведение, за да се осигури неговата независимост и безпристрастност [131].

Този служител играе важна роля в отношенията пациент-лечебно заведение, защото той може да осигури бързо, подходящо и взаимноприемливо разрешение при възникнал проблем: непредоставяне на адекватна информация, нарушено право на достъп, несвоевременно оказана медицинска помощ, съмнения на пациента за нерегламентирани плащания, притеснения на близките на пациента, затруднена комуникация с лекуващия лекар и др.

Омбудсманът създава условия за получаване на обратна информация до мениджърите на лечебните заведения за това, какви проблеми най-често срещат пациентите, какви конфликти възникват, какви са тенденциите, свързани с разрешаването им и какви промени в организацията следва да се извършат.

Ролята на медиацията при управлението на конфликти в лечебните заведения:

Медиацията е алтернативен способ за разрешаване на спорове, който има няколко предимства пред съдебните производства:

- тя е евтина
- бърза
- неформална
- няма “губеща” страна, решенията са win-win
- запазва се доверието между страните
- сигурност при изпълнение на приетите споразумения
- няма риск-винаги можете да се обърнете към съд, ако не достигнете до споразумение

Добри примери от САЩ:

Болница в Бетесда, Мериленд е сред пионерите, въвели болничният омбудсман. Само за една година се регистрира подобряване на безопасността, намаляване на разходите, свързани с дела за “медицински грешки”, подобряване на данните за удовлетвореност на пациента. Само за 11 месеца са разгледани над 82 случая: 100% от тях са разрешени без да се стига до съдебни дела, а 77% от тях са разрешени в първите 10 часа [131].

Kaiser Permanente създават програма по модела на Бетесда. Проучванията установяват, че 90% от членовете на персонала са удовлетворени от методите за разрешаване на конфликти, включително от провежданите обучения на персонала по различни въпроси, свързани с комуникацията лекар-пациент, а 96% от персонала и пациентите са посочили, че намират тази програма за отлична или много добра. 75% от използвалите програмата потвърждават, че е лесна за достъп, конфиденциална и ще я ползват пак при необходимост.

Адвокат Шаркова през 2016г. прави задълбочен анализ на тема „Съвременни методи за комуникация с пациенти при възникване на медицински грешки” [124].

Медицинската грешка е предотвратимо неблагоприятно събитие, което се изразява в неправилно изпълнение на даден план за лечение или изпълнение на неправилен план за лечение. От своя страна неблагоприятните събития се свързват с увреждане на пациента, настъпило не в резултат на неговото заболяване, а във връзка с медицинското обслужване. Те могат да бъдат предотвратими и непредотвратими, като не всяко неблагоприятно събитие представлява медицинска грешка. (IOM)

Тя отбелязва, че „лекарска грешка“ е израз, който избягва да ползва в практиката си, защото е неточен и в последните години придобива твърде сензационен нюанс. Освен това използването му значително ограничава осмислянето на проблемите, свързани с пациентската безопасност. Говоренето за „лекарската грешка“ често се свежда до анализ на действията на конкретни лекари или медицински специалисти, като подходът е ориентиран към обвинението, а не към анализа на системата, в рамките на която се е случила медицинската грешка. Този термин се асоциира най-често и с проверки, възникване на отговорност, съд, прокуратура, присъда, обезщетение. Рядко се обмислят алтернативните начини за комуникация с пациента, причините, поради които той е гневен, търсец, отчаян, обиден. Още по-рядко пък се мисли за медицинския персонал, участващ в лечението на този пациент, който се определя като „втората жертва“ на медицинската грешка. Представеният анализ засяга само малка част от проблемите на комуникацията с пациентите при възникване на неблагоприятно събитие и цели да представи нов подход без да се задълбочава в конкретните инструменти и правила [48,49].

Ето няколко известни случая на „медицински грешки“ в САЩ:

Мери Маклинтън била приета в Медицински център във Вирджиния за рутинна процедура, но умира, защото вместо обикновен физиологичен разтвор, вливат хлорхексидин. Двете прозрачни течности били поставени една до друга в операционната и не били добре означени.

Бетси Леман, известен репортер от Бостън Глоуб, както и пациентката Морийн Батеман, били лекувани от рак на гърдата в една болница през 1994 г. Месец по-късно Леман умира, а Батеман получава постоянно увреждане на сърцето, защото в един ден, двете получават четири пъти по-висока доза циклофосфамид от определената за тяхното лечение.

През 1999 г. Институтът по Медицина (ИОМ) шокира американците с публикуваните данни: между 44 000 и 98000 пациенти умират всяка година в болниците в резултат на медицинска грешка.

Посочените данни са достатъчно доказателство, че пациентската безопасност е сериозен проблем на здравната система. ИОМ посочва, че медицинските грешки в големия брой случаи не са причинени от конкретен човек, който предоставя медицинска помощ или услуга, а са следствие от неправилна организация, от грешки в самата система. В случая с погрешните вливания на хлорхексидин вместо физиологичен разтвор, например, не следва да бъде наказана медицинската сестра, която е грабнала погрешната опаковка, а да се изследва защо тези лекарства са били опаковани по еднакъв начин и да се въведе система за подготовка на лекарствата преди операция, опаковането и правилно им обозначаване, така че да не се допускат подобни грешки.

Персоналното наказание не би могло да промени неработещата система. Системата следва да се промени, така че да намали риска от грешки, чрез промяна на политиките и културата на безопасност.

Безопасността на пациента има много аспекти, като от особена важност е тя да следва принципите на откритост, честност и адекватна комуникация. В лечебните заведения съществува основателен страх от това ясно и открито да се признаят допуснати грешки, да бъде информиран пострадалия пациент или близките му за неблагоприятното събитие, да бъде поднесено извинение, да се демонстрира съчувствие и да бъдат разследвани причините за възникналата медицинска грешка. Последното е особено важно, защото резултатите се използват за подобряване на системата и за предотвратяване на последващи медицински грешки.

Какво представлява практиката за ранно разкриване на настъпили неблагоприятни събития?

Уведомяване на пациента/близките му, че е настъпило неблагоприятно събитие. Поднасяне на извинение и изразяване на съчувствие.

Предоставяне на ясно и точно обяснение защо и как е настъпило събитието или поемане на ангажимент за извършване на задълбочена и обективна проверка.

Предоставяне на план за преодоляване на настъпилото неблагоприятно събитие/минимизиране на последиците от него.

Предоставяне на информация за планираните стъпки и мерки, свързани с предотвратяване на настъпването на бъдещи такива събития.

Данните от няколко проучвания показват, че правилното използване на протоколи за комуникация с пациенти след настъпване на нежелани/неблагоприятни събития, намалява броя на заведените дела срещу лечебни заведения и значително редуцира размера на платените обезщетения за непозволено увреждане.

Още през 1994 г. проучване сред 227 английски пациенти, които са водили дела за медицински грешки (публикувано в Лансет), установява че четирите основни повода за съдебни дела включват: желание на пациентите да предотвратят същото да се случи на други пациенти; необходимостта от обяснение за случилото се, каквото те не са получили навреме; необходимост от компенсация; желание медицинският персонал да понесе отговорност; Голяма част от пациентите са споделили нуждата от повече честност и съчувствие за болката, която са понесли, както и уверение, че лечебното заведение е научило уроците си.

Адвокатът Ричард Бутмън споделя пред Бостън Глоуб, че „понякога пациентите просто желаят да бъдат чути“. При едно от делата си той защитава хирург, ответник по дело за медицинска грешка. Пострадалата пациентка и докторът не били разговаряли повече от шест години. След изслушването на хирурга, ищцата се обърнала лично към него и казала: „Ако ми бяхте обяснили всичко това, което казахте днес, нямаше никога да ви съдя“. Бутмън използва наученото в съдебната зала, за да създаде нова програма за разрешаване на конфликти между пациенти и лекари в случаи на медицински грешки. Вместо да използва старият метод на „отричай и се защитавай“, той използва външни на лечебното заведение експерти, които да предоставят независимо мнение. В случаите, когато се установи, че действително е причинена вреда на пациент в следствие на допуснатата медицинска грешка, болницата предлага лична среща, извинение и споразумение. При една такава среща, пациентка споделя, че е почувствала как „накрая е била чута“.

Въвеждането на този различен метод на комуникация с пациентите изисква изграждане на система за управление на конфликти в лечебните заведения, включваща различни структури като например: звено за комуникация с пациента, отдели за оценка и управление на риска и

извършване на анализ на неблагоприятните събития, болничен омбудсман, медиатор, отдел за управление на качеството.

Не по-малко важно е проучването на добри практики и адаптирането на протоколи за ранно разкриване на неблагоприятни събития (например тези на the Institute of Healthcare Improvement или Agency for Healthcare Research and Quality), протоколи за анализиране на основните причини за неблагоприятни събития (root cause analyses), протоколи за поведение при постъпване на жалби от пациенти и други [119].

Програмите за ранно разкриване на неблагоприятни събития са особено важни, защото променят културата на безопасност в лечебните заведения и възстановяват доверието между пациенти и лекари. Взаимните обвинения, невъзможността да получиш или поднесеш извинение, както и неизвестността за това, което се е случило, са основна движеща сила по време на едно съдебно дело за медицинска грешка.

В списание „Българска медицина“ книга 4, 1/2014г., в който Шаркова е съавтор на статията „Медиацията в здравеопазването-един непознат начин за извънсъдебно решаване на спорове“, заедно с М. Мавров, Я. Илиев, Св. Спасов от УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД, гр. Пловдив, Медицински университет Пловдив, авторите разглеждат един сравнително нов метод за извънсъдебно решаване на спорове, който се използва в САЩ и Европа, но все още не е толкова популярен в България. Статията преглежда уредбата на медиацията в страни от ЕС, както и в САЩ, посочва нейните ползи и резултати [123].

В статията се дискутират няколко различни случая на правни спорове, възникнали в здравеопазването-между лекар и пациент, между лекар и лечебно заведение, между лечебно заведение и служители, като посочва резултатите от съдебните спорове и предлага решения през погледа на медиацията.

Изложението предлага начини за въвеждане на медиацията като метод за решаване на спорове и проблеми от изпълнители на болнична помощ, посочва затрудненията, които срещат държави от ЕС при прилагане на медиацията. Предлагат се идеи за развитие и популяризиране на медиацията в един чувствителен сектор, като здравеопазването.

Съществуват медицински специалности, при упражняването на които лекарят с голяма честота среща конфликтни пациенти/близки, свързани са с голямо натоварване на служителите, работещи в

такива отделения/клиники. Информацията за идеите и целите на медиацията, като способ за решаване на конфликти и извънсъдебни спорове, може да бъде изключително полезна.

Медиацията е един от методите за алтернативно разрешаване на спорове с помощта на медиатор, който помага на конфликтните страни да разрешат спора, като постигат удовлетворяващи споразумения помежду си.

Този метод е непознат в болниците в България и затова не се използва масово. Въпреки това медиацията осигурява ефективно разрешаване на социални и икономически проблеми в различни области на медицината, особено тези с проблемна характеристика като токсикологията.

2.3.5. Отговорност при медицински грешки

Модерните правови държави установяват редица актове както на вътрешното, така и на международното право, които закрилят човешкия живот и здраве. Те предвиждат също и защита и санкции при тяхното накърняване. В тази връзка изключително интересен е въпросът каква защита дава законът при увреждане на живота и здравето на човека в хода на лечебно-диагностичния процес. В последните години се забелязва засилен обществен интерес към темата, свързана с грешките в здравната система.

Т. н. „лекарска грешка“ не е проблем само на нашата държава, тя е проблем и на повечето съвременни държави. Според Световната здравна организация по-вероятно е човек да стане жертва на лекарска грешка, отколкото жертва на самолетна катастрофа. Всяка година в световен мащаб милиони хора стават жертва на лекарски грешки. Така например според изследване на група от американски медицински специалисти всяка година около 98 000 души са жертви на лекарска грешка в САЩ. Изказва се мнение, че това е третата водеща причина за смърт и увреди, наред със заболяванията на сърцето и рака. Около 500 000 са случаите на лекарска грешка в Германия всяка година. Тук се включват смъртни случаи, сгрешени диагнози, погрешно лечение и т.н. В България няма такава статистика. Това е проблем, обект на сериозно внимание и от страна на Европейския съюз. Модерните държави изследват и търсят причините за лекарските грешки и как те да бъдат избегнати. Установяват и съответна законова уредба, посветена на проблема.

Преди всичко следва да се изясни какво представлява понятието „лекарска грешка“. Терминът не е юридически, няма и легално определение в нашето законодателство. Наложил се е от медицинската практика. По принцип в медицината се говори за **„медицинска грешка“**, която се определя като „добросъвестно заблуждение на лекаря, дължащо се на несъвършенството на познанията му, методите на диагностика и лечение, особеното протичане на някои заболявания при някои болни, обективно трудните условия на работа и без да са налице елементи на нехайство, небрежност и невежество, като произтичащо от обективните обстоятелства заблуждение на медицинския специалист“.

Но лекарската грешка може да се разглежда и от правна гледна точка, т.е. като едно неправомерно деяние. В тази връзка Изпълнителната агенция за медицински одит дава следното определение: „лекарската грешка е професионално неправилно действие или бездействие, или

съвкупност от такива на лекар, извършено при оптимално създадени условия на работа, в резултат на незнание или недооценка на обстоятелствата и/или състоянието на пациента, при което са настъпили неблагоприятни последици за здравето и живота му, които са могли да бъдат предотвратени“.

Според проф. Ал. Стойнов лекарската грешка е „онова неправомерно или неправилно действие или бездействие, или съвкупност от такива, на медицинския специалист, което се отразява негативно или би могло да се отрази негативно върху здравето на пациента, като защитено от правото единство на телесната цялост, физиологично състояние и функциониране на съвкупност от тъкани, органи и системи на човешкото тяло във всеки един момент на неговото биологично съществуване, без това отрицателно изменение да е целено или допускано от специалиста“.

Лекарската грешка предполага неправомерно или неправилно поведение на медицинския специалист, което може да бъде както действие, така и бездействие. Това поведение е в нарушение на установените правила на медицинската наука. Но тя е и нарушение на правилата, установени от правните норми. Правото също регламентира дължимото поведение на медицинския специалист, както и неговите права и задължения, а също и тези на пациента. Уредбата се съдържа в редица актове, като Закона за здравето (ЗЗ), Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (ЗККК) и др.

Лекарската грешка е и нарушение на **етичните норми**. Изискване за етично поведение на лекаря поставя още Хипократовата клетва. Въз основа на нея днес са разработени действащият у нас Кодекс за професионална етика на лекаря, Етичният кодекс на лекарите по дентална медицина, Международният кодекс за медицинска етика и др. Макар и да не се предвижда наказание за нарушаването им, често етичните норми биват скрепени с юридическа санкция. Така например в Кодекса за професионална етика на лекаря и Международния кодекс за медицинската етика се посочва, че „етичните норми регулират отношенията на лекаря с пациента и неговите близки и отношенията на лекаря с колегите му и с обществото. Правилата на професионалната лекарска етика са задължителни за всеки лекар“.

Съгласно чл. 183, ал. 1 от Закона за здравето: „Медицинската професия се упражнява от лица, притежаващи диплома за завършено висше образование по специалности от професионални направления

„Медицина”, „Дентална медицина”, „Фармация” и „Здравни грижи”. Следователно субект на това неправомерно поведение може да бъде лекар, зъболекар, медицински специалист, включително медицински сестри и санитарни.

В България съществува разбирането, че липсва адекватна уредба на отговорността на медицинските специалисти. Било поради недобрата правна култура на населението или незнанието на правата им като пациенти, повечето хора не знаят с каква защита разполагат в тези хипотези. По-голяма част от пострадалите не желаят да търсят правата си поради страх от провал или просто са загубили доверие в съдебната система.

Друг тип проблемни казуси са неправомерният отказ от оказване на медицинска помощ, оказването на медицинска помощ от медицински специалисти, когато те се намират в неадекватно за целта състояние, например вследствие от употреба на алкохол или на други психотропни вещества, липсата на опит, знания, грешно лечение, диагнози, забравени инструменти в пациентите и много др. И всичко това поставя въпроса, какви възможности предоставя преди всичко българското право на пострадалите от лекарска грешка и какви са практиките в другите страни, които биха могли да бъдат заимствани и приложени и у нас. Отговор на тези въпроси може да даде един кратък преглед на правната уредба на отговорността на медицинския специалист и на неговите задължения.

Тъй като лекарската грешка засяга и уврежда най-важните блага на човека- неговия живот, здраве и телесна цялост, за медицинския специалист е предвидена, на първо място, най-тежката форма на отговорност, а именно наказателната отговорност. Нейната основна цел е да бъде стимулиран към точно изпълнение на задълженията си, под страх от наказание. По сега действащия **Наказателен кодекс (НК)** медицинските специалисти могат да носят отговорност за лекарска грешка по два състава: чл. 123 и чл. 134 НК. Тук формата на вина винаги е непредпазливост, т.е. медицинският специалист не е целял или допуснал увреждането на пациента. Но самото нарушение на установените медицински правила може да бъде както умишлено, така и по непредпазливост. В хипотезите, когато лекарят умишлено нарушава установените медицински правила с цел да причини смъртта на пациента или допуска настъпването на този резултат, той ще отговаря по състава за умишлено убийство (чл. 115 НК), а не за лекарска грешка. Този състав ще намери приложение при още една хипотеза, когато той, независимо от

подбудите си, извърши евтаназия на пациент. По нашето право евтаназията е забранена (чл. 97 ЗЗдр.). В чл. 30 от Кодекса на професионалната етика на лекаря се посочва, че той няма право да прекъсва човешкия живот.

Чл. 123, ал. 1 от Наказателния Кодекс касае случаите на причиняване на смърт поради професионална непредпазливост. Съгласно цитираната разпоредба „който причини другиму смърт поради незнание или немарливо изпълнение на занятие или на друга правно регламентирана дейност, представляваща повишен източник на опасност, се наказва с лишаване от свобода от една до шест години”.

Вторият състав е по чл. 134, ал. 1 от Наказателния Кодекс. Съгласно тази норма „който причини другиму тежка или средна телесна повреда поради незнание или поради немарливо изпълнение на занятие или на друга правно регламентирана дейност, представляващи източник на повишена опасност...”. Тук наказанието е диференцирано в зависимост от вида на телесната повреда-до 2 години или пробация за средна телесна повреда и за тежка-лишаване от свобода до 3 години.

И при двата състава става въпрос за правно регламентирана дейност, представляваща повишен източник на опасност, каквато е и лекарската професия. Това е дейност, при изпълнението на която и най-малкото незнание или немарливо изпълнение на занятието или дейността създава опасност за живота и здравето на други лица.

Законодателят е предвидил наказателна отговорност в случаите, в които, медицинският специалист, чрез действие или бездействие, причинява смърт или телесна повреда на пациента. Причината може да бъде незнание, под което се има предвид липсата на познания или опит от негова страна, или немарливото изпълнение, когато той има необходимите знания и опит, но не се съобразява с тях, вследствие на което е настъпил неблагоприятният резултат. Като по-лека форма на изпълнителното деяние се счита незнанието на дейността, където формата на вина винаги е небрежност. По-тежката форма е немарливото изпълнение на правилата, като тук формата на вина може да бъде както небрежност, така и самонадеяност.

Най-тежко наказуемите хипотези на лекарска грешка са предвидени в чл. 123, ал. 3 и чл. 134, ал. 3 НК, когато „деецът е бил в пияно състояние или ако е причинена смърт на повече от едно лице”. Медицинският специалист има правото, а също така и задължението да откаже оказването на медицинска помощ на пациент, ако не е в състояние да го направи. Той следва да потърси друг медицински специалист, който да помогне. Постава

се въпросът, ами ако лицето се нуждае от незабавна операция и няма кой друг да я извърши? Ако медицинският специалист причини смъртта на пациента в пияно състояние, той ще отговаря по този състав. Но ако въпреки това не настъпи увреждане или смърт на пациента? Дали ще бъде оправдан? По закон, той ще носи дисциплинарна отговорност за това, че практикува, докато е в състояние, което не му позволява да изпълнява пълноценно задълженията си. И макар законът тук да предвижда дисциплинарна отговорност и възможност да бъде лишен от право да упражнява тази дейност, това рядко се случва на практика.

НК предвижда и по-леко наказуеми хипотези. Чл. 123, ал. 4 гласи, че „ако деецът след деянието е направил всичко, зависещо от него за спасяване на пострадалия...”, му се налага по-малко наказание. Съгласно чл. 134, ал. 4 пък това му поведение „се взема предвид като смекчаващо обстоятелство при определяне на наказанието”. Този състав е причина много често на практика да бъде налагано по-леко наказание, поради това, че впоследствие медицинското лице е направило всичко по силите си, за да помогне на пострадалия.

Според Постановление № 6 от 07.10.1969 г. на Пленума на Върховния съд приложението на тези състави става по преценка на съда. Той трябва да прецени дали деецът е направил всичко, зависещо от него за оказване на помощ на лицето, съобразно обстановката и характера на извършваните от него действия. Ако неговите действия не са насочени към спасяване живота на пострадалия, а само го увреждат, няма да намери приложение по-леко наказуемият състав. Помощта трябва да е необходима и деецът да осъзнава, че помага на пострадалия. Също се изисква пострадалият да не е починал, тъй като, ако той е починал преди деецът да е могъл да му окаже помощ, посочените текстове на закона не се прилагат. Възможността за налагане на по-малко наказание е предвидена главно защото неблагоприятните последици не са желани и целени от дееца. Т.е. това положително поведение е преди всичко доброволно, резултат от вътрешни подбуди на лицето. Човешко е да се греши, не трябва да забравяме, че лекарят не е целял увреждане на пациента, иначе изобщо няма да отговаря по този състав, а по чл. 115 НК.

Законодателството ни предвижда и **административнонаказателна отговорност** на лекаря. Така например чл. 93 от Закона за здравето посочва, че пациентът, неговите близки могат да подават жалби и сигнали до Регионалната здравна инспекция при нарушаване на правата им, предвидени в закона, или при спорове, свързани с медицинското

обслужване. Ако се установи нарушение, се съставя акт за установяване на административно нарушение, а след това и наказателно постановление. Законът предвижда възможност за налагане на глоби, принудителни административни мерки, като например лишаване от право да се упражнява медицинска професия. Налагат се за нарушение на задълженията на медицинските специалисти и лечебните заведения, предвидени в закона-например ако медицинският специалист лекува лицето без неговото информирано съгласие, ако разпространи информация, представляваща професионална тайна и други. По-големи глоби и продължителност на лишаването от право да се упражнява професия има при хипотезите на отказ от оказване на помощ на лице, намиращо се в критично състояние, за нарушения при упражняване на професията, неморално поведение, ако лицето не подлежи на по-тежко наказание. Нашето право не предоставя възможност той да бъде лишен до живот от правото да упражнява медицинската професия.

Медицинските специалисти могат да носят и дисциплинарна отговорност и да им бъдат наложени дисциплинарни наказания, като например уволнение, предупреждение за уволнение и забележка. Те могат да им бъдат налагани, когато не изпълняват задълженията си. А съгласно чл. 116, б. „б“, т. 12 от Закона за здравето, Изпълнителна агенция „Медицински одит“ може да прави предложения до съответния министър за налагане на дисциплинарно наказание и на директора на лечебното заведение.

Друга възможност за защита, с която разполагат пострадалите, е търсенето на обезщетение за претърпените вреди от лекарската грешка. Редът за тяхното възстановяване се съдържа в чл. 45-54 и чл. 79-94 ЗЗД. Отговорността в гражданското право бива два вида-**договорна и деликтна отговорност**. Медицинските специалисти могат да бъдат субекти и носители и на двата вида отговорност. Двата вида гражданска отговорност имат различни основания за реализирането си. Договорната отговорност предполага наличието на някакво договорно (облигационно) правоотношение между медицинския специалист и пациента, по което първият не изпълнява свое задължение и в резултат на това настъпват вреди за пациента. В практиката се приема, че такъв договор е налице, но липсва както наименование за него, така и самостоятелна правна уредба. Вариантите са различни. Едни го разглеждат като договор за изработка, други- като договор за услуга. В литературата го определят като „договор за медицинска помощ“.

При деликтната отговорност няма договор или каквото и да е облигационно правоотношение между субектите. Основанието за реализирането е нарушението на общата забрана „да не се вреди другиму”, установена в чл. 45 ЗЗД. Всеки, който я наруши, е длъжен да поправи вредите, които виновно е причинил.

Съществува разбирането, че деликтната отговорност е по-благоприятна за пострадалия, отколкото договорната за кредитора. На първо място, има разлика между вредите, които се възстановяват при двете форми на гражданската отговорност. При договорната отговорност медицинският специалист, съгласно чл. 82 ЗЗД, отговаря за онези вреди, които са пряка и непосредствена последица от неизпълнението на задължението му и са могли да бъдат предвидени при поразждане на задължението. За вреди над посочените предели той не носи отговорност, дори и да са настъпили такива.

При деликтната отговорност, съгласно чл. 51 ЗЗД, обезщетение се дължи за всички вреди, които са пряка и непосредствена последица от увреждането. Тук се възстановяват не само предвидимите, но и непредвидимите вреди. Те се обезщетяват независимо от степента на вина на лицето. При договорната отговорност се допуска степенуване на отговорността съобразно вината на пострадалия и неговото поведение. Така, ако пациентът е допринесъл за увреждането си, може да бъде намален размерът на дължимото обезщетение и дори медицинският специалист да бъде освободен от отговорност. При деликтната отговорност може единствено да се намали размерът на обезщетението.

По отношение на въпроса с неимуществените вреди доскоро в съдебната практика, включително и тази на Върховния касационен съд, беше възприето, че неимуществените вреди не подлежат на обезщетяване при договорната отговорност. Обезвреда за тях можеше да се получи само при деликтната отговорност. В Тълкувателно решение № 4 от 29.01.2013 г. на ВКС той разглежда въпроса дали при неизпълнение на договорно задължение се дължи обезщетение за неизпълнение. Според него „следва да се приеме, че и нарушаването на общата забрана да не се вреди другиму, и нарушаването на договорно задължение може да причинят неимуществени вреди, които подлежат на обезщетяване”.

Сега, след това тълкувателно решение, вече разликата в размера на обезщетяваните вреди при деликт и нарушен договор не е чак толкова значителна. Но има и случаи, в които договорната отговорност може да бъде по-благоприятна или еднакво благоприятна за пациента от

деликтната. Например, когато лекарят е бил недобросъвестен и е проявил умисъл или груба небрежност, при нарушение на договора той ще отговаря за всички преки и непосредствени вреди-както предвидими, така и непредвидими. Възможно е в договора за оказване на медицинска помощ страните да са уговорили неустойка. Това е предварително определен размер на обезщетението за вредите, които биха могли да настъпят за изправната страна по един договор при неговото неизпълнение. Размерът се договаря между страните. Така на пациента се дава възможност да претендира обезщетение за претърпени вреди от неизпълнение на договора в размер на неустойката, като не е длъжен да доказва настъпването или размера им. При тази хипотеза реално настъпилите вреди за пациента може да са по-малки по размер от предвидената неустойка. Задължение на медицинския специалист ще е да докаже това обстоятелство, ако претендира намаляване на размера на неустойката. Тази хипотеза е пример как може договорната отговорност да спомогне за обезщетяване на причинените вреди в по-големи размери от деликтната. Ако пък неустойката не покрива реалните вреди, то няма пречка пациентът да предпочете да докаже техния пълен размер, за да получи по-голямо обезщетение.

Може да се постави въпросът за **кумулиране на договорната и деликтната отговорност**. Има случаи, когато е налице неизпълнение на договорно задължение, но осъществено поведение на медицинския специалист представлява и непозволено увреждане. Така се поставя въпросът дали може двете отговорности да се кумулират, да се реализират едновременно, за да се обезщетят в по-пълнен размер претърпените от пациента вреди. Прието е, че кумулирането на договорна и деликтна отговорност за поправяне на едни и същи вреди е недопустимо. Счита се, че след като е налице договор, договорната отговорност изключва деликтната. Това се дължи на различните основания за възникването им и на разбирането, че деликтна отговорност за едно лице може да възникне само при липсата на договорно отношение. Но в Решение № 188 от 15.06.2012 г. на ВКС по гр. дело № 1122/2011 г. се казва, че „наличието на договор не изключва деликтната отговорност, ако вредата е настъпила не от неизпълнение на договора, а от факти и обстоятелства, осъществяващи фактически състав на деликт- нарушаване на общото задължение да не се вреди другиму”.

Известно е, че има „юридически факти или фактически състави, които пораждат в полза на един и същ правен субект две различни притежания за задоволяване на един и същ интерес”. Така пострадалият

може да се защити с деликтен иск или договорен иск. Но тъй като не може да предяви и двата, важно е да се разграничи кога ще може да се предяви единият и кога другият. Според едни автори, като напр. проф. А. Калайджиев, пострадалият може сам да избере кой иск да предяви, с цел по-пълна защита на своите права и по-пълно възстановяване на претърпените вреди.

В своята практика ВКС посочва, че „основанието на иска ще се определи въз основа на фактите и обстоятелствата, при осъществяване на които правният субект е претърпял вредите”. Пострадалият не може да избира кой иск да предяви. Основанието и видът му ще се определят след внимателна комплексна преценка на определени обстоятелства.

На първо място, едно такова обстоятелство е поведението на медицинския специалист. И при двете отговорности имаме нарушен дълг, но той е различен. Договорната отговорност изисква неизпълнение на задължение, произтичащо от договор между страните, докато деликтът-нарушение на общата забрана да не се вреди другиму. Затова следва да се определи дали осъщественото поведение на медика е обхванато като хипотеза в договора и дали то представлява пълно неизпълнение, неточно или лошо изпълнение на договорно задължение. Или дали то не е нарушение на забраната на чл. 45 ЗЗД.

На следващо място следва да се направи преценка на настъпилите вреди. Трябва да се определи кой интерес на пациента е засегнат, тъй като разграничение между договорната и деликтната отговорност може да се направи въз основа на засегнатия интерес на пострадалия. При договора се накърнява позитивният му интерес, т.е. той очаква да получи нещо от изпълнението на договора, очаква един положителен резултат, или в неговия патримониум да постъпят определени блага и т.н. Но поради противоправното поведение на медика, той не получава очакваното. Тук целта е неизправната страна да изпълни задължението си, да осъществи дължимия резултат и да обезщети причинените вреди от нарушението на позитивния интерес на лицето. При деликта се засяга негативният интерес на пациента. Това е интересът му от неизменение на статуквото, от неговото запазване. При деликта това статукво се променя. В резултат от поведението на медицинския специалист настъпва една нежелана от пациента правна промяна. Целта на деликтната отговорност е да се заличи тази нежелана промяна, да се възстановят настъпилите вреди. Така следва да се определи дали увреждането е резултат от неизпълнение на договора или от деликт.

Следващото обстоятелство от значение за определяне на отговорността е степента на вина на медицинския специалист. Вината показва субективното му отношение към извършеното деяние и неговите последици. То показва в каква степен извършеното от медицинския специалист деяние е обществено укоримо. Показва и кой интерес е засегнат-позитивният или негативният. В определени случаи степента на вина веднага насочва към деликт. Ако медицинският специалист действа умишлено, за да навреди на пациента, няма значение кой интерес е засегнат-това ще бъде деликт, защото никой не може да черпи права от своето неправомерно поведение. Наличието на договор не може да бъде основание, при положение, че действа умишлено, да се реализира договорната отговорност. Затова следва да се прецени дали не става въпрос за такава степен на вина (умисъл, професионална небрежност), при която е налице такова сериозно нарушение на всякакви добри медицински практики, което прави поведението му далеч по-укоримо от обикновеното неизпълнение на договорно задължение [37].

Трябва да се изследва и причинната връзка между увреждането и поведението на медицинския специалист. В Решение № 547 от 31.07.2010 г. на ВКС по гр. д. № 1025/2009 г. се посочва, че „ако увреждането е в пряка причинна връзка с пълно неизпълнение, лошо или неточно изпълнение на задължения по договор, то и отговорността, включително обезщетението за изправната страна, са вследствие договорно правоотношение. Договорна е още отговорността, произтичаща от всяко друго облигационно отношение, възникнало в тежест на длъжника. Когато увреждането не е резултат от неосъществяване на очакван резултат по едно съществуващо облигационно отношение, а от неизпълнение на общото задължение на всички към всички, произтичащо от закона, да не се вреди другиму, тогава отговорността е деликтна”.

Между деликтната и договорната отговорност има редица различия в законодателната уредба. Причината за това е в различната степен на укоримост на деликта и неизпълнението на договорно задължение. При договора не се осъществява нещо дължимо, не се изпълнява едно договорно задължение. При деликта се увреждат блага на едно лице, предизвиква се нежелана от него негативна промяна и последици, което налага пораждането на деликтно правоотношение между пострадалия и увредилия го, с цел реализиране на отговорността на последния и за поправка на причинените вреди. Той засяга права, присъщи на всеки човек. Много често става въпрос за абсолютни субективни права, за които е характерно, че установяват забрана по отношение на всички правни

субекти за накърняването на някакво чуждо право. Чрез забраната на чл. 45 ЗЗД се защитават ценности като човешкия живот, здраве, телесна цялост и неприкосновеност, собственост и др. Затова деликтът е далеч по-укорим и затова установената за него уредба е по-неблагоприятна в известна степен от договорната отговорност. Всеки отговаря за поведението си, за вредите, които е причинил другиму, и следва да ги поправи.

Извън тази интересна хипотеза, деликтната отговорност на медицинския специалист ще възникне в следните няколко случая, при които липсва облигационна връзка между страните. На първо място, при принудително лечение. Много често се говори за т.нар. информирано съгласие на пациента. Съгласно чл. 87 ЗЗдр. „медицинските дейности се извършват след изразено информирано съгласие на пациента”. Медицинският специалист е длъжен да уведоми пациента за неговото заболяване, здравословно състояние и вариантите за лечението му, рисковете, свързани с него, и възможностите за благоприятен резултат. Пациентът, от своя страна, следва да даде съгласие за лечението си съобразно получената информация. Той има право да откаже по-нататъшно лечение на всеки един етап от него. Законът за здравето дава възможност при един такъв отказ, ако е застрашен животът на лицето, по решение на ръководителя на лечебното заведение да се осъществи животоспасяващо лечение. В тези случаи няма договор между пациента и лекаря. Затова, ако последният му причини вреди поради лекарска грешка, тогава той ще отговаря по правилата за деликтна отговорност.

Деликтна отговорност възниква и при лечение без съгласие на пациента. Това са хипотези, когато лицето не е било в състояние да даде съгласие за лечение-например поради това, че е в безсъзнание и се е налагало спешното му лечение. Такава отговорност възниква и когато пострадалият има договор с лечебното заведение, но не и с конкретния медик. Тук той е сключил с лечебното заведение договор за лечението си, но не е определил медицински специалист, който да извършва лечението. Такъв е определен от лечебното заведение. В случая отговорността на медицинския специалист е деликтна. Отговорността на лечебното заведение пък ще бъде договорна.

Но за лечебното заведение може да възникне и деликтна отговорност за вредите, причинени на пациента. Съгласно чл. 49 ЗЗД „този, който е възложил на друго лице някаква работа, отговаря за вредите, причинени от него при или по повод изпълнението на тази работа”. Това е т.нар. отговорност за чужди действия. Наред с възможността да иска

възстановяване на вредите от медицинския специалист се дава възможност на пациента да потърси такова от лечебното заведение. По този начин той се улеснява, тъй като получаването на присъденото обезщетение ще е по-лесно и бързо поради по-големите финансови възможности на лечебното заведение в сравнение с конкретния делинквент. За изплатените суми лечебното заведение има право на регресен иск срещу подчинения си. В какви граници ще отговаря медицинският специалист пред лечебното заведение, ще се определя в зависимост от отношенията между тях. Ако е налице сключен трудов договор, ще се приложат правилата на трудовото право по чл. 203-212 от Кодекса на труда. Ако имаме граждански договор, медицинският специалист ще отговаря съобразно уговореното в договора между страните или ако те не са уговорили нищо-пълна регресна отговорност. Съгласно чл. 54 ЗЗД „лицето, което отговаря за вреди, причинени виновно от друго, има иск против него за това, което е платил”.

Отговорност за лечебното заведение ще възникне, освен при вреди, причинени от неговите служители на пациент, също и когато вредите са настъпили поради повредена апаратура или вследствие от лошата организация на работата в лечебното заведение. В тези случаи то ще отговаря отново в съответствие с правилата на деликтната отговорност. В Закона за лечебните заведения е дадена легална дефиниция на понятието „лечебни заведения”. Това са организационно обособени структури на функционален принцип, в които лекари или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински и немедицински специалисти осъществяват всички или някои от дейностите, посочени в закона. Те оказват болнична и извънболнична помощ. Тяхната дейност също подлежи на контрол от съответните контролни органи, посочени в ЗЛЗ и ЗЗдр.

И при двете форми на гражданската отговорност е налице противоправно поведение на лекаря. То може да се изразява както чрез действие, така и чрез бездействие. Може да се изразява в недостатъчно или неправилно лечение, грешна диагноза, ненавременна операция и др. Но едно особено задължение на медицинските специалисти, произтичащо от същността на извършваната от тях дейност, е да помагат на хората при необходимост. Това е задължение за активно поведение и неговото нарушение също води до отговорност за медицинския специалист-както наказателна, така и гражданска. Чл. 7 ЗЛЗ казва, че „никое лечебно заведение не може да откаже медицинска помощ на лицата, явили се в него в състояние, което застрашава техния живот, независимо от

местоживеенето им”. Същото установява и ЗЗдр. по отношение на медицинския специалист. За съжаление на практика има безброй примери за неправомерен отказ от лечение и оказване на помощ. А при условие, че става дума за човешкия живот и здраве, навременната реакция е изключително важна, както и самото лечение [37, 120].

Непредоставянето на информация на пациента относно здравословното му състояние също представлява неправомерно бездействие от страна на медицинския специалист. Така в Решение № 787 от 5.10.2012 г. по гр. д. № 2866/2011 г. на Шуменски районен съд се посочва: „лекарите, освен компетентна и своевременна медицинска помощ, съгласно разпоредбата на чл. 86, ал. 1, т. 8 Закона за здравето, дължат на пациентите ясна и достъпна информация за здравословното им състояние и методите за евентуалното им лечение, поради което и съгласно общите принципи на правото и Правилата за добра медицинска практика носят отговорност не само при допускане на лекарска грешка, но и при вреди, причинени в резултат на поведение, изразяващо се в незачитане и несъобразяване с етични правила и норми”.

Във връзка с възстановяването на вредите от лекарска грешка, сред различните държави могат да се различат два отделни механизма/системи за обезщетяване на вредите, резултат от лекарска грешка. Първият е възприет и у нас. Това е системата за компенсиране на вредата. В редица законодателства се предвижда задължителна застраховка на медиците. Съгласно чл. 189 Закона за здравето лечебните заведения трябва задължително да застраховат лицата, упражняващи медицинска професия в тях, за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно неизпълнение на професионалните им задължения. Ако увреден пациент предяви иск срещу лечебното заведение за причинените му вреди, последното, стига да има застраховка по чл. 189 ЗЗдр., ще може привлече в делото застрахователната компания. Пациентът може да потърси обезщетение и директно от застрахователя. Става дума за застраховане на гражданската отговорност на медицинския специалист, или т.нар. застраховка „Професионална отговорност на лекаря и медицинския персонал”. Тя покрива отговорността на медицинския специалист и останалите лица от медицинския персонал за причинените имуществени и неимуществени вреди на пациенти.

В редица държави по света тази практика за застраховане също е възприета. Типичен пример са САЩ и Германия, където застраховането на медиците е задължително, за да предпазят себе си и практиката си. В

повечето случаи при предявени искиове за вреди, причинени на пациенти, лечебните заведения предпочитат да заплатят огромни суми обезщетения, за да не се уронва престижът им. В България застраховката е само за виновна отговорност на медицинския специалист, докато в Швеция например пациентът има право да получи застраховка и когато медикът е направил абсолютно всичко възможно, положил е дължимата грижа, но въпреки това вредите са настъпили. Застраховката ще обхваща средствата за диагностика, разходите, които са направени за ограничаване или предотвратяване на вредите и неимуществените вреди. Може да се окаже, че вследствие на увреждане на здравето на пациента, той е неработоспособен. При тази хипотеза лекарят може да бъде задължен да плаща издръжка за времето, през което лицето не може да използва работоспособността си, за да си набавя необходимите му средства за живот. Тази издръжка също може да се покрие от застраховката. За България няма данни какви средства са били изплатени по такива застраховки, но във Великобритания обезщетенията за лекарски грешки годишно са около 290 милиона фунта стерлинги, а в САЩ-140 милиона щатски долара.

Друг вариант е т.нар. **компенсаторна система**, или компенсация без търсене на вина. При нея всички, които са претърпели медицинско увреждане, без да се иска непременно да е небрежно, имат право на компенсация. Така се избягват и разходите по доказване на небрежността. Важното е правата на пациента да са защитени и все пак понесените вреди да бъдат поправени.

Една трета алтернатива за разрешаване на спора за обезщетението, която е и най-подходяща и за двете страни, е **процедурата по медиация**. Това е алтернативен способ за решаване на спорове с участието на трета независима страна-медиатор, който да помогне на страните да намерят взаимно изгодно решение. В много държави като Франция, Белгия и Германия медиацията се прилага за решаване на спорове между медицинския специалист и пациента. В Белгия има отдели по медиация към всяко едно лечебно заведение, които да спомогнат за разрешаване на дребни спорове между медицинския специалист и пациента. В Германия са създадени експертни комисии и служби за уреждане на спорове, създадени към лекарските камари.

Предимството на медиацията е, че така се дава възможност на медицинския специалист и пациента да разрешат бързо въпроса за възстановяване на причинените вреди. Ако медицинският специалист има

вина за увреждането и знае това, той може да предпочете вместо по съдебен ред, отношенията между тях да се уредят чрез медиация. Но тя е изгодна и за пациента-страните ще могат да договорят размера на обезщетението за причинените вреди, дори по-пълно биха били защитени интересите му. В другите държави медиацията по спорове за лекарска грешка е по-често срещана, отколкото в България.

Проблемът с търсенето на първопричините и отговорността за грешките в здравната система е проблем във всички държави. Така например в САЩ като част от изследваните и сочени причини за лекарска грешка се посочва липсата на достатъчно сън и почивка за медиците, поради дългите и продължителни смени. Това може да създаде предпоставки за проява на небрежност от страна на медицинските специалисти. Други посочвани причини са новите процедури, неопитност на медицинските сестри и лекари, липсата на добра комуникация между лицата от лекуващия персонал, тъй като често за един болен няма конкретен медицински специалист, който да се грижи при болнично лечение. То се осъществява често от различни медици. Понякога и самото поведение на медицинския специалист е причина за лекарските грешки. Например ако той отказва оказването на медицинска помощ или тя се оказва, но от лица, които не са в адекватно състояние.

Характерно при лекарската грешка е, че за да се докажат настъпилите вреди на пациента и че те са резултат от противоправното поведение на медицинския специалист, се извършват съдебномедицински експертизи. Много често обаче се оказва, че с методите на съдебномедицинската експертиза това е невъзможно. Причината може да е в „колегиалността между членовете на медицинската гилдия“. Изхождайки от това, че професията е високо рискова и „че на всеки може да му се случи“ и най-вече „гарван гарвану око не вади“, медицинските специалисти отказват да дават коментари и оценки за професионалното поведение на свои колеги при лекарска грешка. Това поведение може сериозно да затрудни правораздаването [37]. Все пак изходът на процеса зависи в голяма степен именно от вещите лица, тъй като съдът няма знания в областта на медицината. Колкото и материали от областта на медицината да прочете съдът, пак ще разчита повече на мнението на вещото лице, тъй като в медицината има колкото правила, толкова и изключения [120].

Като възможни варианти юристи, ангажирани с темата за подобна отговорност, предлагат варианти за решение:

Като първи вариант може да се потърси помощ от чуждестранни специалисти. На следващо място следва да се обърне внимание, че към съдилищата има списъци с вещи лица, които могат да извършат експертизата, но редно би било експертизата да не се възлага на вещи лица от същото населено място. Много често медицинските специалисти в един град се познават, а да даваш заключение за грешките на познат, е трудно, независимо колко груби са те. Или както казва доц. д-р Д. Радойнова: „Основен принцип е тя да не се назначава в лечебното заведение, където е станало събитието, поради конфликт на интереси. Най-добре е да се назначават вещи лица от друг съдебен район, а конкретните специалисти да бъдат избирани между изявени лекари в различните медицински специалности, по възможност хабилитирани лица от висшите медицински училища“. Трето, следва да се установи ефективна система за контрол върху експертите, за да се гарантира тяхната независимост и безпристрастност при извършване на експертизите. Като следващо трябва да се специализират разследващи органи, прокурори, дори съдии за работа с такива дела. Важността на съдебномедицинската експертиза е голяма. Тя е основата да се определи дали медицинският специалист е действал правилно и навреме, какви са извършените от него грешки, причината за смъртта и редица други важни обстоятелства по делото. Затова е важно с оглед на значението да се осигури обективно, безпристрастно и правилно извършване на експертизата от вещото лице.

В заключение: законодателството ни дава редица възможности за защита. Всъщност медицинската професия е една от най-правно регламентирани и наблюдавани професии. Рядко правото установява по отношение на дадена професия всички видове отговорност. Отделен въпрос е какви са резултатите от прилагането на уредбата и доколко гражданите се възползват от предоставените им от закона възможности. От друга страна, самите дела за лекарска грешка са доста сложни и изискват от съда познания по медицина, с които не разполага. Не става по-лесно и от факта, че медицината е професия, при която има колкото правила, толкова и изключения.

Също така липсва статистика за броя на жертвите на лекарска грешка в България, но годишно около 600 дела се водят срещу лекари, поради опасения, че те са допринесли за увреждането или смъртта на пациенти. Представа за броя на случаите на лекарска грешка и осъдените медици може да се добие от статистиката за делата по чл. 123 НК. За периода от 2001 г. до първата половина на 2011 г. най-много наказателни производства са образувани през 2010 г.-317, по тях 75 лица са предадени

на съд, осъдени са 39, а 13 са оправдани. През 2009 г. броят на наказателните производства е 210, за 2008 г.-223, за 2007 г.-233.

Факт е едно: този проблем все повече ще се задълбочава в България, както и в световен мащаб. специалисти. Изискванията към медицинския специалист са големи, били те правни, морални и етични. Формулирането на легитимни понятия „медицинска грешка/лекарска грешка“ е в интерес както на пациентите, така и на медиците. Създаването и въвеждането на т.н. Правила за добра медицинска практика ще стандартизира по ясни алгоритми работата по медицински специалности и научни направления и ще улесни установяването на спазване или неспазване на тези научни по същество ръководства за поведение. Това би облекчило и юристите в процеса на изясняване на отговорността при съдебни процедури, а би защитило и медицинските

Българското законодателство и медицинската грешка

Българският законодател е регламентирал защитата на правата и интересите на гражданите от професионални правонарушения в сферата на здравеопазването чрез институтите: гражданска, административно-наказателна, дисциплинарна и наказателна отговорност на лица.

Един от видовете професионално правонарушение е лекарска грешка. Няма легално определение в правото на гражданския термин „лекарска грешка“. В това понятие се включват неправилни: действия, бездействия или съвкупност от тях, при осъществяването на които е настъпил или е имало вероятност да настъпи негативен ефект върху пациента. По-точното название е „медицинска грешка“ (*medical malpractice*), тъй като в това понятие се включват действия, извършени не само от лекари, а въобще от лица, работещи в здравеопазването. Такива са: стоматолози, фармацевти, акушерки, медицински сестри, помощник-фармацевти, ембриолози, лаборанти, рехабилитатори и други [32], [38].

Търсене на деликтна отговорност при медицинска грешка

Съдебните производства за обезщетяване на лица, претърпели вреди от медицински грешки, могат да бъдат граждански и наказателни, които са придружени с граждански иск, предявен в наказателното производство. Инкриминирането на конкретно деяние води до търсене на наказателна отговорност към извършителя. Този институт се

прилага и тогава, когато пострадалото лице не заявява желание за правова защита за нарушените му права. В Наказателната колегия на ВКС през периода 1996-2014 г. са разгледани 36 наказателни дела за лекарска грешка от общо 147 наказателни дела за причинени смърт, тежка или средна телесна повреда на пациент при проявена професионална непредпазливост.

Законодателят е осигурил средства за защита на пострадалия от медицинска грешка. Но предявяването на иск за обезщетение в гражданското производство е свързано с трудно, сложно, понякога невъзможно доказване на причинноследствена връзка между правонарушението и вредата.

Въпреки че законодателят е осигурил начини за правна защита при лекарска грешка, нарасналият брой наказателни и граждански дела в тази сфера не води до намаляване на професионалното правонарушение, в частност до намаляване на медицинските грешки [32,38].

За да се намалят случаите на такива негативни взаимоотношения в обществото, е необходимо да се засили превантивната дейност. Тя следва да съдържа в себе си:

- системен периодичен анализ на допуснати медицински грешки, който да се извършва от съответните съсловни организации от сферата на здравеопазването лекари, стоматолози, фармацевти, акушерки, медицински сестри, рехабилитатори и други;
- системен периодичен анализ на съдебните решения и прокурорски актове, постановени по отношение на медицински грешки, който да се извършва от съответните съсловни организации от сферата на правораздаването- съдии, прокурори, следователи, адвокати, юрисконсулти и други;
- акцентиране върху правната подготовка на работещите в сферата на здравеопазването чрез системата за висше образование и с участие на застрахователните дружества;
- акцентиране върху правната подготовка на населението в сферата на здравеопазването чрез системата за средно образование.

2.3.6. Изводи от литературния обзор

- Видно от редица анализи, нараства броят на подаваните сигнали за нарушени права в здравеопазването и това е трайна тенденция. Потребителите на здравни услуги в страната имат различни по вид и сложност проблеми, свързани със здравната система.
- От направените проучвания за вида подавани жалби се очертават множество проблеми: неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ; нарушени права на пациентите/ затруднен достъп до медицинска помощ; организационни нарушения; нерегламентирани плащания; морално-етични проблеми и др.
- Изискванията към медицинския специалист са големи, били те правни, морални и етични. Формулирането на легитимни понятия „медицинска грешка/лекарска грешка“ е в интерес както на пациентите, така и на медиците. Създаването и въвеждането на т.н. Правила за добра медицинска практика ще стандартизира по ясни алгоритми работата по медицински специалности и ще улесни установяването на спазване или неспазване на тези научнообосновани по същество ръководства за поведение. Това би облекчило и юристите в процеса на изясняване на отговорността при съдебни процедури, а би защитило и медицинските специалисти от неоснователни претенции.
- Все по-сериозна алтернатива за разрешаване на спорове в здравеопазването, която е и най-подходяща и за двете страни, е процедурата по медиация. Това е алтернативен способ за решаване на спорове с участието на трета независима страна-медиатор, който да помогне на страните да намерят взаимно изгодно решение. В редица държави има отдели по медиация към всяко едно лечебно заведение, които да спомогнат за разрешаване на дребни спорове между медицинския специалист и пациента или са създадени експертни комисии и служби за уреждане на спорове, създадени към лекарските камари.
- Органите, компетентни да се занимават със спорни ситуации, касаещи здравната система и взаимоотношенията пациент-медик, могат да са със специални правомощия за това (ИАМО) или такива от общ характер (съд, Комисия за

защита от дискриминация). Анализът на подаваните жалби достоверно отразява проблемите в здравеопазването през погледа на пациентите, като броят на жалбите и сигналите, тяхната допустимост, са различни при различните институции и зависят от тяхната способност за експертиза, компетентности и правомощия.

- Омбудсманът на Република България е институция с широки правомощия, които включват правомощия и ангажименти, свързани със здравеопазването, ако бъде сезиран или се самосезира. Броят на жалбите и сигналите на граждани за проблеми в здравната система, отправени към омбудсмана са 2772 броя. Тяхната тенденция е към покачване ежегодно, сочи литературният обзор.
- Появата на институцията Здравен омбудсман е сравнително скорошно явление. От една страна тя е уважение към сериозната асиметрия на властта в отношенията пациент-професионалист, но с идея да се уважават правата на потребителите на здравни грижи.
- Ролята на Здравния омбудсман навлиза с бързи темпове в много държави като Австрия, Финландия, Гърция, Унгария, Норвегия и Обединеното кралство, Израел, Бразилия. Тези страни наблягат на различни подходи за защита на пациентските права, търсейки ефективен механизъм.
- В различните страни с въведена фигура на Здравен омбудсман съществува различна правна регламентация, обхват на дейността, нива на работа и правомощия, както и регионално или национално въздействие.

3.Цел. Задачи. Материал и методи

3.1. Цел

Да се проучат, анализират и представят нуждата и нагласите за въвеждане на институцията Здравен омбудсман в Република България.

3.2. Задачи

1. Да се направи срезово проучване на:

- Съществуващите проблеми в здравната система от гледна точка на правата на пациентите;
- Настоящите възможности за защита на правата на пациентите;
- Потребността от въвеждане на институцията Здравен омбудсман в България.

2. Да се анализират резултатите от проучването от гледна точка на нагласите за въвеждане на институцията Здравен омбудсман в България.

3. Да се направи преглед на опита на страните, въвели институцията Здравен омбудсман.

4. Да се обсъди и предложи вариант/варианти за институционализирането, включително правно, на фигурата на Здравен омбудсман в Република България.

3.3. Работни хипотези

- Проблемите в здравната система се отразяват на удовлетвореността на пациентите и са от различно естество, някои от които притесняват по-сериозно, отколкото се предполага респондентите като доплащанията, корупцията, съмненията за медицински грешки, лошото отношение към пациента и др.
- Възможностите за търсене на нарушени права чрез внасяне на жалби и сигнали към различни органи и институции в настоящия момент са немалко (Ръководство на ЛЗ; МЗ/РЗИ; КЗД; съд; НЗОК; съсловни организации), но при нито един от тези органи на сезиране не се наблюдава превалиране на дял оплаквания, респ. доверие.
- През последното десетилетие при очертаващо се предпочитание към Омбудсмана на РБ като орган за жалби и сигнали, е възможно въвеждането на институцията, Здравен омбудсман в България да бъде прието положително.
- Нагласите за необходимостта от въвеждане на институцията Здравен омбудсман в България най-вероятно са различни при деференцирани по образование и професии групи респонденти, например между юристи, медици и потребители на здравни услуги.

3. 4. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За постигане на целта и задачите планирахме и проведохме следните изследвания:

- 1. Проучване на проблемите в здравната система и възможностите за търсене на нарушени права в настоящия момент, както и на нагласите за необходимостта от въвеждане на институцията Здравен омбудсман в България.**
- 2. Оценка на чуждия опит за институцията Здравен омбудсман чрез SWOT анализ.**
- 3. Предложение на варианти за възможности за институционализиране/правно легитимиране на институцията Здравен омбудсман.**

Бяха използвани следните методи:

1.Документален

2.Социологически (анкета)

3.Статистически:

- дескриптивна (описателна) статистика на въпросите, които се явяват променливи, заедно с графики**
- изследване на връзки и зависимости между въпросите променливи**
- корелационни коефициенти**

4.SWOT-анализ на практиката/опита на страните, въвели институцията Здравен омбудсман.

Материал и методи за проучване на необходимостта от въвеждане на институцията Здравен омбудсман в България.

Проведено е срезово проучване на проблемите в здравната система и възможностите за търсене на нарушени права в настоящия момент, както и на нагласите за необходимостта от въвеждане на институцията Здравен омбудсман в България сред 396 души от областите София, Пловдив, Стара Загора и Разград в периода от месец февруари до месец март 2022 г.

Информацията е събрана чрез анкетна карта, която включва 14 въпроса, структурирани в панели (Приложение 1) :

1. Социално-демографски характеристики (1-4)

Първата група от 4 въпроса може да се обособи като т.нар. паспортен блок въпроси, свързани с възраст, местоживееене, степен на образование, които биха могли да са във връзка с предмета на изследването. За целите на проучването е включен въпрос за вида образование за обособяване на групи на респондентите с юридическо и медицинско такова, както и група на респондентите с различни от тези два типа квалификации.

2. Панел от въпроси, идентифициращи наличие на проблеми в здравната система (5-10)

Два от тях търсят директен отговор за наличие на корупционни практики в системата за плащания „на ръка“, както и на т. нар. регламентирани плащания; както и въпроси за съществуващи трудности и проблеми в системата, идентифицирани от анкетираните-дали според тях са нарушавани правата им; били ли са, според тях, те или близките им, жертва на грешки в лечебно-диагностичния процес.

Въпросите изясняват евентуални причини за неудовлетвореност на пациентите. Въпрос 8: „Какъв според Вас е основният проблем в здравната система?“ предвижда шест възможности за отговор, обхващащи широка палитра от проблеми.

3. Панел от въпроси, свързани със сегашните и бъдещи възможности за търсене на права (11-14)

Последните три въпроса проучват мнението на пациентите относно евентуално нарушаване на техните права в хода на лечебно-диагностичния процес и къде биха потърсили правата си ако се наложи. Въпросите дават

възможност да се оценят чрез преки въпроси опциите за предпочитани органи за внасяне на жалби и сигнали до различни институции в настоящия момент и евентуално при създаване на институцията Здравен омбудсман в България. Отговорите дават възможност за косвена оценка на работата и ефективността на действащите към момента органи на контрол и защита.

Подбор на изследваните лица

Рамка на подбора: население на възраст над 18 години. В проучването са включени респонденти от различни по големина населени места.

Извадката не следва строго принципите на случайния подбор.

Инструментарий

Анкетата съдържа 14 затворени въпроса, на всеки от които може да бъде даден само един от посочените отговори. Използвани са номинална и ординална скали на измерване, което налага приложението на хи-квадрат анализа при изследването на зависимости. Стойността на хи-квадрат критерия на Пирсън, χ^2 и неговата значимост, p са дадени в скоби след всяка проверка. За целите на анализа е използвано ниво на значимост $\alpha=0,05$. При голям брой варианти за отговор понякога се нарушават предпоставките за коректното приложение на хи-квадрат анализа: да няма клетка в кростаблицата с очаквана стойност по-малка от 1, и второ, ако има клетки с очаквана стойност по-малка от 5, те да са не повече от 20%. В такива случаи е използван хи-квадрат критерий с поправка на правдоподобие, означен с $L\chi^2$ [51], [64] likelihood ratio statistic. За оценка на силата на зависимост на отговорите на двойка въпроси, в случаите когато тя е статистически значима, е приложен и коефициентът на Крамер (Cramer's V), тъй като е нормиран в граници от 0 до 1.

Обработка на данните

Данните от анкетното проучване са въведени в Microsoft Access, а за нуждите на обобщаването и статистическите анализи е използван статистическия софтуерен продукт SPSS for Windows. Тъй като всички променливи са качествени, в описателния анализ са представени като относителни дялове, а при проверката на хипотези е използван непараметричният тест χ^2 . За ниво на значимост е използвано $\alpha = 0.05$.

4. Резултати:

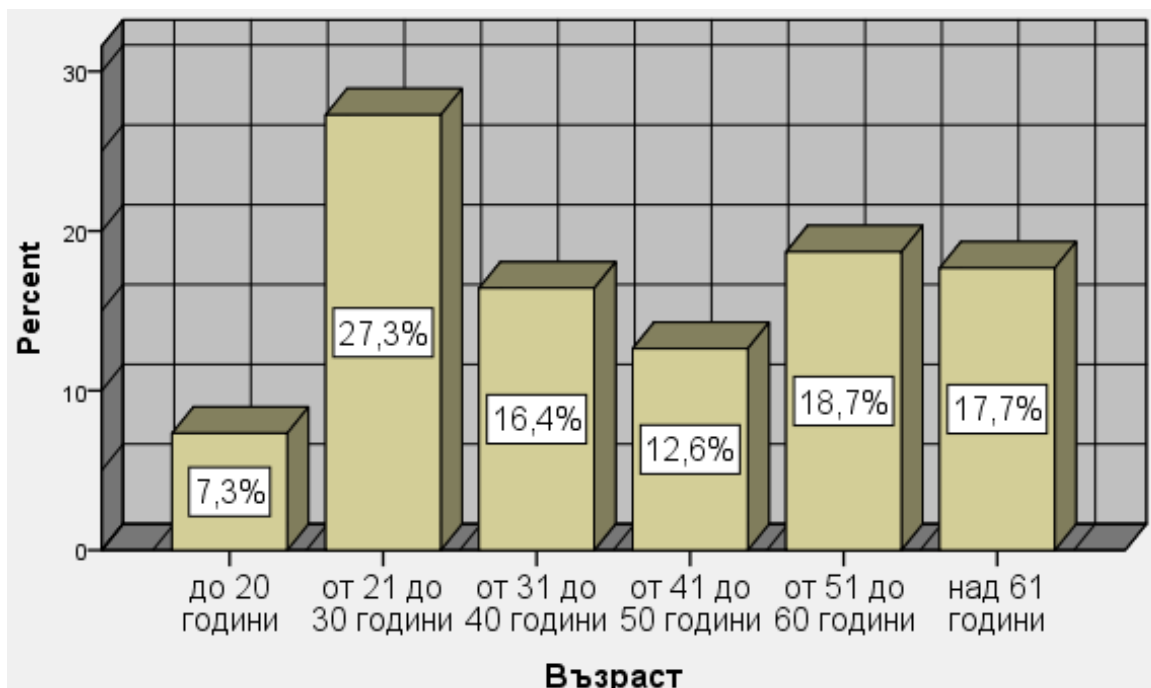
Проучването, анализът и представянето на необходимостта от въвеждане на институцията Здравен омбудсман в Република България са аспектите, които са във фокуса на настоящата работа.

Проведена бе анкета сред 396 български граждани.

За оценка на силата на зависимост на отговорите на двойка въпроси, в случаите когато тя е статистически значима, е приложен и коефициентът на Крамер (Cramer's V), тъй като е нормиран в граници от 0 до 1. Обработката на анкетите е извършена с програмния пакет SPSS.

Първата група от 4 въпроса може да се обособи като т.нар. паспортен блок въпроси, свързани с възрастта, местоживеенето, степента на образование и вида образование (с възможни отговори: право, медицинско и друго), които биха могли да са във връзка с предмета на изследването.

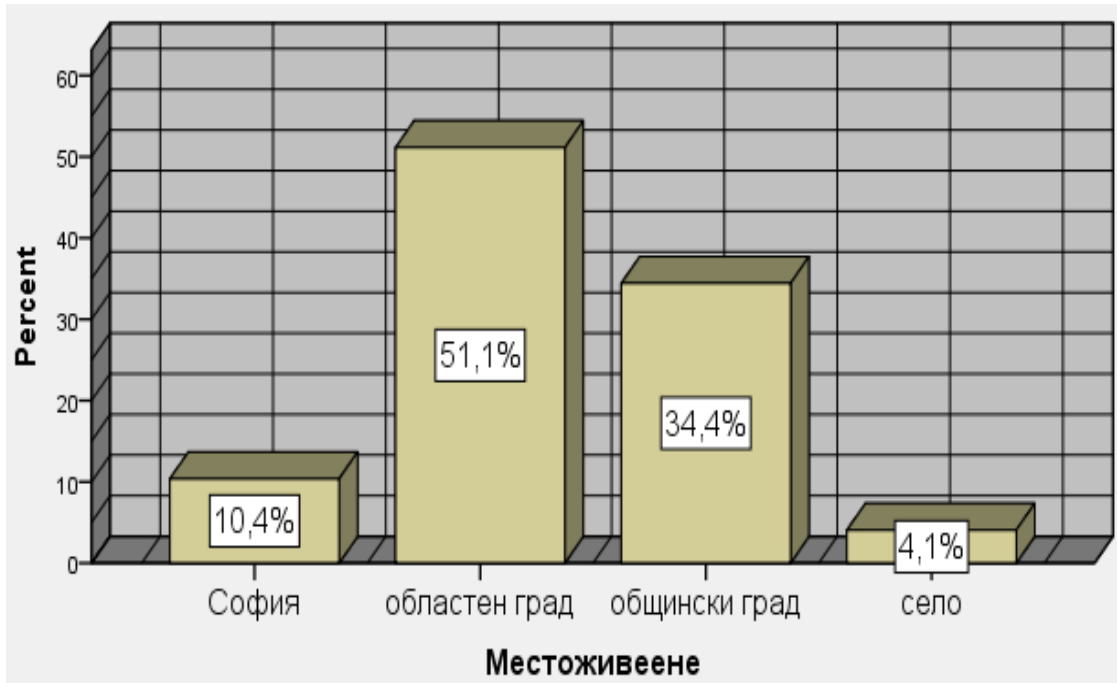
Резултатите за възрастта на участниците в анкетата показва следните данни (Фиг.13), а за разпределението по местоживеене са отразени на фигура 14.



Фигура 13: Резултатите за възрастта на участниците в анкетата

Отговор са дали всички 396 респонденти. Най-голям процент от анкетираните са на възраст между 21 и 30 години (27,3%). Това са младите

хора в България. Статистиките показват засилен интерес на тази група към проблемите в здравната система.

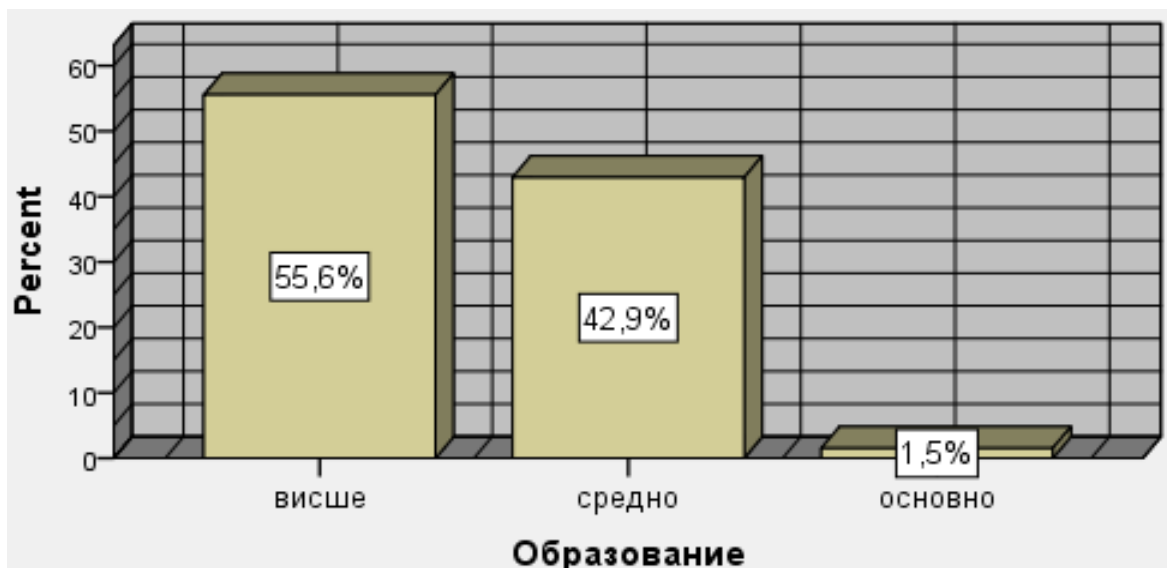


Фигура 14: *Разпределение по местоживееене на участниците в анкетата*

Отговор са дали 395 от анкетиранияте, или 99,75%.

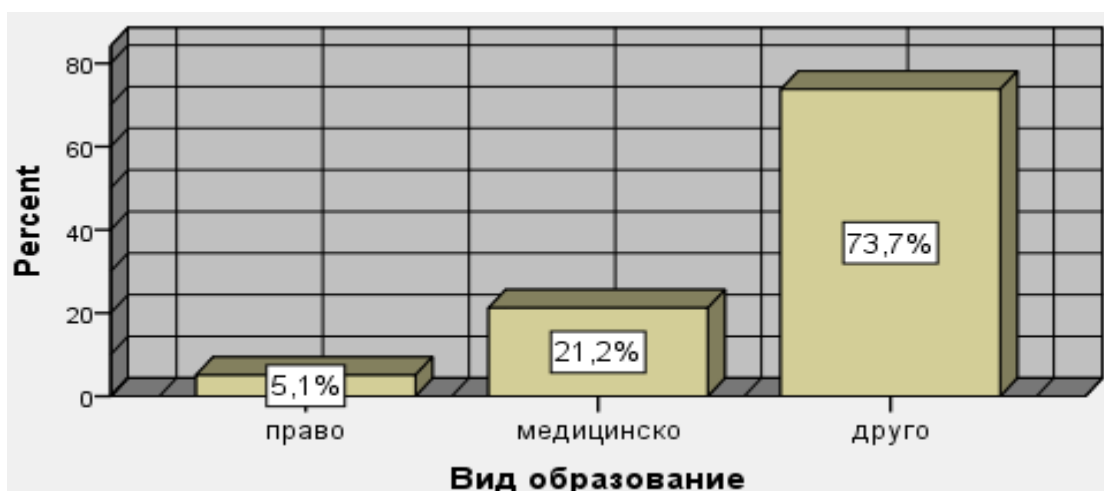
На въпроса относно местоживееенето са отговорили 100 % от анкетиранияте. Повече от половината, от които (55,6%) са с висше образование, 42,9% със средно и едва 1,5% от анкетиранияте са с основно образование. (Фиг.15)

Най-голям процент от респондентите, повече от половината от тях (55,6%), са хора с висше образование, като се предполага тяхната висока култура и ангажимент към случващото се в здравната система в страната.



Фигура 15: Степен на образование на респондентите

На въпрос, свързан с вида образование на респондентите, отговор са дали всички 396 души. За целите на нашето проучване, респондентите бяха разделени условно съгласно позицията им спрямо здравната система – юристи, медици и хора с друго образование (пациенти). Най-голям процент (73,7%) са отговорили „друго”, 21,2% са с медицинско образование, а 5,1% от анкетираните са с юридическо образование (Фиг.16).



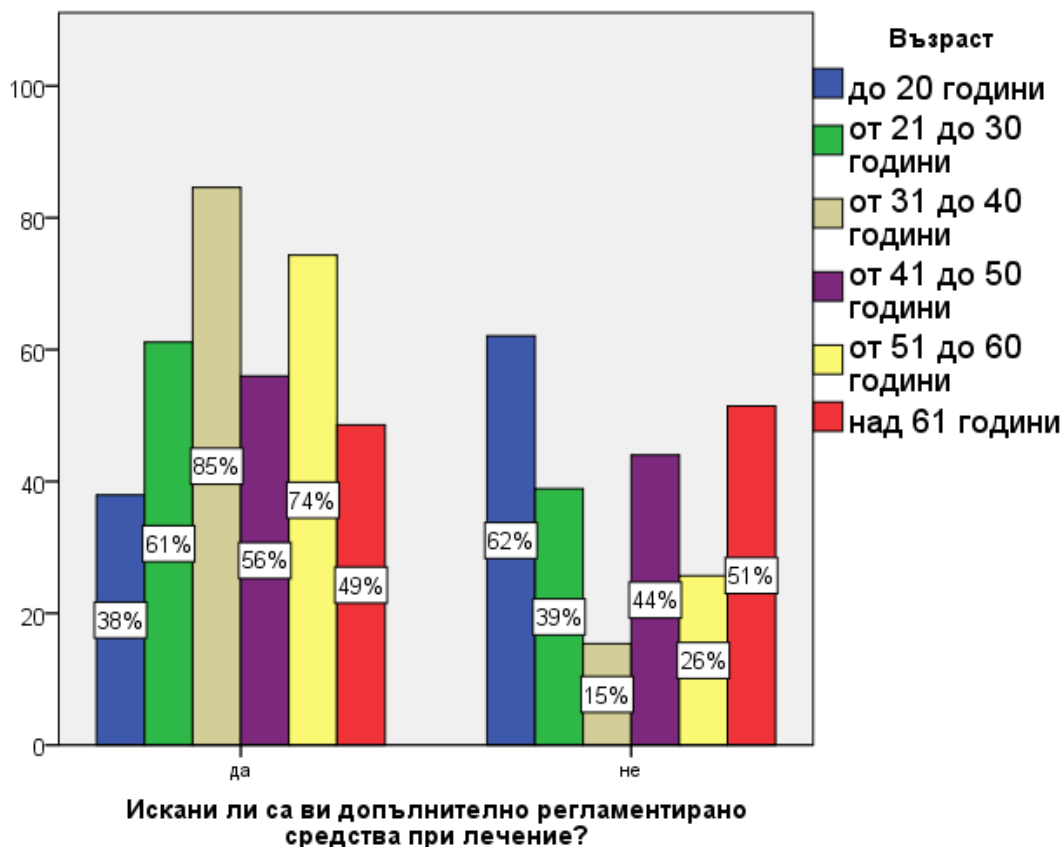
Фигура 16: Вид образование на респондентите

- **Колко сериозен е проблемът с регламентираните доплащания и плащанията на ръка?**

На въпроса: Искани ли са ви допълнително регламентирано средства при лечение? отговор са дали всички анкетирани, 249 (62,9%) отговарят с „да“, останалите 147 (37,1%) с „не“. (Фиг.17)

Установена е статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и възрастта на респондентите (хи-квадрат критерия на Пирсън има стойност $\chi^2(5) = 32,340$; $p = 0,000$, Cramer's $V=0,286$).

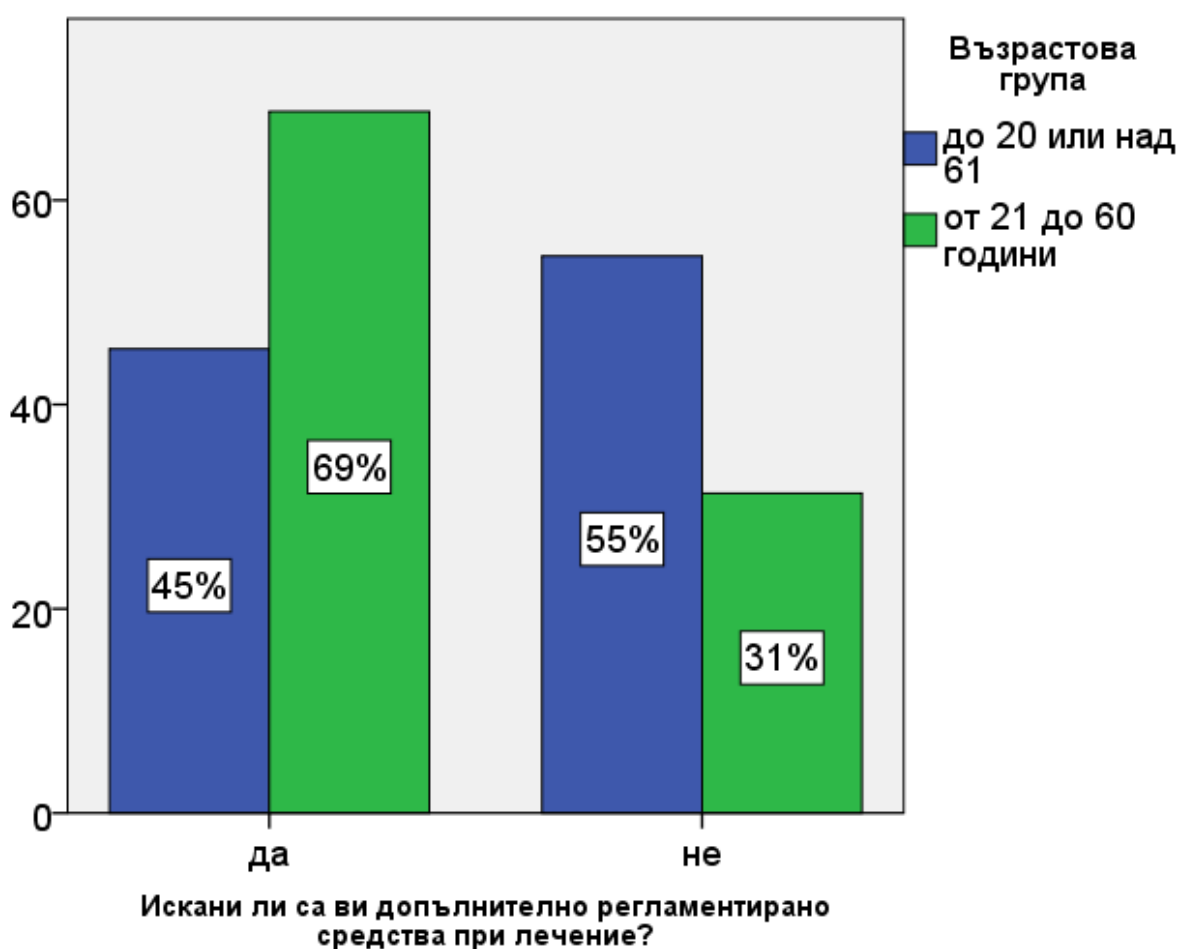
Притеснителен е фактът, че 62,9% от анкетираните са отговорили с „да“. От този процент можем да очертаем ясно назрял проблем в българската здравна система. Въпреки, че не е редно да се искат допълнително регламентирани средства при лечение на повечето от заболяванията, защото здравноосигурените лица трябва да бъдат изцяло обезпечени от здравна каса, в България се налага пациентите да заплащат немалки суми като допълнителни здравни средства. Това е проблем, за който към днешна дата няма институция, към която гражданите могат да сигнализират за нарушените си права и се принуждават да заплащат всякакви допълнителни средства при лечение.



Фигура 17: Въпрос относно нерегламентираните средства при лечение

Само в групите „до 20 години“ и „над 61 години“ отговорилите с „не“ на пети въпрос са повече от тези, избрали отговор „да“, като във втората те са почти поравно, съответно 51% и 49% (виж Фиг.17). Над общия процент от 62,9 изчислен за шестте възрастови групи взети заедно, отговор „да“ са избрали анкетираните от групите „от 31 до 40 години“ (85%) и „от 51 до 60 години“ (74%).

Да разделим анкетираните на две групи: Група 1-включва тези до 20 години и тези над 61 години, а Група 2-от 21 до 60 годишна възраст. От Група 1, 45% избират отговор „да“ на пети въпрос, докато от Група 2-69% (фиг. 18). Разликата в процентите е статистически значима ($\chi^2(1) = 17,169$; $p = 0,000$; Cramer's $V=0,208$).



Фигура 18: Въпрос относно искане на допълнителни регламентирани средства при лечение

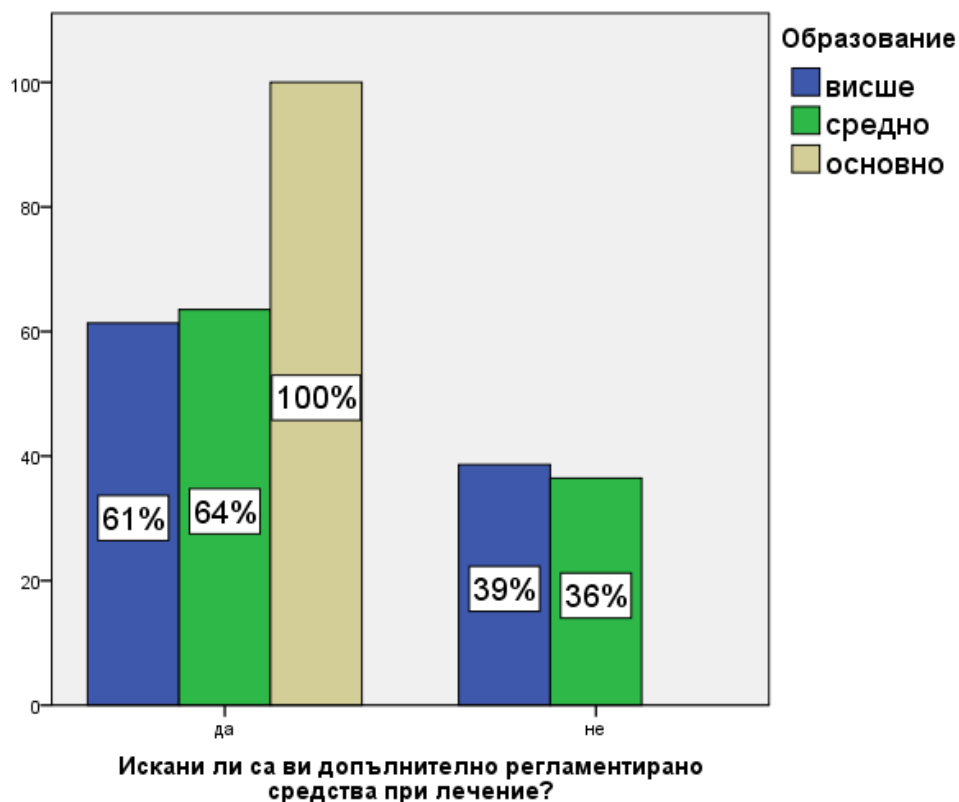
Не е установена статистически значима връзка между отговорите на 5 въпрос и местоживеенето ($\chi^2(3) = 6,038$, $p = 0,110$).

Разпределението на отговорите на въпроса: „Искани ли са ви допълнително регламентирани средства при лечение?“, в зависимост от

образованието (въпрос №3) и вида на образованието (въпрос №4) е показано на фигури 19 и 20. За образованието, значимостта на хи-квадрат критерия на Пирсън е близо до приетото ниво на значимост $\alpha=0,05$ ($L\chi^2(2) = 5,814; p = 0,055$). Това означава, че при избор на малко по-високо ниво на значимост, например $\alpha=0,06$ (или евентуално при по-голяма по обем извадка), би се приела хипотезата за наличие на връзка между степента на образование на пациента и отговора му на разглеждания въпрос от анкетата.

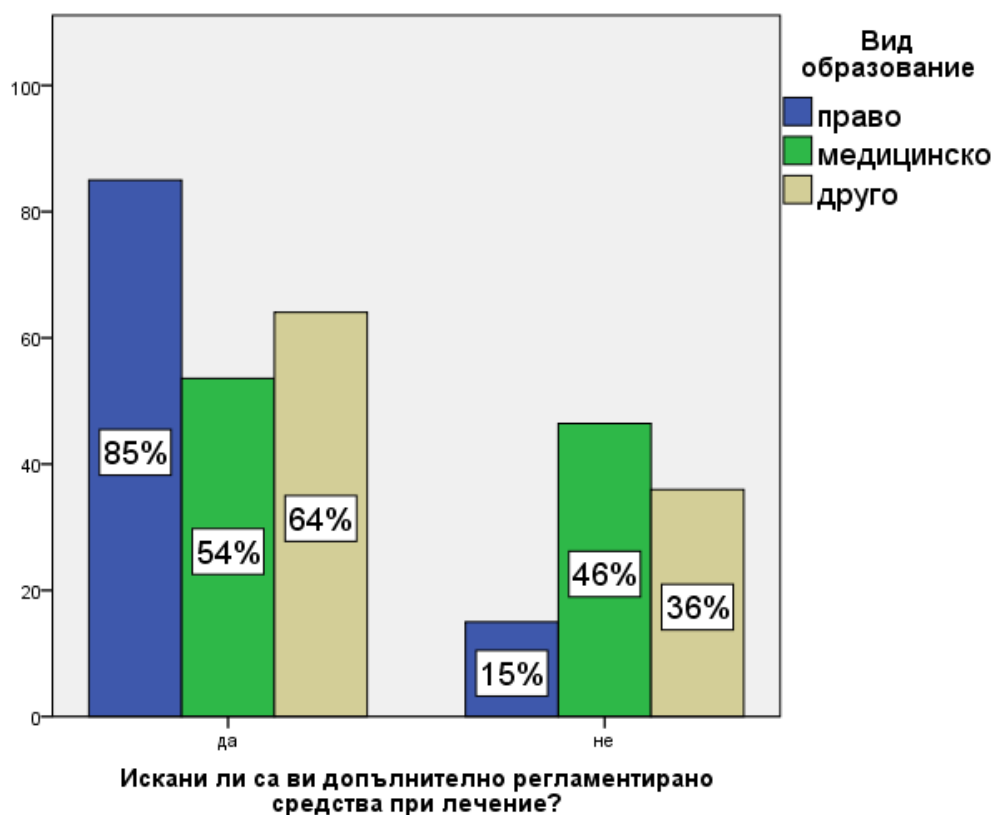
Въз основа на разпределението на отговорите на въпроса за „Образование” и „Искани ли са ви допълнително регламентирано средства при лечение?”, показано на Фиг.19, би могло да се издигне предположението, че при по-ниска степен на образование на пациента е по-вероятно да му бъдат поискани допълнително регламентирано средства при лечение. Проверката на такава хипотеза би могла да е предмет на допълнително изследване, включващо по-голям брой респонденти.

Видно от отговорите на анкетираните, в българската здравна система има наличие на пердпоставка за злоупотреба с по-необазованите граждани, при които доплащанията се оказват сериозен проблем.



Фигура 19: Отговор на въпрос дали са искани допълнително регламентирано средства при лечение, в зависимост от степента на образование на респондентите

Оказва се, че отговорите на въпроса „Искани ли са ви допълнително регламентирано средства при лечение?“ са в слаба, но статистически значима зависимост от вида на образование на пациентите ($\chi^2(2) = 7,479$; $p = 0,024$; Cramer's $V=0,137$). Едва 54% от медицинските специалисти са избрали отговор „да“. От друга страна, хората с юридическо образование са предпочели в по-голям процент (85%) положителен отговор, в сравнение с останалите (Фиг. 20).

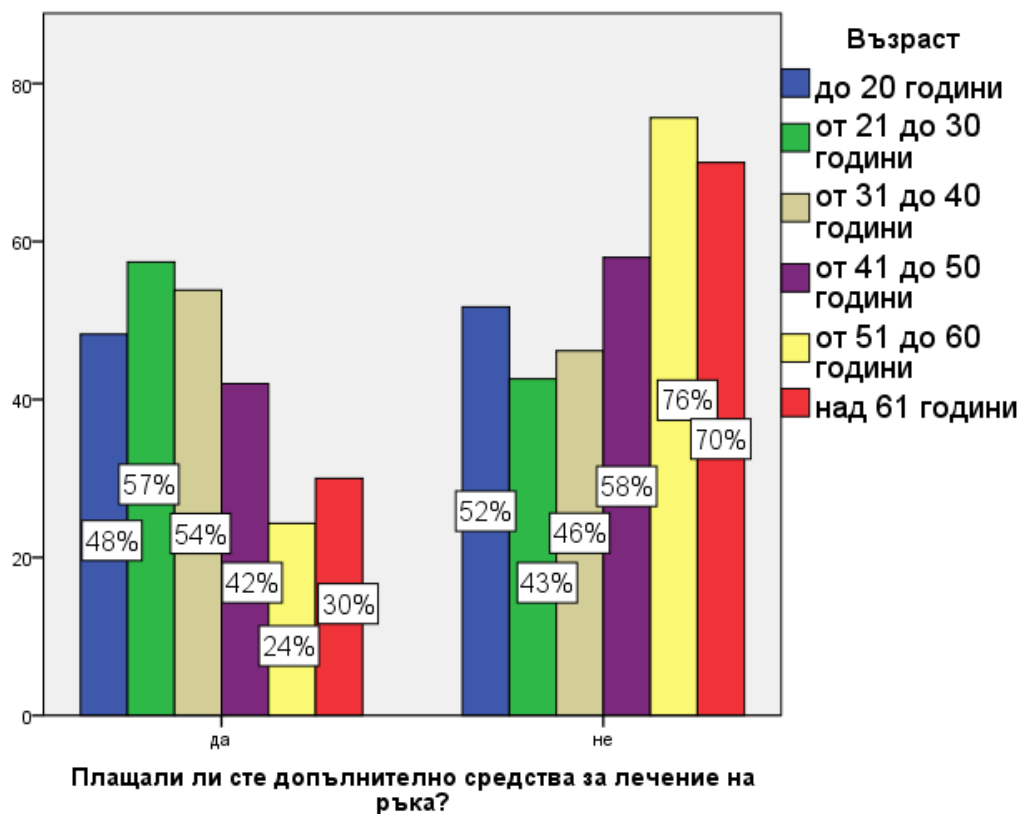


Фигура 20: Отговор на въпрос дали са искани допълнително регламентирано средства при лечение, в зависимост от вида на образование на респондентите

На въпрос : „Плащали ли сте допълнително средства за лечение на ръка?“ са отговорили всички анкетирани, 171 (43.2%) отговарят с „да“, останалите 225 (56.8%) с „не“.

Установена е статистически значима връзка на отговорите на въпрос №6 с възрастта на респондентите ($\chi^2(5) = 27,939$; $p = 0,000$; Cramer's $V=0,266$).

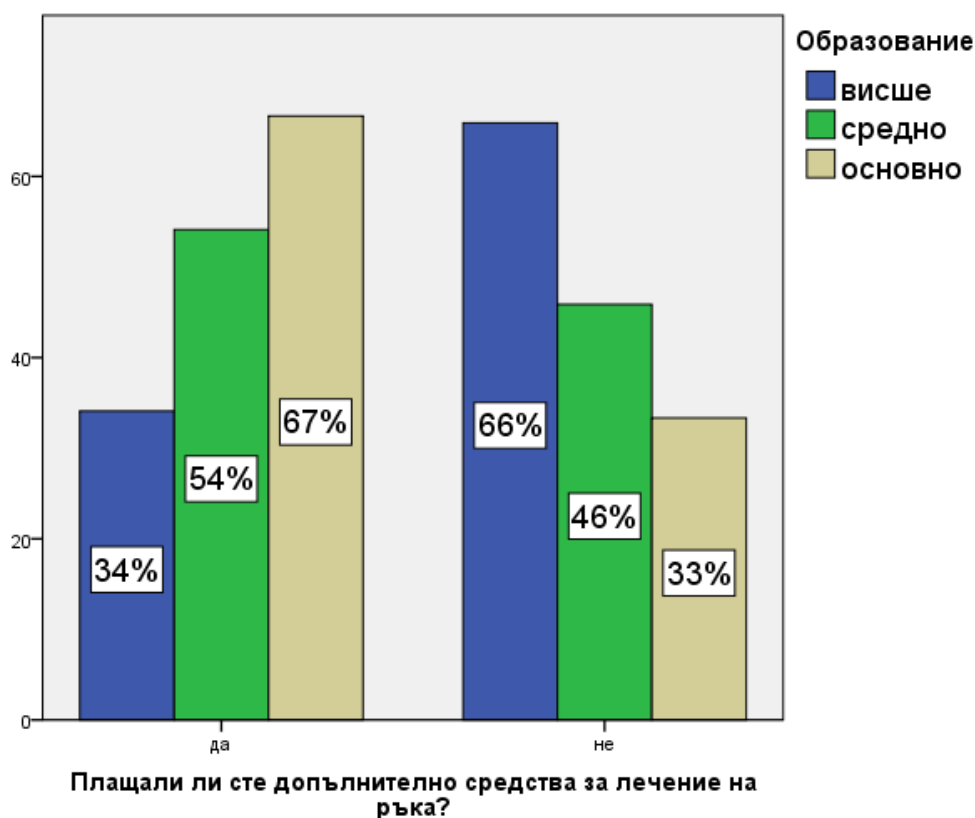
Съвместното им разпределение е показано на фигура 21. Хората над определена възраст са по-малко склонни да плащат допълнително средства за лечение на ръка.



Фигура 21: Отговор на въпрос дали са искани допълнително нерегламентирано средства при лечение, в зависимост от възрастта на респондентите

Местоживеенето не оказва влияние върху готовността за заплащане на допълнителни средства ($\chi^2(3) = 3,546$; $p = 0,315$).

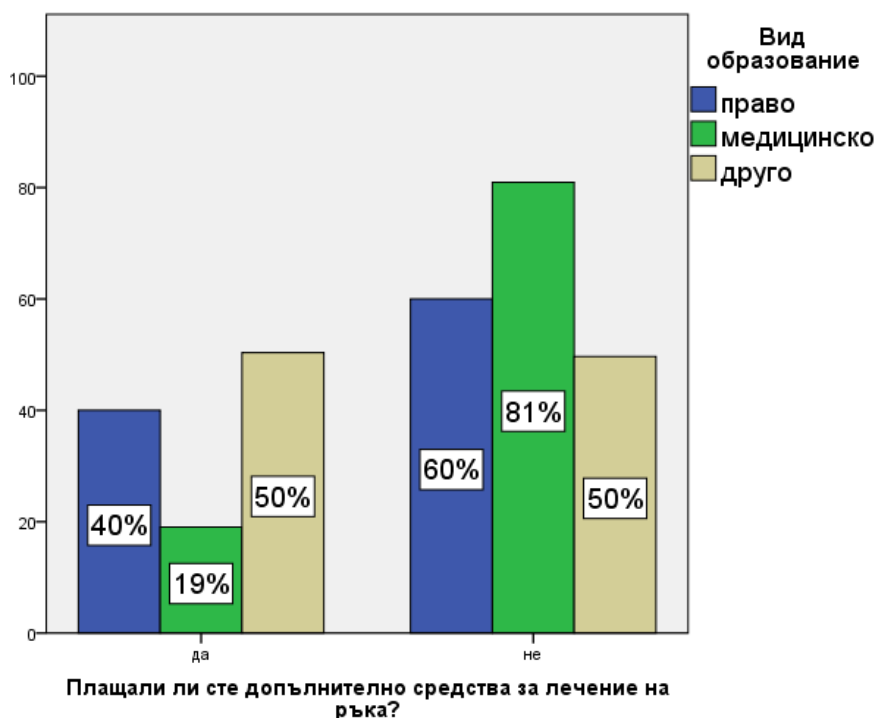
Връзката със степента на образование е статистически значима ($\chi^2(2) = 17,046$; $p = 0,000$; Cramer's V=0,207). Готовността за заплащане на допълнителни суми при лечение е обратно пропорционална на степента на образование. (Фиг. 22)



Фигура 22: Отговор на въпрос дали са искани допълнително нерегламентирано средства при лечение, в зависимост от степента на образование на респондентите

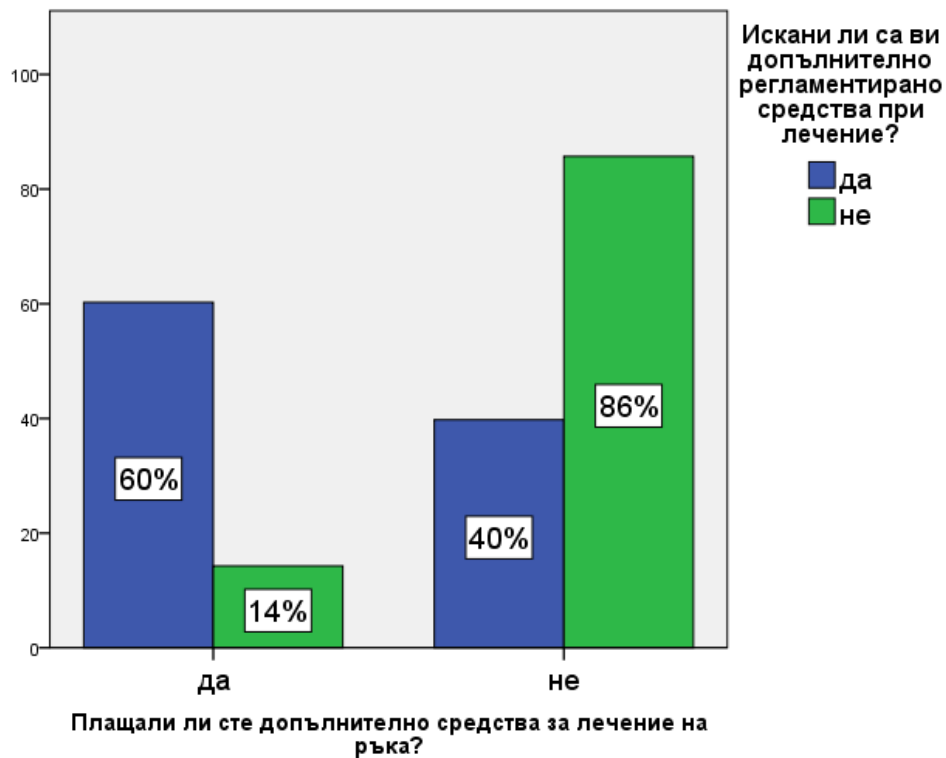
Можем да забележим отново, че хората с по-ниска степен на образование могат да бъдат по-склонни да дадат средства на ръка, средства, които не са регламентирани. Статистиката показва, че хората с висше образование не са така застрашени от тази порочна практика на здравните служби, защото знаят правата си и не допускат злоупотреби с тях, докато хората с основно образование, например, нямат културата, необходима за защита на своите права и интереси и могат лесно да бъдат принудени да заплатят допълнителни средства за лечение.

Плащането на допълнителни суми е в статистически значима зависимост и от вида на образованието-въпрос №4 ($\chi^2(2) = 26,126$; $p = 0,000$; Cramer's V=0,257). Анкетиранияте с медицинско образование в най-малък процент в сравнение с останалите декларират заплащане на допълнителни средства при лечение (Фиг. 23).



Фигура 23: Отговор на въпрос дали са искани допълнително нерегламентирано средства при лечение, в зависимост от степента на образование на респондентите

Между отговорите на въпроса: „Искани ли са ви допълнително регламентирано средства при лечение?“ и „Плащали ли сте допълнително средства за лечение на ръка?“, е установена статистически значима връзка ($\chi^2(1) = 79,562$; $p = 0,000$; Cramer's $V=0,448$). Отговор „да“ на последния въпрос избират 60% от заявите същия отговор и на въпрос: „Искани ли са ви допълнително регламентирано средства при лечение?“ и 14% от респондентите, дали отговор „не“ на този въпрос. (Фиг. 24) От всички 396 души, попълнили едновременно двата въпроса, 70% дават един и същ отговор: 38,0% - „да“ и 32% - „не“. На 5% от пациентите не са им искани допълнително средства, но са дали. На 25% са им искани средства, но не са платили.

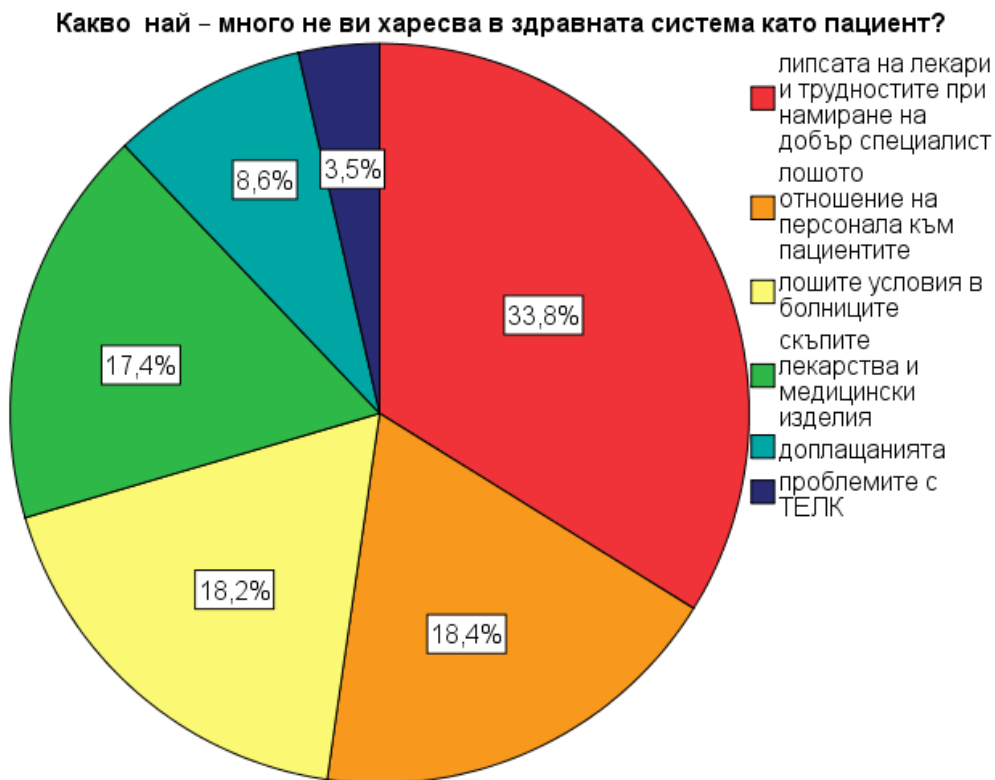


Фигура 24: Резултати при отговор на въпрос, относно плащане на допълнителни средства на ръка сред респондентите

- Какви според респондентите са най-сериозните проблеми на здравната система днес?

На въпрос: „Какво най-много не ви харесва в здравната система като пациент?“ са отговорили всички анкетирани. Разпределението между шестте възможни отговора на този въпрос е показано на фиг. 25.

Най-голям процент от респондентите не харесват липсата на лекари и трудностите при намиране на специалист (33,8%). На второ място, анкетитаните не са удовлетворени от отношението на персонала към тях, следвано с минимална процентна разлика от лошите условия в болниците. Най-малък проблем те намират в проблемите с ТЕЛЖ (3,5%).



Фигура 25: Отговор на въпрос „Какво най-много не ви харесва в здравната система като пациент?“

Най-важното, според респондентите, в една здравна система е наличието на качествени медицински специалисти. Следва по значение цената на лечението, намираща израз в „доплащанията“ и „скъпите лекарства“. Накрая идва и обстановката- „лошото отношение на персонала към пациентите“ и „лошите условия в болниците“.

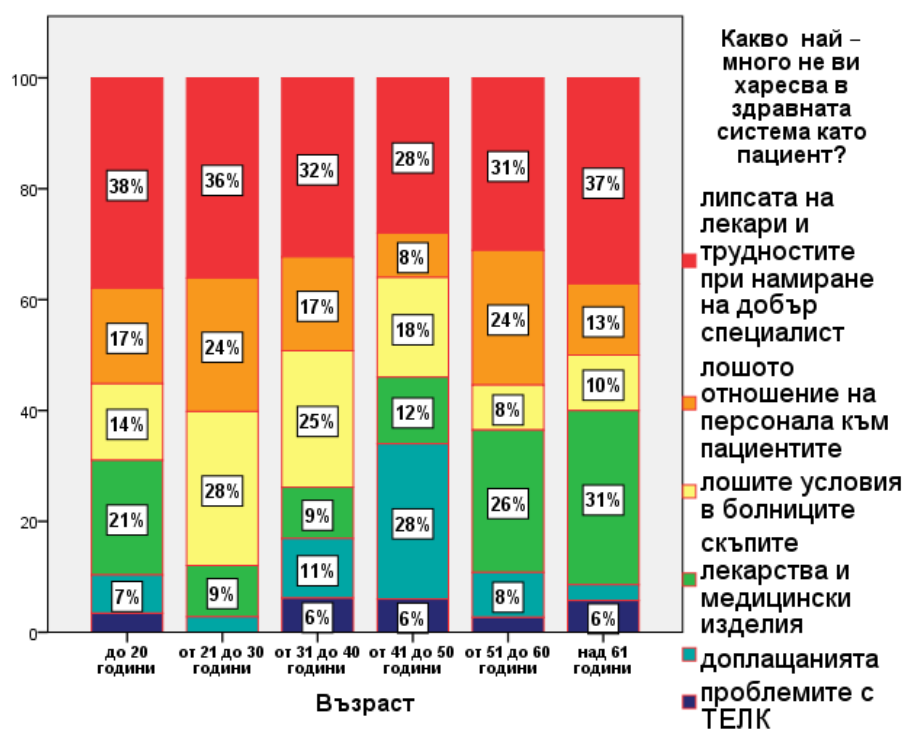
Установена е статистически значима връзка с възрастта на респондентите ($\chi^2(25) = 77,505$; $p = 0,000$; Cramer's $V=0,198$). Съвместното разпределение на отговорите на седми и първи въпрос е дадено на фигура 26.

Отговорите са статистически зависими от възрастта ($L\chi^2(20) = 37,381$; $p = 0,011$; Cramer's $V=0,144$) и образованието ($L\chi^2(10) = 29,401$; $p = 0,001$; Cramer's $V=0,188$). Пациентите „до 30 години“ и тези „от 41 до 50“ не харесват в степен по-голяма от очакваното ниво „липсата на лекари и трудностите при намиране на добър специалист“ и „лошото отношение на персонала към пациентите“; тези „от 31 до 40“ - „липсата на лекари и трудностите при намиране на добър специалист“ и „лошите условия в болниците“; тези „от 51 до 60“ - „скъпите лекарства“ и „лощото отношение

на персонала“; тези „над 61 години“-„скъпите лекарства“ и „липсата на лекари“.

Фактът, че множество изведени и предложени като вариант недостатъци на системата получават почти еднакъв дял на отговори, показва, че няма проблем, които да е единствен, доминиращ, и с неговото евентуално решение нещата за пациентите да се решат. Напротив, много са изведените проблеми, почти с равностойност, според хората. Наблюдава се обаче нюанс според възрастта и местоживеенето.

Най-критични, и съответно най-недоволни както от компетентността, така и от отношението на медицинския персонал са младите, живеещите в столицата и областните центрове. Правят впечатление нивата на недоволство сред респондентите от липсата на лекари и трудностите при намиране на добър специалист-то достига 33,8%.



Фигура 26: Процентно съотношение на отговорите на въпрос „Какво най-много не ви харесва в здравната система като пациент?“, в зависимост от възрастта на респондентите

На въпрос: „Какъв според Вас е основният проблем в здравната система?“ са отговорили са всички анкетирани. Разпределението между шестте възможни отговора на този въпрос е показано на фиг. 27.

Най-много, 25,3%, са избрали третата възможност-„лошо качество на здравните грижи“. На второ място, с 20,2% се нарежда „корупцията“. Следват „лоша организация“ с 18,9% и „липса на финансиране“ с 18,2%. Останалите % се разпределят между „липса на кадри“ с 9,8% и „затруднен достъп до здравеопазване“ с 7,6%.



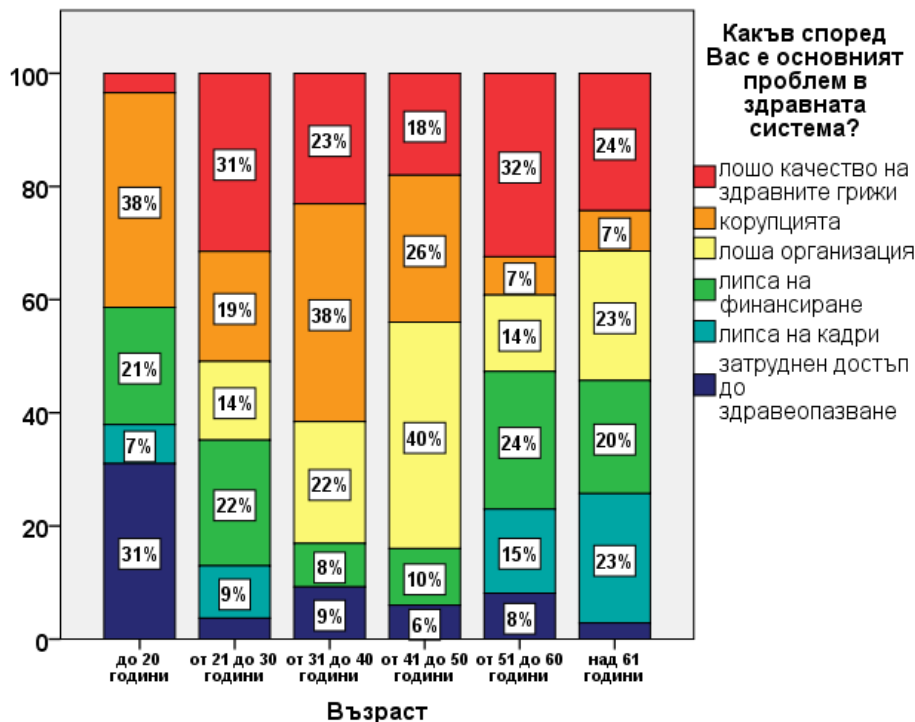
Фигура 27: Отговор на въпрос „Какъв според Вас е основният проблем в здравната система?“

Най-много, 25,3%, отбелязват като основен проблем в здравната система лошото качество на здравните грижи. На второ място, с 20,2% се нарежда „корупцията“. Следват „лошата организация“ с 18,9%, „липсата на финансиране“ с 18,2%, „липса на кадри“ с 9,8% и „затруднен достъп до здравеопазване“ с 7,6%.

Проблемът с лошото качество на здравните грижи е от сериозна важност за цялостната дейност на здравната система в България. За българското общество е съществено убеждението, че в страната грижата към пациента не е на ниво.

Всеки пети от анкетираните отбелязва проблема с корупцията като отличителна черта на здравната система (20,2%). Това е твърдение, което оронва престижа на българската здравна система в цялост и сигнализира за сериозен проблем с доверието на гражданите към нея.

Установена е статистически значима връзка на отговорите навъпроса: Кой според Вас е основният проблем в здравната система? с възрастта на респондентите ($\chi^2(25) = 118,792$; $p = 0,000$; Cramer's $V=0,245$). Съвместното разпределение на отговорите тези въпроси е дадено на фигура 28.



Фигура 28: Отговор на въпрос „Какъв според Вас е основният проблем в здравната система?“, в зависимост от възрастта на респондентите

„Лошото качество на здравните грижи“ е проблем с най-голяма важност за всяка от категориите (32% за „от 51 до 60“, 24% за „над 61 години“, 18% за „от 41 до 50“, 23% за „от 31 до 40“), а най-младите (31% от „до 30 години“). Аналогично стоят нещата и за „корупцията“. За всички възрастови групи това е вторият по честота избор (38% за „от 31 до 40“, по 7% за „над 61 години“ и „от 51 до 60“, 26% за „от 41 до 50“, за категорията „до 30 години“ (19%). Най-малко предпочетената от всички

възрастови групи възможност е „липса на кадри“ (15% от „от 51 до 60“, 0% от „от 41 до 50“, по 0% от „от 31 до 40“ и „над 61 години“ и „до 30 години“ (9% от тях).

Различна по степен е чувствителността към специфични проблеми за групата на най-младите (до 20 г.) и най-възрастните (над 61 г.) От нашето изследване се оказва, че за най-младите, най-сериозния проблем е затруднения достъп до здравеопазване. За възрастните респонденти обаче, два проблема с почти еднаква тежест имат водещо значение-лошо качество на здравните грижи (24%) и липсата на кадри (23%). За хората в активна възраст-от 21 до 50 години, най-сериозните проблеми в здравната ни система са корупцията и лошата организация. Лошото качество на здравните грижи се оказва,че не е съществен проблем за най-младата възрастова група.

- **Директен отговор на въпрос за нарушени права, вкл. грешка в диагностично-лечебния процес.**

На въпрос: „Смятате ли, че някога са били нарушени правата Ви като пациент?“, отговорили са всички анкетиранни. Разпределението между възможните отговори на този въпрос е показано на фиг 29.

40,9 % от всички анкетиранни са отговорили с „да“, 38,1% отговарят, че техните права не са били нарушавани, но тези на техни близки да. И само 21% от анкетираните лица заявяват, че техните права не са били нарушавани от здравните институции.

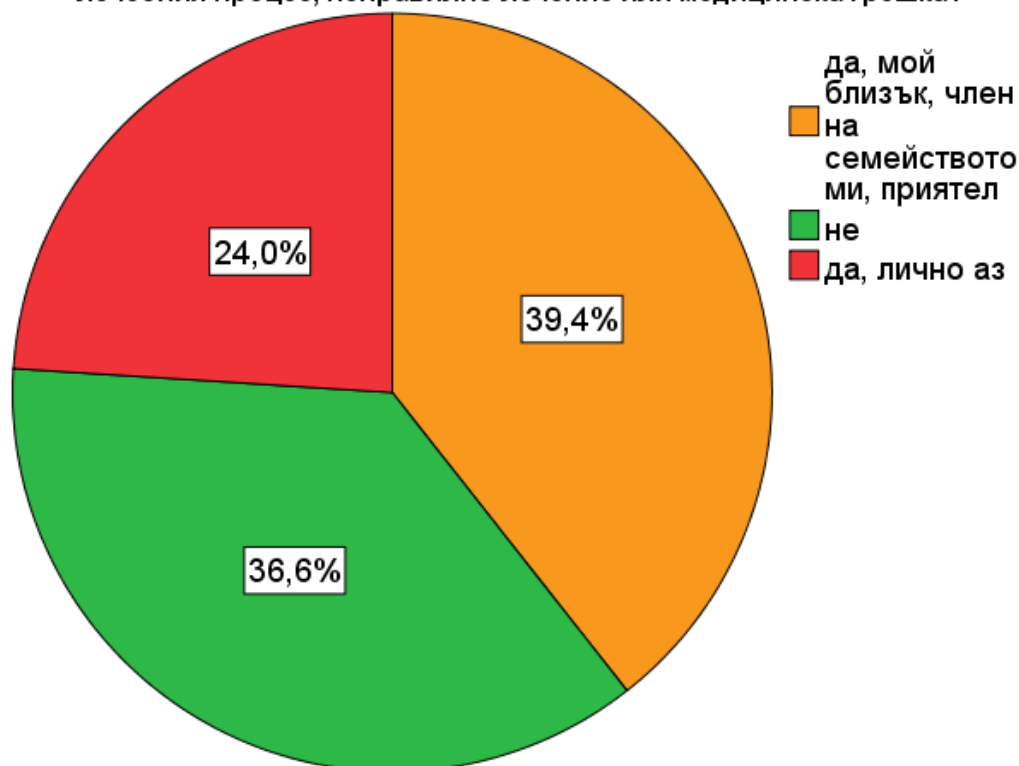
Тази нарастваща тенденция за нарушаване на пациентските права, и то при висок процент от образованите граждани на Република България, сигнализира за сериозен проблем в българското здравеопазване и доверието на гражданите към него.



Фигура 29: Отговор на въпрос „Смятате ли, че някога са били нарушени правата Ви като пациент?“

На въпрос: „Смятате ли, че някога сте били жертва на грешка в диагностично-лечебния процес, неправилно лечение или медицинска грешка?“ са отговорили всички анкетирани. Разпределението между възможните отговори е показано на фиг.30.

Смятате ли, че някога сте били жертва на грешка в диагностично – лечебния процес, неправилно лечение или медицинска грешка?



Фигура 30: Отговор на въпрос: „Смятате ли, че някога сте били жертва на грешка в диагностично-лечебния процес, неправилно лечение или медицинска грешка?“

Резултатите показват, че немалък процент от българските граждани са били или са чули за хора в обкръжението си, които са ставали жертва на грешка в диагностично-лечебния процес или неправилно лечение. Този резултат за пореден път сигнализира за проблеми в доверието на пациентите към здравната система в България.

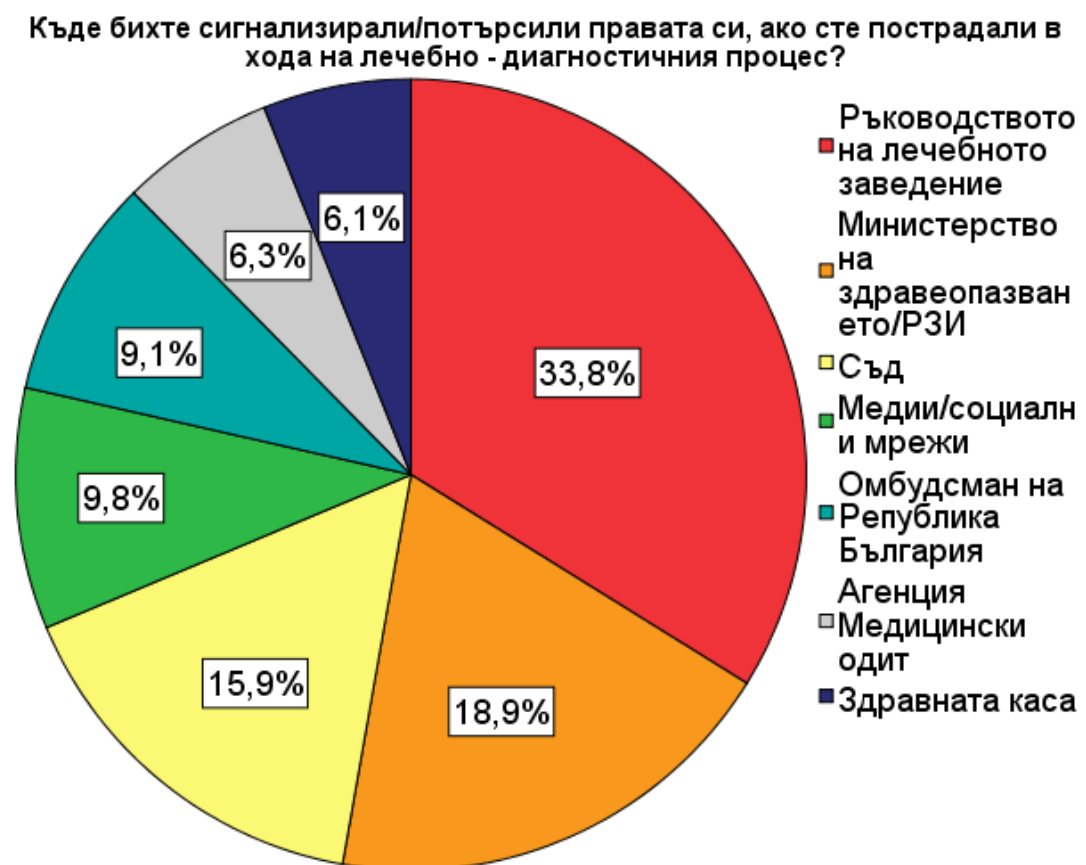
- **Проверихме къде търсят правата си пациентите в настоящата ситуация?**

На този въпрос са отговорили всички анкетирани, разпределението между седемте възможни отговора на този въпрос е показано на фиг.31.

Най-много, 33,8%, са избрали първата възможност „Ръководството на лечебното заведение“. На второ място, с 18,9% се нарежда втората – „Министерство на здравеопазването/РЗИ“. Следват „Съд“ с 15,9% и „Медии и социални мрежи“ с 9,8%. Останалите 21,5% се разпределят

между „Омбудсман“ с 9,1%, „Агенция Медицински одит“ с 6,3% „Здравна каса“ с 6,1%.

Отговорите са статистически зависими от възрастта ($L\chi^2(20) = 37,381$; $p = 0,011$; Cramer's $V=0,144$) и образованието ($L\chi^2(10) = 29,401$; $p = 0,001$; Cramer's $V=0,188$) на респондентите. Най-голям процент от отговорилите (27,3%) са на възраст 21-30 години, 55,6% от отговорилите са с висше образование. Правим извод, че младите хора в България, голяма част от тях с висше образование биха се доверили на ръководството на лечебното заведение по отношение на търсене на своите права. Слабо различаващи се са пропорциите съответно на категориите „Здравната каса“ (съответно 6,1%), „Агенция Медицински одит“ (6,3%), „Омбудсман“ (9,1%) и „Медии“ (9,1%). „Министерство на здравеопазването/РЗИ“ (18,9%) и „Ръководството на лечебното заведение“ (33,8%), представляващи и най-предпочитания избор на респондентите.



Фигура 31: Процентно съотношение на отговорите на въпрос къде търсят правата си пациентите в настоящата ситуация?

Статистиката показва, че българските пациенти биха сигнализирали най-познатата и най-близко разположената до пациентите институция, а именно Ръководството на лечебното заведение. Следваща по доверие институция за оплаквания е РЗИ, като регионално поделение на МЗ. Съдът е третата инстанция, към която биха се обърнали пациентите. Здравната каса остава най-непредпочитаната за жалби и проблеми институция.

- **Как според позицията си спрямо системата (според образованието си-медицинско, юридическо, пациенти) и при какви условия, би се възприело въвеждане на Здравен омбудсман?**

На въпрос: „Къде бихте потърсили правата си като пациент, ако имате възможност да избирате?“ са отговорили 395 от респондентите (или 99.75%).

Предпочитания към институцията Здравен омбудсман регистрират отговорите на въпроса „Къде бихте потърсили правата си като пациент, ако имате възможност да избирате?“ при възможност за избор между Здравен омбудсман и съда, 60% са избрали отговор „при Здравен омбудсман“, останалите 158 (40%)-отговор „в съда“.

Повече от половината от респондентите биха се доверили на институцията Здравен омбудсман, ако има създадена такава в България, търсейки пациентските си права. Четиридесетте процента, отговорили „в съда“ биха се доверили на институцията, позната им до момента, като по-сигурен, въпреки, че е дълъг и тромав процес.

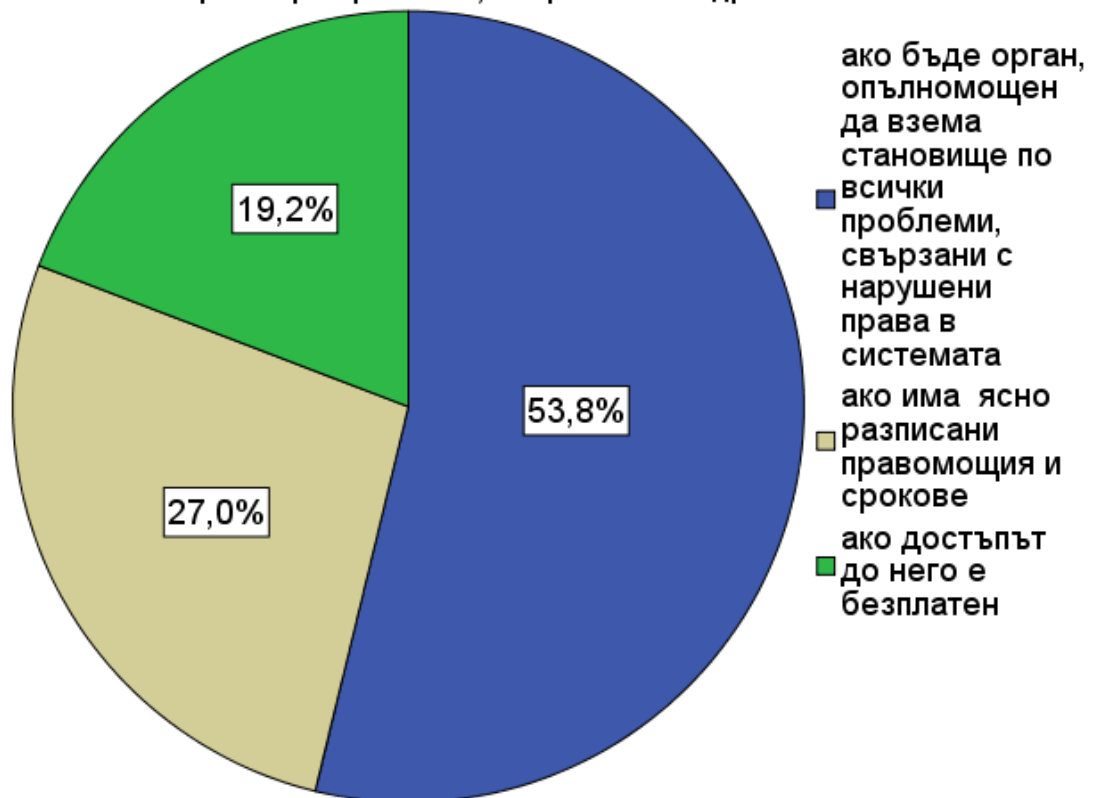
На въпрос: „Смятате ли, че създаването на специална институция Здравен омбудсман, каквато има в други страни, би допринесло за по-добра защита на правата на пациента?“ отговор са дали всички анкетиращи. 325 от тях (82.1%) отговарят с „да“, останалите 71 (17.9%) с „не“.

По отношение на този въпрос огромна част от респондентите-82.1% отговарят с „да“, а само 17.9% отговарят отрицателно. Този процент положителни отговори насочва към това, че необходимостта от въвеждането на институцията Здравен омбудсман, за голяма част от обществото е възможност и би била от огромна полза за защита на интересите им.

Базирайки се на отговорите на респондентите, можем да предпологаме, че функционирането на институцията Здравен омбудсман би се приело положително и в България.

На въпрос: „Кога Здравният омбудсман, ако има такъв, би бил предпочитана институция за сезиране при проблеми, свързани със здравната система?“ са отговорили всички анкетираните, разпределението между възможните отговора на този въпрос е показано на фиг.32.

Кога здравният омбудсман, ако има такъв, би бил предпочитана институция за сезиране при проблеми, свързани със здравната система?



Фигура 32: Процентно съотношение на отговорите на респондентите относно това кога Здравният омбудсман, ако има такъв, би бил предпочитана институция за сезиране при проблеми, свързани със здравната система?

Въпросът дава три варианта за отговор, обхващащи възможни предпоставки за избиране на институцията Здравен омбудсман от пациентите. Отговор са дали 396 от анкетираните. Най-голям процент (53,8%) избират „ако бъде орган, опълномощен да взема становище по всички проблеми, свързани с нарушени права в системата“, следват „ако има ясно разписани правомощия и срокове“ (27,0%) и „ако достъпът до него

е безплатен“ (19,2%). Най-големият процент отговори показват, че българите биха се доверили на институция, която би била с правомощия да разрешава възникналите казуси, но и биха се доверили на такава институция, при която има ясно разписани срокове, които се спазват.

Анализирайки отговорите на респондентите правим изводи, че българите смятат, че за да бъде една институция полезна за тях, тя трябва да има право да изразява мнение, да има тежест и сила да взема решения и да не бъде ограничавана само в определен кръг или ресор, а да обслужва целия здравен сектор, да обхваща всеки проблем, възникнал по отношение на здравето на пациентите и най-важното да бъде сигурен и надежден в защитата на пациентските права на гражданите.

По отношение на втория по процент отговори-„ако има ясно разписани правомощия и срокове“, 27% от респондентите очакват проблемът им да бъде решен в установен от закона срок, тъй като в България в немалък процент от случаите липсват срокове и това бави решенията. Така отново се стига до момента, в който гражданите губят доверието си към конкретна институция.

Получените от нас резултати кореспондират с част от проучванията в различни предходни години, но освен устойчивост на някои проблеми се наблюдават и специфики, продиктувани от дисбалансите в здравната система, които за съжаление, не намират решение, а се задълбочават и зараждат все по-голямата необходимост от създаване на институцията Здравен омбудсман в България по подобие на много европейски страни.

4.2.Преглед на опита на страните, в които има институция Здравен омбудсман

Днес в много страни по света се вижда, че институцията омбудсман е включена в системата в резултат на нарастващото значение, което се отдава на правата на човека, върховенството на закона, контрола на администрацията и установяването на възражения и механизми за жалби от страна на гражданите срещу действията и работата на администрацията. Задачата на тази институция е да се занимава с проблемите, породени от отношенията между публичните власти и индивидите като цяло, да приема жалбите и исканията на лицата срещу публичната администрация и да разрешава възникващите проблеми.

Омбудсманът, който поема задължението да защитава правата и свободите, признати от позитивното право, изпълнява задължението за разследване на жалбите, получени пряко.

Необходимостта от институцията Здравен омбудсман се заражда в Европа през последните две десетилетия на миналия век.

В Обединеното кралство, омбудсманът, наричан комисар на здравната служба, е създаден през 1973 г. Създаден е за Англия, Шотландия и Уелс, като национален орган.

Във Финландия е приет законът за статута и правата на пациента през 1992 г. и се въвежда за първи път пациентски омбудсман. Вместо това са създадени стотици пациентски омбудсмани (медицински сестри или социални работници), назначени в цяла Финландия. От тогава в цяла Европа са се появили системи на пациентски омбудсмани.

В повечето случаи жалбите започват с процеси, вътре в самите здравни институции. Локалното разрешаване на проблеми често се оказва най-ефективен, бърз и желан метод, както за жалбоподателя, така и за здравната институция.

Докато двете страни са ангажирани лице в лице, има възможност, извън обхвата на по-антагонистични съдебни спорове, да:

- предприемат първично разследване;
- пряко да се противопоставят на основните системни или управленски проблеми в институциите;
- поднесат извинение на жалбоподателя за претърпяна грешка.

Предимствата, споменати по-горе, могат да бъдат самата причина за неуспех на първа инстанция: разследвания може да не се предприемат или да няма прозрачност за жалбоподателя. Институциите могат да решат да

предприемат вътрешни мерки за коригиране на системните проблеми, но често са силно защитни, когато бъдат помолени да признаят публично, че съществуват подобни проблеми.

Започва да си проличава неефективността на традиционните процедури за жалби. Призната е необходимостта ефективните процедури по обжалване да бъдат независими, стриктни в разследването от безпристрастна гледна точка и без страх да се правят изводи по него. Нуждата да бъдат подкрепени със сигурност е необходима за пациентите. Те трябва да бъдат подкрепени от местния защитник на място, до националния безпристрастен следовател по жалби-Здравния омбудсман.

В Обединеното кралство, например, омбудсманът, наричан комисар на здравната служба, е създаден от реорганизацията на NHS Закон през 1973 г. Институцията е създадена за Англия, Шотландия и Уелс, като национален орган, по подобен начин на общата система на парламентарен комисар по администрацията, но с изрични правомощия със здравна компетентност.

От друга страна, във Финландия с приемането на „Закон за статута и правата на пациента“ през 1992 г. се въвежда за първи път Здравен омбудсман. Назначени са стотици пациентски омбудсмани на местно ниво в цяла Финландия, често работещи медицински сестри или социални работници в допълнение към нормалните им функции. Оттогава в цяла Европа са се появили Здравни омбудсмани.

До известна степен функциите на Здравния омбудсман са същите като на омбудсмана на дадена страна. Това има много общо с доверието, което трябва да съществува между пациент и страната, отговорна за получаването на жалба, както и страната, която постановява решение. За да съществува такова доверие е необходима пълната безпристрастност на Здравния омбудсман и неговите служители. Безпристрастността е най-добре демонстрирана и подсилена чрез административна или законова независимост. Безпристрастността също трябва да представлява доказуем аспект на всяко следващо разследване на жалба, както и препоръките, предложени като резултат от разследването. Отделни здравни специалисти, които често са на фокус на жалбата ще имат и силен личен интерес от гледната точка на тяхната професионална репутация и почтеност.

При толкова много противоречиви интереси на заинтересованите страни, възниква въпросът как да се гарантира, че всяко лице, изпълняващо функцията на Здравен омбудсман, е напълно независимо. Ако видно проявява съчувствие, омбудсманът рискува да бъде критикуван.

Необходимо е и юридическо образование, т.е омбудсманът може да се наложи да се справя с конфликти, които могат да бъдат отнесени до съда или изискват някакъв вид споразумение между страните.

Правомощия

В някои държави службата на омбудсмана предизвиква уважение, ако разследванията му доведат до справедливи и честни решения. В други трябва да бъде подкрепена от власт да санкционира нарушителите, което прави службата на омбудсмана подобна на всеки друг надзорен орган. Във всеки случай е важно да се използва принципът на пропорционалност, тъй като службата на омбудсмана не трябва да придобива по-голяма сила или правомощия, отколкото е необходимо.

Системен подход

Жалбите са полезен инструмент за създаване на промени във всяка система, предоставяща услуги. Въпреки това добрата доказателствена база е от съществено значение, за да можем да убедим някого в това, че той трябва да промени професионалното си поведение след дълга кариера в здравеопазването. За събирането на такива доказателства е изключително важно всички жалби да се обработват по систематичен начин, доказвайки, че те са идентифицирани, документирани, категоризирани и анализирани. Когато е извършен анализ, следва да бъдат представени получените заключения на съответния медицински специалист или мениджър, отговорен за подобряването на качеството във въпросното звено. Предложенията за промяна ще имат много по-голям шанс за успешно прилагане, ако са представени като научни доказателства, базирани на систематично събиране на информация, последвано от подходящ анализ.

4.2.1.Европейски системи за Здравен омбудсман

Системите на Здравния омбудсман обхващат широк спектър на подходи. Финландската система, в която работят хиляди омбудсмани е значително по-различна от другите системи по отношение на числеността на наетите омбудсмани и това как те разпределят времето си, работейки както като омбудсмани, така и като здравни специалисти [63].

Норвежката и австрийската система на омбудсман са възприели различни подходи с работещите регионални Здравни омбудсмани на пълен работен ден. Освен това и в Норвегия, и в Австрия функцията на омбудсмана се възприема като част от регионалната процедура за жалби, като омбудсманите играят независима роля по отношение на здравеопазването.

В Обединеното кралство, Гърция и Унгария, където има национални комисари или омбудсмани, нито една от тези институции първоначално не е създадена, за да се справя с въпроси, свързани със здравеопазването. Въпреки това, в резултат на по-късно развитие в тази област, институцията става реално действаща.

Властта, ролята и функцията на израелския омбудсман са подобни на тези на британските и гръцките институции. Въпреки това, важна разлика е, че израелският омбудсман се назначава директно от министър на здравеопазването и е подкрепен-формално от омбудсмани на регионалните здравни фондове и местни представители на правата на пациентите. Всъщност омбудсманът играе различни роли в различните страни.

Системата на австрийския омбудсман се наричала Съвет на омбудсманите или народна правозащита (Volksanwaltschaft). Защитниците на пациентите са законово независими. Застъпниците на пациентите се оказват в привилегированото положение да бъдат виждани като неконфликтни в застъпничеството си: законово задължение е да се търси извънсъдебно решение, където е възможно, заедно с компенсация. Тези действия имат за цел насърчаване кооперативната работа със здравните институции. Това води до стимулиране на сътрудничество при получаване на информация в хода на разглеждането на случая. Доставчиците на здравни услуги от публичния сектор, до ниво на отделните лекари, са законово задължени да предоставят информация, когато им бъде поискано. Частните доставчици не са, но често се придържат към същия способ доброволно. Въпреки това не е ясно каква е истинската степен на това

сътрудничество, както и какви санкции могат да бъдат наложени за несъдействие от страна на здравните заведения.

ФИНЛАНДИЯ

Омбудсманът във Финландия е може би най-децентрализирания сред Здравните омбудсмани в Европа. Състои се от мрежа от около 2000 души, действащи като съветници на граждани в рамките на местното здравеопазване. Системата произтича от националния стремеж за насърчаване и подкрепа на правата на пациентите като цяло. Това се вижда най-ясно в законодателството, прието за подкрепа правата на пациентите и свързаните с тях задължения на местните доставчици на здравни услуги.

Лицата, които изпълняват функциите на омбудсман, до голяма степен са на непълно работно време. През останалото време те са социални работници или медицински сестри. Независимостта и въпросът за конфликтът на интереси са от първостепенно значение във всяка оценка на тази институция. Тези лица са длъжни да действат безпристрастно и да бъдат посредници между доставчик на здравни услуги и пациент. Въпреки това, способността им да действат като омбудсмани се ограничава от липсата на специфични умения и обучение. Правомощията им също са ограничени. Те нямат правомощия да правят препоръки за промяна.

ГЪРЦИЯ

Въпреки че произлиза от фраза, буквално преведена като граждански адвокат, Гръцката система отразява по-традиционната концепция за омбудсмана като централен медиатор и следовател. Значението на омбудсмана в Гърция като услуга в целия публичен сектор се подсилва от самия размер и мащаб на публичната администрация. Службата на омбудсмана е изрична и законово независима и изглежда добре структурирана. Съставена е от екип от изследователи с широк спектър от подходящи клинични и правни познания. Омбудсманът също има широки правомощия за разследване със законово предвиден достъп до протоколите и призоваване на свидетели. Това, което е неясно е способността на омбудсмана да прилага тези правомощия. Това може би се подчертава от факта, че данните за дейността на омбудсмана все още са оскъдни. Службата на омбудсмана съществува само от няколко години.

Здравеопазването представлява само малка част от работата на омбудсмана. Има още много да се направи, за да се повиши обществената осведоменост за системата. Малкият брой случаи са пречка за омбудсмана, действащ като мощна сила за подобряване на качеството на здравната система като цяло. Усилията за самоусъвършенстване и силната законова основа, която е дадена на омбудсмана разкриват голям потенциал за бъдещето.

„Здравните медиатори“ се създават със задачата да помагат на податливи (уязвими и специални) групи от населението, като целта им е да премахнат пречките пред достъпа на тези групи до здравни услуги от обществената система. „Здравните медиатори“ се определят от министъра на здравеопазването след избора им от съответните доставчици на здравни услуги или юридически лица, контролирани от министъра на здравеопазването, с признат престиж и опит, които принадлежат към или идват от местната общност или уязвими групи от населението, които предлагат своите услуги чрез договори, финансирани от европейските фондове.

"Координаторите на здравните услуги" се създават за податливи групи от населението със задачата да задоволяват здравните нужди и да предоставят здравни услуги. „Координаторите на здравните услуги“ са здравни специалисти, които се занимават с общностно или обществено здраве и служат в организации или звена на Първичната национална здравна мрежа, болниците на Националната здравна служба, както и други обществени здравни услуги или такива, контролирани и субсидирани изцяло или частично от обществеността, органи или звена.

Със съвместно решение на министъра на здравеопазването и съответния ресорен министър се определят редът, условията, методът и критериите за подбор, обхватът на проекта, образованието и обучението на лицата, на които е възложена ролята на "Здравен медиатор" и „Координатори на здравни услуги“ за уязвими групи от населението.

УНГАРИЯ

Унгарският модел на функциите на омбудсмана, подобно на този в Обединеното кралство, произлиза първо и преди всичко от идеята за централен, уставен, парламентарен надзорен орган. Това е парламентарен комисар, показващ традиционната гама от правомощия за разследване, с правомощия за санкции.

Сферата на компетентност на унгарския парламентарен комисар е категоризирана според видовете права на човека, с поредица от комисари с опит в области като правата на малцинствата и защитата на данните. Няма специфична компетентност в областта на здравеопазването, но където правата на човека и правата на пациентите се припокриват, там омбудсманът може и прави разследване.

Интересното развитие, което допълва тази система, е акцентът върху въвеждането на ново законодателство в подкрепа на правата на пациентите, и последващо въвеждане на местни представители на правата на пациентите. Те са законно назначени лица, независимо наети, с опит в правата на пациентите и правомощия за разследване, интервюиране, достъп до записи и помещения. Те също са упълномощени да правят препоръки за промяна в резултат на оплаквания и да информират здравния персонал за естеството и обхвата на правата на пациентите.

НОРВЕГИЯ

По почти същите причини като в Гърция, макар и за по-дълъг период от време, институцията на омбудсмана в Норвегия първоначално е създадена като национална, в лицето на огромна публична администрация. Оттогава концепцията е разширена в областта на здравеопазването с екип на окръжно ниво-Здравен омбудсман. В Норвегия омбудсманът се разглежда като неформален посредник, който може да прибегва до по-официално разследване и присъда, а също и служител който може да подкрепи и посъветва пациент при подаването на алтернативна жалба. Това обединяване на ролите изглежда работи добре, но с неутралност и независимостта все още остава на преден план.

Въпреки че все още не е извършена оценка на национално ниво, местните оценки показват висока степен на подкрепа и удовлетвореност от Здравния омбудсман-както сред пациентите, така и сред здравните специалисти. По-важното е, че самите здравни служители определят омбудсмана като двигател за подобряване на вътрешния контрол за качество и безопасност. Всъщност изглежда, че ръководството на болницата кани омбудсмана да допринесе за подобряване на качеството. Това обаче е нововъзникващ аспект от неговата роля. Все още има нужда да се постигне минимално ниво на експертен опит-особено в юридическото обучение и уеднаквен подход на практиката в цялата страна.

Омбудсманите имат различни законови правомощия да получават достъп до записи, като получават информация дори от доставчиците на здравни услуги. Те не могат да налагат реални санкции директно, но винаги имат възможност за препращане на случай до окръжния медицински център, който има законната власт да санкционира или правото да изрази мнението си публично. Като резултат, препоръките рядко не се спазват на практика.

ОБЕДИНЕНОТО КРАЛСТВО

Здравният омбудсман в Обединеното кралство функционира като важен инструмент за отчетност пред парламента, гарант за правото на информация и ключова демократична институция, отговаряща за общото качество на здравето в страната. Достъпът до омбудсмана чрез жалба е изключително лесен, бърз и систематичен. Комисарят по здравеопазването, сред гореспоменатите омбудсмани, е установен Англия, Уелс и Шотландия, съгласно законодателните разпоредби, направени през 70-те години на миналия век за справяне с оплакванията срещу Националната здравна служба (NHS), основана през 1948 г. В Обединеното кралство Националната здравна служба се основава на регламент от 1946 г., приет от парламента, като основа на основните здравни услуги.

Омбудсманът на здравната служба на Обединеното кралство е получил 13 310 жалби през 1997-2002 г. За периода 2012-2013 г. са подадени 26 583 заявления. От тях 6924 заявления са взети за разглеждане. В периода 2013-2014 г. са разгледани 7 760 от 27 273 заявления. В периода 2014-2015 г. са направени 29 000 заявления и 6 815 са били разгледани. Процентът на разследванията, завършени в рамките на 12 месеца, е 88%.

Обединеното кралство е приело традиционното понятие за омбудсмана като законово независим, национално базиран следовател. Подобно на развитието в Израел и Унгария, законовата системата е подкрепена от редица официални и неформални механизми, които осигуряват пряка местна застъпническа подкрепа, от която пациентите се нуждаят. Те включват:

- служба за съвети и връзка с пациенти, наети във всяка здравна институция, предоставяща насоки относно процедурите за подаване на жалби и действащи на място

- законово независима услуга за застъпничество при жалби за пациенти, които желаят подаване на официална жалба

В тази сфера омбудсманът заема позиция, подкрепена от правомощия за призоваване на свидетели и достъп до записи.

Те са независими както спрямо парламента, така и спрямо правителството. Гражданите нямат право да се обръщат директно към комисаря на парламента и комисарят не може да действа служебно, но желанията и жалбите могат да се отправят чрез член на парламента (Камара на общините). Комисарят, след като реши да проучи жалбите съгласно определени процедури, информира съответния член на Камарата на общините по въпроса. Комисарят изготвя доклад след приключване на разследването и го представя на заинтересованата страна и на двете камари на парламента. В Обединеното кралство комисарят също е политически неутрален. Комисарят може да не поддържа отношения с политическите партии. Освен това решенията и предложенията на комисаря имат съвещателен характер.

Въпреки това омбудсманът на здравната служба на Обединеното кралство няма правомощия в случаите по-долу и не може да упражнява своите функции.

- Случаи, отнесени до съда или съвет на независимите съдии.
- Жалби по въпросите на персонала на Националната здравна служба, като назначения, такси и дисциплинарни въпроси.
- Договорни и търговски въпроси, различни от договорните клаузи относно услугите, предоставяни на пациентите.
- Жалби относно услугите, предоставяни от болници и детски ясли, които не са свързани с Националната здравна служба.
- Жалби срещу държавни органи като държавния секретар.
- Службата на Уелс, секретаря на кабинета на Шотландия по здравеопазването и спорта и Изпълнителния комитет на Националната здравна служба.
- Жалби срещу местните власти като социални услуги.

Преди подаване на заявление до омбудсмана на здравната служба на Обединеното кралство, всички други средства за подаване на заявление трябва да бъдат изчерпани.

Системата е добре поддържана и от наличието на експертна дирекция „Клинични съветници”. Сравнително малкия брой дела обаче поставя под въпрос способността на омбудсмана самостоятелно да подобри системата като цяло. Въпреки това, всеобхватния характер на ролята, методите на разследване, с които разполага омбудсманът, както и уникалната перспектива, която тази институция предлага, правят констатациите на омбудсмана много убедителни при оценката за бъдещото развитие на здравните услуги.

4.2.2.Извънвропейски системи за Здравен омбудсман

ИЗРАЕЛ

Израелският подход е един от най-добрите в света. За разлика от Обединеното кралство, където има традиционно разчитане на неформални или конвенционални механизми за допълване, има омбудсман на всички нива.

Централният здравноосигурителен омбудсман се допълва от законово задължение на всеки от доставчиците на частни здравни фондове да назначи вътрешен омбудсман, който да отговаря за защитата на правата на пациентите и разследването на жалбите, както и от задължение на всяка здравна институция на местно ниво да определи местен омбудсман, изпълняващ длъжността като представител на правата на пациентите. Системата е всеобхватна в нейната достъпност (позволяващ директен достъп на жалбоподателите до всяко ниво на системата), в правомощията си за разследване и в подкрепа за отделните лица (предоставяне както на застъпничество, така и на разрешаване на спорове).

Омбудсмана по здравеопазването е наречен „the Medical Professions Ombudsman”. Той работи като част от отдела за обществени запитвания и жалби на Министерството на здравеопазването. Комисарят по медицинските професии, както наричат омбудсмана, разглежда жалби, когато има подозрение за неетично поведение или необосновано отклонение от стандарта в медицинските грижи в болници и клиники, както в публичната, така и в частната система за медицинско обслужване. Жалбите относно качеството на грижите или личното поведение на медицински специалист (лекар, медицинска сестра, физиотерапевт, ерготерапевт и др.), работните часове, достъпността на лекарите, координацията между различните отдели, достъпността на услугите и т.н. се обработват от Министерството на здравеопазването- Отдел „Обществени запитвания и жалби“.

Всеки гражданин, който има национална медицинска застраховка, може да се възползва от услугата. Физическите лица могат да подават жалби до комисаря или да назначат пълномощник, който да действа от тяхно име.

Гражданите могат да се свържат с комисаря по медицинските професии по телефон, факс или имейл. Жалбите трябва да съдържат: Идентификационни данни на ищеца и жертвата (не е задължително те да са едно и също лице); Информация за връзка с ищеца: име, адрес, телефонен номер (за предпочитане номер на мобилен телефон) и имейл адрес;

Описание на инцидента: Деянието, което е извършено, жертвата, описание на поредицата от събития, име/на на членовете на персонала, които са участвали, и всякакви други подробности, които могат да помогнат на комисаря да разбере напълно иска; Съответна медицинска документация. Ако ищецът не е жертвата, тогава трябва да се включи пълномощно от жертвата. Като част от процеса на изясняване се посочва и името на лицето, срещу което се подава жалбата. Ищецът, който желае да остане анонимен, трябва да посочи това в писмения иск. Ищецът трябва да получи предварителен отговор в рамките на две седмици от официалното получаване на жалбата, в допълнение към кратко описание относно очакваната дата за официален отговор. Ако искането не е в правомощията на комисаря, то ще бъде прехвърлено на съответния адрес (заявителят ще бъде информиран за това). След събиране на информация, свързана със случая (например медицински досиета) и прехвърляне на жалбата на лицето, срещу което е подадена за отговор, ще бъде решено едно от следните: Разглеждането на иска е приключило и ищецът получава отговор; Последваща жалба, която се прехвърля към друг орган; Допълнително разследване на лицето/органа, срещу който е предявен искът; Решение за получаване на експертно мнение; Призоваване на ищеца и/или на лицето, срещу което е предявен искът, за разясняване; Създаване на анкетна комисия.

Следствен комитет за разследване на жалби за медицинско обслужване

Ако се вземе решение за назначаване на анкетна комисия след жалбата, се предприемат следните действия:

- Проучваните хора/органи ще получат уведомление относно създадената комисия; Комисията ще определи експерти в съответната област;
- Комисията ще привлече свидетели (жертвата, членове на семейството и т.н.) и медицински персонал и ще информира съответните страни за правото им на законно представителство. Разговорите на комисиите се регистрират или записват в протокола (частичен имунитет по чл. 21 от Закона за правата на пациента) [115,116].

Комисията разглежда въпроса и изготвя доклад. Заключениета на комисията, заедно с препоръките на Върховния комисар, се прехвърлят на генералния директор на Министерството на здравеопазването за одобрение, след което се прехвърлят на лицето, срещу което е подадена жалбата, и на жалбоподателя. Заключениета на комисията се предават за оперативно изпълнение.

Турция

В здравната система са създадени така наречените отдели за права на пациентите. Дефинират се като звена, отговорни за обучението на здравни специалисти и пациенти, относно правата на пациентите, които приемат заявления за предотвратяване на нарушения на правата на пациентите в болниците, предоставят решения на спешни проблеми и информират висшето звено (Директива за прилагане на правата на пациентите, 2005 г.). Основната цел формулирана в тази разпоредба, свързана с правата на пациентите, освен да се гарантира, че хората възстановяват здравето си, е да се предложи оптимално качество здравните грижи за пациентите в рамките на даден процес и да се доразвие това качество. През 2018 г. в Турция са били подадени приблизително 10 000 жалби до отделите за права на пациентите. Няма обаче статистически данни колко от тези жалби са разрешени и колко са отхвърлени.

Бразилия

Конституцията на Обединената здравна система на Бразилия (SUS) е белязана от гражданско участие. Нейната консолидация е пряко свързана със способността на губернаторите да я управляват демократично, с обществен контрол и участие в дефинирането и управлението на здравните политики от гражданите. Развитието на омбудсмани за обществено здраве е инструмент за социален контрол и играе основна роля в контролирането на функционирането на публичната администрация, като изобличава всякакви провали и разпространява принципите на справедливост сред гражданите.

Омбудсманите се характеризират като инструменти за държавна видимост, демократични пространства за народно участие и административни инструменти, основани на етичните и конституционни принципи на публичната администрация и на „Единната здравна система“. Те постепенно се установяват в други нации, като в Съединените щати и в различни Европейски страни, целящи гарантиране на правата на пациентите. Дейността на омбудсманите може да подобри качеството на здравните услуги, когато са правилно установени в системата за управление.

Общинският Здравен омбудсман в Бразилия е създаден през 2009 г. Към този момент екипът включва трима професионалисти: един, отговорен

за управлението на информацията и двама, отговорни за прякото общуване с гражданите.

Здравният съвет и омбудсманът принадлежат към административната структура на Общинския отдел по здравеопазване и са механизми за социален контрол на политиката на общественото здраве.

Проведено е изследване на напречни случаи и данните са събрани между май и август 2010 г. с помощта на структурирани интервюта. Като източници на данни при анализа на резултатите са използвани и библиографски и документални търсения. Извадката е съставена от две групи. Първият е сформиран от потребители, които са се обърнали към омбудсмана, за да се изкажат относно динамиката на общинската здравна система. Втората група включва съветници, представители на гражданското общество, здравни работници, SUS мениджъри и доставчици на услуги, отговорни за формулирането и мониторинга на здравната политика. Потребителската група е представлявана от 44 интервюирани, като 46 записи са направени лично, от които 2ма потребители отказват да участват в проучването. Така извадката включва 95,6% от потребителите на омбудсмана в здравеопазването. Групата от съветници включва всички регистрирани членове [21].

Въпросниците, приложени към всяка група, са различни и се състоят от два основни елемента: затворени въпроси, за характеризиране на профила на интервюто; отворени въпроси, за да се достигне до възприятията на интервюираните. Използването на отворени въпроси с потребители, целящи да анализират как възприемат приноса на омбудсмана към управлението на здравеопазването, както и знанията им за ролята на омбудсмана и работата му. В допълнение към описаните по-горе въпроси въпросникът, приложен към съветниците, е насочен към проверка на връзката между омбудсмана и Съвета за здравеопазване. Събраните данни са анализирани, като се има предвид естеството на записите, помагайки да се квалифицира как омбудсманът функционира като инструмент за управление и предлагайки действия за подобряване на демократичното управление в областта на здравеопазването.

Здравните съветници заявяват, че задачата на омбудсмана е да гарантира справедливост при изпълнението на здравните политики. Според един от съветниците: "омбудсманът коригира изкривяванията, принципно свързани с неравенствата в SUS и насърчава равенството".

В интервютата са събрани следните твърдения: "Омбудсманът изслушва двете страни на историята и се опитва да посредничи по най-

добрия начин и да разреши въпроса”; "Омбудсманът е комуникационен канал, който позволява медиация и търсене на баланс между граждански и здравни услуги"; "Омбудсманът трябва да бъде орган, на който всеки може да се довери, той трябва да бъде убежище и да помогне за посредничество при конфликти между потребителите на системата или между SUS работници и мениджъри". Съветниците считат, че гражданинът трябва да има диалог със служителите в здравеопазването и да се стреми да разреши проблема със Съвета за здравеопазване, преди да отиде при омбудсмана. Що се отнася до мотивите за прибегване до помощта на омбудсмана-двама съветници го използват за получаване на информация, а други, за да направят предложения за функционирането на системата на здравеопазването; получаване на добро обслужване; решаване на проблеми по отношение на управлението на хората и по отношение на стратегията за семейно здравеопазване.

Бразилският омбудсман е йерархично подчинен на изпълнителните правомощия, които могат да ограничат дейността му. Здравният омбудсман се назначава от Министерството на здравеопазването като инструмент за публично управление и социален контрол за подобряване на качеството и ефективността на услугите, предоставяни в здравеопазването. Проучванията показват, че потребителите на здравни услуги приемат омбудсмана като инструмент за управление, особено когато докладват функции, като например получават предложения. Населението желае прозрачност в държавното функциониране, като механизми за предотвратяване на корупцията и увеличаване на морала и ефективността в публичното администриране. По този начин получаването на предложения, жалби и претенции чрез омбудсмани дава възможност за усиление на гласа на гражданите. Техните възприятия за публична администрация се предават на мениджърите, които могат да ги превърнат в ефективни инструменти за подобряване на ефективността на публичната администрация. Документалният анализ ни позволи да идентифицираме, че проектът за създаване на омбудсмана е широко разпространен. Следователно е създадено партньорство и сътрудничество между омбудсмана, здравния съвет, техническите области и работниците в отдела за здравеопазване. Най-голямото средство за разкриване на информация за омбудсмана са държавни служители. Това предполага, че служителите разбират и вярват в работата на омбудсмана и я виждат като съюзник, опитвайки се да променят системата на здравеопазването.

Здравният омбудсман е важен инструмент за управление, посредством наблюдение на функционирането на здравната система.

Създаването на омбудсмани, специализирани в здравеопазването е скорошно явление в Бразилия и извършеното проучване може да допринесе за подобряване на управлението на здравеопазването в бразилските общини, както и да насърчи нови изследвания в областта.

Анализът на ролята на омбудсманите в общественото здравеопазване и техния принос към администрацията му, според две групи заинтересовани страни: потребители на здравната система и общински здравни съветници, показва, че жалбите до омбудсмана, показват затруднения при достъпа до здравни услуги и действия, с риск те да бъдат възприемани като преки пътища към достъпност, пренебрегвайки принципа на социалната справедливост. На база допитване до потребителите на здравни услуги става ясно, че основните дейности на омбудсмана са: подпомагане на решаването на проблеми в здравеопазването и изслушване и разясняване на функционирането на SUS. Общинските здравни съветници определят информацията като инструмент за власт и достъп до правата на потребителите. Прави впечатление също, че омбудсманът играе важна роля в посредничеството между Общинския здравен съвет, гражданите и ръководителите на здравната система.

Установено е, че трябва да се осъществи или да се подобри следното: предлагане на подкрепа, чрез изготвяне на управленски доклади, за наблюдение на качеството и способността на системата да отговори на нуждите от здравни грижи на потребителите, насърчаване на координацията със здравни консултанти, насърчаване на разпространението на информация за функционирането на здравната система и наблюдение на изпълнението на действията за коригиране на всички нередности, установени при функциониране на здравната политика.

Омбудсманът е ключов управленски инструмент при наблюдението на здравната система. Създаването на институцията на Здравния омбудсман е напредък в областта на демократичното управление. Въпреки това има предизвикателства, които трябва да бъдат преодоленни, за да се подобри приносът на омбудсмана в изпълнението на здравните политики и представляването на гражданите при гарантиране на правата им.

Приемането на закони за правата на пациенти в определени страни стимулира разбирането, че макар да е основен инструмент за тяхното осигуряване, това не е достатъчно. Следователно са създадени специфични инструменти, с акцент върху Здравния омбудсман, чиято функция е да насърчава тези права чрез разглеждане на жалби, подадени от пациенти .

Смята се, че в Бразилия липсва ефективна институционална култура, което забавя дискусиата между бразилските специалисти или че допринася за увеличаване на уязвимостта на засегнатите хора и генерира по-лоши резултати в здравеопазването. Омбудсманът трябва да бъде разграничен от пациент и от доставчик на здравни услуги или от доставчик на болнични грижи, тъй като последният има функция да се грижи за болните. От друга страна, омбудсманът е безпристрастен при определянето на претенциите на различните страни, участващи в здравеопазването, с централна функция да разпространява информация за правата на пациента, да легитимира исканията им и да посредничи при евентуални конфликти. Той е специалист в справянето с жалби, като набляга на неприятностите на две претенции и средствата за разрешаване на спора.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ

Омбудсманът трябва да действа независимо от службата, като тази автономия трябва да бъде установена в правилника, за да отбележи неговото действие, и да бъде безпристрастен при определянето на претенциите, защото ако не заеме адекватна позиция, той може да загуби доверието на гражданите.

Квалификацията на омбудсмана предполага обучение по правни въпроси и по разглеждане на искове, които трябва да се подават пред съдебната власт, както и по въпроси, имащи отношение към клиничния контекст. Важно е той да има достатъчно власт, за да гарантира достоверността на действията си. Също така е важно да има достъп до всички записи и да може законно да изисква спазване на претенциите на всички участници. Накратко, тяхната централна роля е да подкрепят, обслужват и защитават отделния пациент.

Здравният омбудсман има някои специфични функции: да насърчава правата на пациента чрез разпространение на информация и бърза обработка на искове, винаги за пациента и без ограничения или наказания, както и механизми как да повиши качеството на здравеопазването. Предвид тези характеристики се потвърждава, че функциите на Здравния омбудсман се отличават от услугата SUS, която се фокусира само върху своите потребители, като е задължена само да получава, разглежда и препраща жалби.

Местният омбудсман, назначен за Бразилия трябва да работи с пълна отдаденост и без конфликт на интереси. В повечето случаи се изискват два

модела, изследвани от Mackenney и Fallberg-да има Здравен омбудсман и освен това препоръчват регионални омбудсмани, които работят с първичната медицинска помощ. И все пак, относно норвежкия модел, Molven посочва, че достъпът до него трябва да бъде неформален за пациента.

Накратко, предложеният модел на омбудсмана за Бразилия подчертава мястото на действията му, по-специално болничната среда, но също така включва регионални омбудсмани, които да се справят с пациентите в първичната медицинска помощ. Предлага се обаче регионалното да е по избор, тъй като болницата е средата с най-много неблагоприятни събития. Подчертава се също, че упълномощаването на омбудсмана е дадено със закон, който установява специфични прерогативи, като неговата самостоятелност и независимост, подходяща квалификация и бързо обработване на жалби.

Нова Зеландия

Здравното регулиране в Нова Зеландия се извършва на национално ниво предвид унитарната форма на управление на страната. Жалбите срещу лекари се управляват в споразумение за съвместно регулиране, при което хората могат да се оплакват или до Медицинския съвет, или до комисаря по здравеопазването и уврежданията, които след това препращат случаи, включително към Трибунала за преглед на правата на човека. Регулирането на здравните професии се преработва съгласно Закона за осигуряване на компетентност на здравните професионалисти от 2003 г., който заменя 11 статута за отделните здравни професии, установявайки обща рамка за регистрация и дисциплинарни производства, създавайки независим дисциплинарен трибунал на здравните специалисти.

Нова Зеландия създава парламентарен комисар по разследванията през 1962 г. (El wood 2009). Здравният омбудсман е назначен три десетилетия по-късно съгласно Закона за комисаря по здравеопазването и уврежданията от 1994 г., след като съдия Картрайт призова за независим комисар и кодекс за правата на пациентите (Доклад Картрайт 1988 г.). Запитването Cartwright In е създадено, за да разследва скандал в Националната женска болница в Окланд, където са изследвани жени с ранни симптоми на рак на маточната шийка, но не са лекувани. Комисията на Нова Зеландия съдържа елементи от три модела на омбудсман: стандартен модел,

фокусиран върху оплакванията на пациентите, някои правомощия за „върховенство на закона“ и права на човека в застъпничеството за правата на потребителите.

Комисарят по здравеопазването и уврежданията разглежда нарушенията на Кодекса за правата на потребителите на здравни услуги и услуги за хора с увреждания от 1996 г., който определя 10 законно приложими права на потребителите и съответните задължения на всички публични и частни доставчици. Освен това комисарят може да инициира наказателно преследване пред трибунали и съдилища.

4.2.3. Здравен омбудсман-различни подходи за подобряване на качеството на здравните услуги в Европа

Здравните услуги се нуждаят от институцията Здравен омбудсман, която разрешава конфликти и разработва стратегии за по-добри здравни услуги, за да се повиши ефективното и ефикасно предоставяне на здравни услуги в рамките на етичните правила.

Примерът на Финландия

Въвеждането на закони за правата на пациентите в цяла Европа през последните години е важна стъпка в защитата на правата на пациентите. Законите обаче са неефективни, освен ако не се прилагат правилно и не се приемат от всички заинтересовани страни. Прилагането на законите в здравните услуги е особено трудно поради дългата си история на вземане на решения, традиционно базирани на етиката на отделния лекар или медицинската общност. За да се улесни практическото прилагане на законите за правата на пациентите, някои държави са въвели системи за Здравен омбудсман.

Функциите на системите за Здравен омбудсман често включват отговорност за наблюдение на степента, в която правата на пациентите се зачитат. Те също така обикновено са неразделна част от всички национални и регионални процедури за жалби.

Създаването на омбудсман, фокусиран изключително върху пациента, се е появило по-късно, през последните две десетилетия на миналия век. Съединените щати са един пример, въпреки че терминът “омбудсман” не се използва толкова често там, колкото терминът “застъпник на пациентите”.

Структурата на финландската система за Здравен омбудсман показва, че омбудсманът не представлява пациента.

По-голямата част от финландските омбудсмани работят и като социални работници, медицински сестри или дори лекари. В много отношения финландската система за Здравен омбудсман е предшественик на редица други системи и се взима като отправна точка за разглеждане на някои от по-изгодните и по-малко изгодни аспекти. Те се отнасят до:

- Отправна точка за превръщане на законодателството за правата на пациентите в практичен и приложим инструмент;
- Необходимостта от безпристрастност;

- Ролята на омбудсмана за постигане на подобрения в здравеопазването като цяло.
- Необходимостта, или по друг начин-санкционна сила срещу тези, които имат нарушени права като пациенти.

Разглеждайки ги, на първо място, финландският законодател осъзнава, че е необходима система за справяне с практическото прилагане на Закона за правата на пациентите. В резултат на това е въведена система със Здравни омбудсмани за обучение на широката общественост и здравните специалисти относно съдържанието на новия закон. Това е смела първа стъпка, която е породила действия в редица други страни, които създават подобни системи. Тези и други паралелни подходи са разгледани по-подробно в „Защита на правата на пациентите. Сравнително изследване на омбудсмана в здравеопазването”[90]. Въпреки това, предвид произхода си и двойния характер на заетостта за финландските омбудсмани, процедурата за назначаване на Здравен омбудсман във Финландия е свързана с потенциални проблеми от гледна точка на конфликт на интереси. Това засилва необходимостта от безпристрастност и независимост като платформа за всяка нова система на омбудсмана. На трето място, жалбите са малка част от задълженията на финландския Здравен омбудсман. Има и други въпроси, свързани с качеството от гледна точка на пациента. И накрая, финландската система не включва процедура за санкциониране на здравни специалисти, които не зачитат правата на пациентите. Това се разглежда по-скоро като сила, отколкото като слабост.

Последните сравнителни анализи от изследвания на безопасността извън сферата на здравеопазването, включително търговски авиокомпаниии, ядрената енергетика и офшорната индустрия показват, че най-добрият начин за подобряване на качеството е да има система, фокусирана върху системните проблеми, а не върху индивидуалните грешки. Следователно е възможно системата на Здравен омбудсман да има полза от липсата на правомощие да санкционира нарушителите. Много пациенти, и омбудсмани, все още разглеждат проблемите с качеството само като резултат от некомпетентни лица, а не като частично или изцяло причинени от лоши здравни системи. За професионалистите е необходимо време, за да научат и приложат правилните методи. Промяната на културата в здравните организации отнема време, особено когато се опитват да променят начина, по който две или повече услуги си взаимодействат.

Начинът, по който омбудсманите са влияели върху качеството в миналото, е до голяма степен чрез здравните служби, които се страхуват да

станат обект на техен контрол. Омбудсманът защитава правата и осигурява необходимата защита, но също така трябва да възприеме съвременния подход към качеството: наистина да бъде част от движението, за което се застъпва, за да бъдат тези подходи по-широко приложими.

Важна характеристика, която липсва във финландското законодателство е правото на омбудсмана да издава публични изявления за своите констатации, въз основа на съответната документация, която да е предоставена по негово искане. За да има ефект, всяко разследване трябва да бъде проведено от компетентен и професионален персонал, включително адвокати, лекари, медицински сестри и т.н. Всяко заключение трябва да се основава на факти и да е безпристрастно. Ако всички тези изисквания са изпълнени, вероятно е публичното изявление на Здравния омбудсман да има много по-голяма системна промяна. Безспорно е, че омбудсманът има важна роля в системите на здравеопазването. Единно е мнението, че основната му цел е да подкрепи и защити отделния пациент.

Понастоящем ресурсите и правомощията изискват омбудсманите да се съсредоточат върху индивидуални жалби, както и тяхната бъдеща роля трябва да бъде насочена към подобряването на качеството на здравните услуги като цяло.

4.2.4. Функции на Здравния омбудсман в европейските страни-основни елементи

Потребителите на здравни услуги може да се нуждаят от подкрепа, особено за подаване на жалба, за избор кой път да следват, както и при вземане на решение кога и как да се действа, за да бъде разследван случаят им. Въпросът, който е важен е-кои трябва да бъдат основните елементи, изграждащи функционална система на Здравния омбудсман, която да има за цел да защитава и подкрепя пациентите?

Идентифицирани са някои важни елементи: Целта на институцията омбудсман трябва да бъде защита на законови права, интереси и осъществяване на подкрепа на отделни лица и качеството за подпомагане на пациентите като цяло. Системата трябва да се основава на закон и на култура сред здравния персонал, където омбудсманът се приема като институция. За да обслужва много отделни пациенти, също така, по гъвкав и неформален начин, предимство на системата е, че е локализирана на регионално и локално ниво. Подпомагайки хората по най-добрия начин, омбудсманът в допълнение към предоставянето на информация, насоки и съвети трябва да има като част от задачите си да извършва разследвания, да прави изявления и да представлява пациентите при подаване на жалби до съответните органи. За да извършва това, омбудсманът трябва да има право да си набавя информация от здравните служби; да работи независимо и автономно, без двойни роли и да бъде съставен както от адвокати, така и от здравен персонал.

Що се отнася до подобряването на качеството, система, която има централен и координиращ орган, може да има по-голяма легитимност и да използва по-добре натрупаните знания в цялата страна, отколкото местните/регионалните мерки.

Омбудсманът е лице, избрано от обществото да говори от името на другите, лице което може да посочи, че са допуснати грешки, но без да има право да издава правно-обвързващи инструкции на здравните служби. Следователно се разграничават две групи: от една страна, лицата/отделенията, които са в позиция да помагат на пациентите и гражданите чрез информация, съвети, застъпничество, посредничество и/или арбитраж, независимо от това, че са призвани или призовават самите омбудсмани и от друга страна, специални звена за контрол, които имат формални правомощия да вземат решения, които формално обвързват здравните служби, въпреки че тези звена също могат да бъдат наречени

омбудсмани. Последните обаче обикновено не се разглеждат като същински омбудсмани.

Тъй като здравните услуги и системите за подаване на жалби са разнородни, е уместно системите на Здравните омбудсмани да се организират по различен начин и да се променят ролите им. Институцията на омбудсмана трябва да бъде изградена по начин, който я прави функционална и от значение в рамките на системата за здравеопазването. Системите на Здравния омбудсман могат да бъдат различни. Има аргументи в полза на институцията Здравен омбудсман, предназначена да говори от името на някой друг, която трябва да бъде изградена върху някои основни елементи. Някои характеристики по отношение на организирането на институцията и определянето на ролите трябва да бъдат почти еднакви, независимо от това как са организирани услуги и как функционират системите за жалби.

Авторите анализират кои трябва да бъдат ключовите елементи за изграждане на функционална система на Здравен омбудсман, която има за цел да защити правата на пациентите. Все по широк става обсегът на проблемите за правата на гражданите-потребители на здравни услуги. Те включват общите им нужди и интереси, административна справедливост и качество, които често са фокусирани върху безопасността на пациентите и осигуряване на качеството. Това поражда въпроса дали този начин на разсъждение е станал част от причините за появата на омбудсманите и как тази перспектива трябва да бъде развита в рамките на институцията на Здравния омбудсман.

Важни елементи, които трябва да се вземат предвид при създаването на институцията на Здравния омбудсман, са тези, които имат отношение към здравните услуги като цяло. Разсъжденията са сравними дори с по-ограничени системи, като тези, включващи само болници или старчески домове. Точно както парламентарният омбудсман, Здравният омбудсман има функция да защитава хората, както от публични административни системи, така и да извършва разглеждане на случаи, свързани с общественото здраве. Системите могат да бъдат създадени и за частни здравни услуги.

Нуждата на пациентите от защита и подкрепа:

В допълнение към международните конвенции, всеобхватните национални закони, засягащи правата на пациентите, са въведени като важна стъпка към защита на интересите и нуждите на пациентите. Последните често искат да реагират или да се оплачат, когато смятат, че здравните системи са злоупотребили или са били подложени на неподходящо лечение.

Пациентите, които искат да променят решенията на здравните институции, могат след неуспешна жалба до доставчика на здравни услуги, да представят своите опасения пред отделни независими органи за вземане на решения. Тези от тях, които търсят финансово обезщетение за предполагаема злополука, са принудени да предявят иска пред специален държавен орган, създаден да се занимава с обезщетение на пациентите, като алтернатива, преди да се обърнат към съда по въпроса. Пациентите също могат да пожелаят техният случай да бъде преразгледан, дори при липса на очаквана промяна или компенсация.

В някои страни съществува професионална система за саморегулиране, към която хората могат да се обърнат. В други страни, като в скандинавските, има система за обществена проверка, която решава дали законът е нарушен. Здравният персонал при сериозни нарушения на закона може да бъде санкциониран от инспекторати или други публични органи. Проблемът е, че подобни процедури за жалби рядко са прости, достъпни или експедитивни от гледна точка на жалбоподателя.

Пациентите често се нуждаят от подкрепа, за да разберат, че нещо не е наред, да подадат жалба, да изберат кой път да следват и да решат кога и как да действат, за да бъде разследван техният случай. Те се нуждаят от помощ и навиране в тези сложни системи за оплаквания.

Институцията Здравен омбудсман има очертани цел, обхват и правомощия. Законите могат да бъдат специфични за институцията на омбудсмана или да я включват в по-изчерпателен регламент, като например закон, който се занимава с правата на пациентите. Друг начин за регулирането ѝ може да бъде чрез административни разпоредби, определени от органите или звената, от които са част омбудсманите, като например болница.

Системите с правно основание ще осигурят най-голяма легитимност на омбудсманите. Такива законови разпоредби представляват символичен израз на значението на институцията за обществото. Законодателството може също да съдържа разпоредби, които предоставят процедурни и/или

материални правомощия на омбудсмана, правомощия, които местните власти рядко имат или имат правомощия да установят. По правило този орган ще бъде по-рестриктивен в обхвата, с който разполагат местните власти за прилагане на регулации, по обвързващ начин, и за кого тези правила могат да се прилагат. Здравните омбудсмани в Норвегия имат своето основание в Закона за правата на пациентите, глава 8 [130].

Омбудсманите заемат относително свободна позиция, определяйки начина на изпълнение на своите задължения. Самото законодателство и дадените разпоредби поставят омбудсманите в ясна правна позиция и с конкретни права и задължения. Не на последно място въз основа на това законодателство институцията Здравен омбудсман в Норвегия се е превърнала във важна институция.

Цели и задачи

Задължението на омбудсмана е да защитава правата на пациентите. Въпросът е дали целите трябва да имат по-широк спектър. Целта на институцията Здравен омбудсман е да отговори на нуждите на отделните пациенти и да разреши проблемите между пациентите и доставчиците на здравни грижи. В Нова Зеландия институцията отива по-далеч и има за цел да подобри качеството на здравните услуги. Тези два елемента трябва да се разглеждат като допълващи се с информация от много отделни случаи, осигуряваща подходяща основа за изявления и изготвяне на предложения за подобряване на качеството. Иновативните системи на омбудсмана трябва да са за подобряване на качеството, както и да бъдат ориентирани към правна защита. Референтната рамка за омбудсманите по отношение на защитата на отделните пациенти може да бъде или доста тясна, или широка. Тази цел може да бъде ограничена до предоставяне на подходяща информация и насоки на пациентите или по-обширна- предоставяне на висококачествена услуга за обработка на жалби, която предлага мнение, поправя индивидуалните грешки и иска промени.

Омбудсманите могат да имат допълнителни задължения да защитават индивидуалните права, както и нуждите и интересите на пациентите като цяло, като проследяват случаи, които показват потенциал за подобрене, въпреки че законът не е нарушен и въпроси, които (все още) не са били предмет на законодателството. Омбудсманите могат да бъдат групово ориентирани, по своя собствена инициатива, като се занимават с въпроси, свързани с уязвимите групи, и се обръщат към

техните специални нужди и интереси, за да подобрят съответните договорености за тях.

Норвежките Здравни омбудсмани „работят за защита на нуждите, интересите и законните права на всички потребители на здравните услуги в окръга“ и „за подобряване на качеството на услугите“, отразявайки широко-базиран подход. Омбудсманът разглежда дела по жалби от отделни пациенти, като същевременно действа със самостоятелна инициатива за разследване на случаи, с които е запознат и които застрашават нуждите и интересите на пациентите. Това демонстрира по-широк ангажимент за защита на пациентите като цяло. От омбудсманите се очаква да предадат знанията си обратно в здравните служби, за да мотивират други мерки за подобряване на качеството.

Задачите на институцията трябва да бъдат законово очертани. Това ще доведе до прозрачност за всички и ще определи какво може или не може да направи омбудсманът. Много държави са предвидили такива разпоредби, като някои са доста специфични, какъвто е случаят в Нова Зеландия, докато други предлагат по-обща насока за обхвата на тяхната работа, както се случва във Финландия и Норвегия.

Основната цел може да бъде да информира пациентите и евентуално доставчиците на здравни услуги. Това може да означава, че основната задача включва предоставяне на информация на пациентите за правата и задълженията им и правилното място, където да отправят своите жалби. Това е основното задължение на финландските омбудсмани-те не представляват пациенти, а действат по-скоро като информационна служба.

Централната задача надхвърля предоставянето на информация за правата, задълженията и процедурите, за да се обясни на пациента какво се е случило и да се обмислят по-нататъчни възможни действия. Ситуацията може да доведе до объркване на пациента дали да поиска да потърси правата си от доставчика на здравни услуги или да подаде жалба до обществено звено. Пациентът може да се нуждае от съвет относно най-разумната следваща стъпка в рамките на процедурата за оплакване.

Като алтернатива, омбудсманът може да действа като помощник, поправяйки възможни грешки. В допълнение към предоставянето на съвети и насоки, той може да играе активна роля в предоставянето на устна или писмена комуникация и/или при срещи със здравните служби. Той трябва да запази правото си да разглежда случаите, правомощията да прави разследвания и възможността да дава мнението си по въпросите на здравната служба. Правейки това, омбудсманът ще действа и ще бъде

разглеждан като представител, като лице, което говори от името на някой друг, като истински омбудсман.

На омбудсманите, освен че имат правомощието да разследват случаи, може да им бъде възложено да дават становища относно това, кое е правилно и кое нередно и да имат капацитета да нареждат на здравните институции да коригират своите неправомерни действия, подобно на традиционната функция на парламентарен омбудсман. Това дава право на омбудсманите да разрешават казуси. Може да им е дадено правомощие да решават кое е правилно и кое не, по формално обвързващ начин. Ако случаят е такъв, ще бъде неуместно да се очаква омбудсман да говори от името на някого, а по-скоро да се разглежда като част от редовната здравна административна система. От Норвежкия закон за правата на пациентите следва, че „до разумна степен пациентският омбудсман трябва да дава на всеки, който поиска, информация, съвет и насоки по въпроси, които са включени в работата на пациентския омбудсман.“

Освен предоставяне на информация, съвети и насоки, в разпоредбата се разбира, че омбудсмана е представител, който може да помага на пациентите да общуват със здравния персонал, да пишат или да се срещат с него, за да изяснят, отменят или променят решенията. Омбудсманът може също да прави съществени „изявления“, което предполага, че той може да представлява пациента.

Организационна структура:

Институцията Здравен омбудсман трябва да бъде добре структурирана и организирана, за да се повиши нейната легитимност и потенциала ѝ да работи независимо от здравните услуги.

В Англия институцията Здравен омбудсман е част от системата на парламентарния омбудсман. Обичайно е Здравните омбудсмани да се организират като част от правителствената, регионалната или местната здравна администрация и да се финансират от една от тези административни единици.

В някои страни, като Финландия, омбудсманите могат да принадлежат към отделни звена на здравните служби, например към болница. Да бъдеш част от системата на парламентарния омбудсман има най-голям авторитет. Да бъдеш част от здравната административна система или здравните услуги създава предизвикателства за възприеманата независимост. Това се отнася за Израел и Финландия, където омбудсманът

функционира на допълнителна управленска или персонална позиция в рамките на здравните служби.

В Норвегия институцията работи под управлението на здравеопазването, органът, отговорен за прилагането на решенията и политиката по отношение на здравеопазването е Министерството на здравеопазването. Това означава, че правителството е отговорно за институцията на омбудсмана и трябва да информира парламента за нейната структура и организация. Парламентът има възможността да ѝ влияе, като дава гледни точки или инструкции как да подкрепи системата, като отговаря за нейното финансиране.

Омбудсманът, създаден като правителствено звено, може да бъде управляван и инструктиран от тази организация, което изглежда неправилно и създава усещане за конфликт на интереси. За да се избегне подобно схващане, норвежкия Закон за правата на пациентите настоява омбудсманът да изпълнява задълженията си „независимо“ и „автономно“. Това гарантира, че дирекцията или друг орган не могат да влияят върху това как функционират омбудсманите, как се справят с отделни случаи или как представят такива случаи в годишния си отчет. Дирекцията може да разглежда само въпроси като персонал и обучение.

Функции и локализация

Здравните омбудсмани могат да функционират на централно ниво, като омбудсмана на здравните услуги в Англия, на регионално ниво като Норвегия, на местно ниво, както във Финландия, или комбинация от тях, както в Нова Зеландия. Американската национална програма за омбудсман за дългосрочни грижи се стреми да разрешава случаи от жалби, особено за настанени в старчески домове и заведения за резидентни грижи и е изградена около централна институция с някои регионални офиси и много местни омбудсмани.

Националният омбудсман може да има по-голяма легитимност, но да е недостъпен и по-скоро бюрократичен, ако работи без регионални или местни звена, които получават и обработват дела. Регионалните или местните звена осигуряват по-лесен достъп до необходимата местна подкрепа, докато централните агенции могат да имат по-голямо влияние при изготвянето на политики, стандартизирането на обработката на жалби и при координирането на работата, извършвана в цялата страна. Регионалният или местен омбудсман е в по-добра позиция да отговори на нуждите на пациентите. За хората е важно да използват устна

комуникация, без да се налага да пишат писмо или да попълват формуляри. За омбудсманите е по-лесно да работят по неформален начин за решаване на проблеми. Познаването на местните работни процедури, рутини и промени прави омбудсманите по-подходящи за местната общност и по-добре подготвени да предлагат подобрения. Когато са организирани регионално, омбудсманите могат да имат офиси в други градове и/или болници, плюс централен офис. Някои от регионалните норвежки омбудсмани имат допълнителни офиси в по-големите болници. Когато работят на местно ниво, например на общинско ниво, омбудсманите могат да имат офис за среща с пациенти или могат да назначават хора от персонала в рамките на локализираните в здравните звена, и както е в случая във Финландия, да бъдат много лесно достъпни.

Следователно, както в някои други страни, се наблюдава постепенно разпространение на всички нива на системата. Това означава осигуряване на местно, безпристрастно застъпничество и съвети, до национално, законово независимо разследване на жалби. И националният омбудсман и местните представители на пациентите изглеждат добре използвани механизми. Ролята на представителите на правата на пациентите все още не е оценена и липсват обобщени данни за тяхната работа и функции. Въпреки това, ако не друго, тези местни защитници имат силата и позицията да влияят върху подобрение в начина на обслужване.

Персонал

Здравният омбудсман може да бъде назначен за ограничен период от време или за постоянно. Назначаването му за ограничен период може да създаде някои рискове, особено ако е към медицинско заведение като болница. Ако омбудсманът създаде твърде много затруднения на здравните служби, те рискуват да не подновят договорите си, както може да се случи в австрийската система.

Тъй като основният фокус са правата на пациентите, изглежда разумно да се заключи, че омбудсманът трябва да бъде адвокат. На практика това не винаги е така. Тъй като целите на омбудсмана може да са по-всеобхватни, необходимият професионален опит на омбудсмана може да варира. Службите на омбудсмана трябва да имат опит в оценката на клиничните фактори, както и правно образование, което се изразява в необходимост както от правни, така и от здравни професионални компетенции.

Норвежките Здравни омбудсмани са наети на постоянни договори. Около половината от тях са юристи, а повечето от останалите включват различни видове здравен персонал. В офисите обикновено работят както адвокати, така и здравен персонал (от 2010 г. и социални работници). Средно омбудсманите имат трима служители на пълен работен ден, които обслужват население от около 200 000 души, като издържат средно 700 пациенти годишно.

Независимост

Здравният омбудсман, като институция под парламентарна власт, трябва да бъде напълно независим от здравната администрация и здравните служби. В повечето страни институциите са част от или са свързани с Министерството на здравеопазването, регионалната или местната здравна администрация или болниците. Това може да бъде предизвикателство за независимостта на омбудсманите, особено ако последните в същото време са наети като част от административния или професионалния персонал на институция, или имат ограничен мандат.

Когато омбудсманите са административно свързани с Министерството на здравеопазването или други части на здравната администрация, това може да повлияе на степента им на автономия. Работата на омбудсманите може да бъде регулирана от насоки, които застрашават тяхната независимост. Ако омбудсманите не са независими, това може да попречи на пациентите да говорят свободно с тях или да доведе до неадекватно разследване на случаи или да ограничи възможността им да дадат становище, посочващо, че здравните служби са допуснали грешка.

В страни като Норвегия е предвидено, че омбудсманът, докато функционира административно под ръководството на здравните власти, изпълнява работата си независимо и автономно, което означава, че никой не може да повлияе на разглеждането на делата от страна на омбудсмана. Норвежкият закон за правата на пациентите гласи, че „Омбудсманът изпълнява работата си независимо“ [130]. Това означава, че омбудсманът изпълнява своите права и задължения самостоятелно. Когато е посочено в закона по този начин, независимостта на омбудсмана изисква насоките от здравните органи да се отнасят само до организационни и административни въпроси, а не до процесите на вземане на решения в случаите.

Правомощия

Официалните правомощия, предоставени на омбудсманите със закон или наредби, включват процедурни етапи. Това може да включва такива елементи като правото на информация, своевременно получаване на адекватни отговори от здравните служби, правото на достъп до документи, свободен достъп до здравните институции, правото за задълбочено разследване на случаи и на свободно изразяване на своето мнение. Омбудсманите, които имат правомощия, могат да се позовават и на това какъв ще бъде материалният резултат от жалбата, подадена от пациенти. Омбудсманите обаче нямат решаваща власт по отношение на начина, по който могат да отменят и да инструктират другите. Тяхната материална сила ще бъде установена от достоверността на техните констатации в резултат на извършената работа.

Норвежките омбудсмани получават някои изрични процесуални права по отношение на здравните услуги. Съгласно Закона за правата на пациентите [130]: „Публичните органи и други органи, които предоставят услуги за публичната администрация, предоставят на омбудсмана необходимата информация, за да може той да изпълнява своите задачи“. Това означава, че болниците и семейните лекари в първичната здравна помощ трябва да отговарят на пациентския омбудсман, който разследва случай, свързан с болница и/или семеен лекар. Освен това в закона е посочено, че омбудсманът има достъп до всички звена, където се предоставят здравни услуги.

Допълнително важно процесуално право е да се правят изявления. Омбудсманът решава към кого да бъдат насочени тези изявления. Много омбудсмани действат по този начин, докато някои ограничават дейността си до предоставяне на информация, съвети и насоки. Това правомощие, да предлага подкрепа, прави омбудсмана важен орган при въвеждането на решения и подобрения. Това може да се отнася до оплаквания на пациентите или до подобряване на качеството на услугите. Съгласно Норвежкия закон за правата на пациентите „норвежките здравни служби признават правото на Здравните омбудсмани да разследват случаи и да правят изявления, тяхното задължение да предоставят на пациентите информацията, която търсят и да им се осигури достъп до всички помещения, където се извършват здравни услуги [130]. Ако пациент се свърже с омбудсмана, твърдейки, че е бил оцетен по време на болничен престой, омбудсманът има право да получи отговор на всички въпроси, свързани със случилото се, задавайки ги от името на пациента. По същия

начин други здравни звена, участващи в лечението, трябва да отговарят на омбудсмана.

Материалните изявления на омбудсманите не са обвързващи за другите. Изявленията имат само тежестта, която засегнатият здравен персонал или здравни служби избират да им предоставят. Това зависи до голяма степен от реалното въздействие на изявленията, колко убедителни са те по същество и общото доверие, което омбудсманите са изградили чрез предишни разследвания, свързани с оплаквания на пациенти или подобряване на качеството.

Разглеждане на дела: Законът

Начинът, по който съответните жалби и заявления се обработват, първоначално ще зависи от целта на системата, процедурните разпоредби и как в крайна сметка са определени задачите. Случаите могат да бъдат разрешени чрез предоставяне на информация, чрез даване на съвети и насоки, чрез извършване на разследвания и изявления, както и чрез отправяне на официални оплаквания.

Омбудсманът трябва да притежава индивидуалните правомощия да определя, независимо дали искането предоставя адекватни основания за по-нататъшно разглеждане, съгласно Норвежкия закон за правата на пациентите [130]. Това задължително зависи от приоритетите на омбудсмана дали даден случай ще бъде приет. Предполага се, че омбудсманите трябва да приемат искането, ако то е разумно обосновано. Ако случаят не бъде разгледан, същата разпоредба гласи, че лицето, направило искането, се уведомява заедно с кратко писмено обяснение за решението.

Ако работата на омбудсмана е само да информира пациентите за техните права и да обяснява начините за подаване на жалби, тогава той не се нуждае от никакви процесуални правомощия. Ако омбудсманът представлява пациентите, той трябва да има право да иска съответната информация, а ако има за задача да прави изявления, той също трябва да има правомощията да разследва случаи, например, да му се предава съответната информация от здравните институции. Тогава въпросът е доколко на омбудсмана се дават процесуални права, чрез които той може да прави релевантни и обосновани изявления.

Без фиксирани крайни точки и стандартизирани методи за обработка на жалби, омбудсманът има възможността да избере подхода, който счита

за най-подходящ за разрешаване на случая. Норвежкният парламентарен омбудсман досега е получил само една жалба относно начина, по който Здравните омбудсмани се справят със случаите.

Въпросът е дали омбудсманите се занимават само със случаи, инициирани от пациенти или и с молби от други лица. Омбудсманите не трябва да имат право да действат от името на отделния пациент, освен ако самият той или неговите законни представители не са поискали това. Изглежда целесъобразно да се разглеждат и случаи, инициирани от други, ако целта на институцията на Здравния омбудсман е да защити интересите и нуждите като цяло и да допринесе за подобряване на качеството в здравеопазването.

Важен въпрос е дали пациентите и други лица, разкриващи информация на омбудсмана, имат право на анонимност. Поверителността може да е важна за здравния персонал, който съобщава за нарушения, когато работи и търси омбудсмана за да предприеме действия. Остават въпросите дали омбудсманът може да съдейства на жалбоподатели, които подават жалби анонимно и дали омбудсманът е длъжен да разглежда случаи, повдигнати от неидентифицирани лица, анонимно.

Пациентите трябва да имат право да отправят анонимни искания до омбудсмана. Омбудсманът трябва да бъде упълномощен да решава дали да продължи със случая или не. Той трябва да има възможността да подкрепи пациента с информация и насоки, въпреки че той или тя е анонимен, и да насърчи за по-качествени услуги, ако основата на жалбата е свързана с липса на качество на услугите по по-общ начин.

Лицата, които се обръщат към омбудсмана, също трябва да имат право на анонимност, особено като „информатори“, съобщаващи грешки и организационни пропуски на здравните служби. Те не трябва да се страхуват да предоставят такава информация на омбудсмана от страх самоличността им да не бъде разкрита на доставчика на здравни услуги, който може да е неговия работодател.

Обработване на случаи: Практиката

Институцията на Здравните омбудсмани може формално и действително да има централна или по-маргинална позиция в рамките на здравните услуги. Омбудсманите могат да подкрепят много пациенти или само няколко, като подкрепата може да се отнася до хомогенни или по-разнородни въпроси. Те могат също да имат специфични разпоредби

относно управлението на случаите и техните резултати. Омбудсманите често са в положение, в което могат да определят различни подходи въз основа на собствената си оценка. Практиката може да не следва конкретно от разпоредбите и може да варира в зависимост от вида на разследването и истинността на обстоятелствата. Институцията на Здравния омбудсман работи в различни здравни услуги и системи за жалби, което затруднява уеднаквяването на дейностите на омбудсманите.

Въз основа на четири избрани системи, една от които функционира на централно ниво, една на централно и регионално ниво, една на регионално и една на местно ниво, е илюстрирано каква може да бъде разликата в състава на практика. Това не означава, че практиката сред другите системи, работещи на същото ниво, е или трябва да бъде, идентична с избраните, може да има вариации. Различните цифри илюстрират каква може да е практиката извън различните видове системи.

Омбудсманът на здравните услуги в Англия (511/2 милиона жители), който функционира на централно ниво, получава приблизително 14 500 жалби годишно. Основната задача на омбудсмана е да разследва случаи и да взема решения, а правомощията му се черпят основно от Закона за комисарите по здравните служби. След като първо е филтрирал случаи извън обхвата, тези, които не са правилно подадени или преждевременни, като например жалбоподателят не е успял да се опита първо да разреши проблема на местно ниво, тези по усмотрение, които не са приети в отсъствие на смятана за неподходяща дейност и тези, оттеглени от жалбоподателя, изглежда, че само около 3 % (346 случая) са оставени за разследване. Около половината от решенията по тези дела не са потвърдени. В останалите случаи, 1-2 % от всички случаи, омбудсманът е вземал решения, в които е искал извинение, финансова компенсация или връщане на дължими пари, например данъци или помощи, по-добри условия за пациенти и др. На местно ниво има раздел „Услуги за съвети и връзка с пациенти“, който предоставя идентифициращо лице, към което потребителите на здравните услуги могат да се обърнат, ако имат проблем или се нуждаят от информация. Преди всичко мениджърите трябва да предоставят информация. Те обаче могат също така да предоставят съвети и да оказват помощ при разрешаване на проблеми и притеснения и като цяло да оценят нуждите от подобрения на услугите. Те не изразяват мнението си, нито подават официални жалби, нямат като част от задачата си да отправят жалби до други агенции и не се наричат омбудсмани.

„Комисарят по здравеопазване и увреждания“ в Нова Зеландия (4 милиона жители) функционира като омбудсман както на централно, така и на регионално ниво, но не като част от института на парламентарния омбудсман. Задачите на комисаря са регламентирани в Закона за комисаря по здравеопазването и инвалидността. Жалбите за нарушаване на правата на пациентите се решават на най-ниското ниво от комисаря [73]. Той е независим от други органи и насърчава разрешаването на жалбите на пациентите. Жалбите се решават по различни начини. С изключение на онези няколко, които са извън юрисдикцията, останалите, около 90 %, се уреждат чрез насочване към доставчици, особено ако не са повдигнати предишни оплаквания към тях. Те могат да бъдат уредени по преценка, понякога без забележки, често чрез изпращане на писма до доставчиците, официално разследване и накрая чрез препращане към други агенции. Препращанията към агенции представляват около 20 % и се използват в случаите, когато са необходими незабавни действия за защита на пациентите и когато жалба повдига въпроси за компетентност и професионално поведение. Тези случаи се отнасят до регистрационния съвет. В допълнение към системата има национална служба за застъпничество с адвокати, разположени в двадесет и пет офиса в общността, които безплатно предоставят информация за правата при използване на здравни услуги [74]. Годишно те се занимават с хиляди запитвания, като около 4000 жалби са разрешени по различни начини съвместно с доставчиците на здравни услуги. Застъпничеството обикновено е запазено за случаи, които изглеждат не повдигат въпроси за експлоатация, некомпетентност или обществена безопасност. Някои дела се изпращат от адвокатите до комисаря, а други се изпращат и от комисаря към службите за застъпничество. Само няколко дела, свързани със здравеопазването, се отнасят до парламентарния омбудсман.

Здравните омбудсмани във Финландия (5 милиона жители) функционират на местно ниво, като заемат редовни позиции в звената за здравни услуги, например като медицинска сестра в болница или звено за първична здравна помощ. Ролите на омбудсманите са регламентирани в Закона за статута и правата на пациентите. Всяко заведение, което предоставя лечение, трябва да има пациентски омбудсман; съответно има повече от 2000 пациентски омбудсмани. Не е ясен броят на пациентите, които те подкрепят годишно поради децентрализирания характер на системата и липсата на задължение за водене на записи и събиране на статистически данни. Проучванията показват, че 61 % са имали по-малко от два контакта годишно, 20 % са имали от два до десет контакта, а

останалите са имали повече. Това предполага, че заедно те имат хиляди контакти. От омбудсманите 65 % прекарват по-малко от 1 час седмично за задачите на омбудсманите за пациенти, докато 5 % прекарват повече от 7 часа. Те информират пациентите за техните права и могат да ги напътстват при подаването на жалба или искане на обезщетение. Пациентските омбудсмани не правят преценки. Парламентарният омбудсман във Финландия получава около 800 дела, свързани със здравни услуги, от които около 18 % завършват с предприети действия, главно съдебни решения. Този брой случаи е доста различен от броя в Норвегия и Нова Зеландия и може да се разглежда в светлината на ограничените задачи, свързани с финландските Здравни омбудсмани.

Здравните омбудсмани в Норвегия (5 милиона жители) функционират на регионално ниво. Всеки от 18-те офиса на омбудсмана обслужва средно около 250 000 жители. Те получават годишно около 700 запитвания, общо около 12 000 запитвания. Функциите им са регламентирани в Закона за правата на пациентите [130] и в зависимост от обстоятелствата във всеки отделен случай те предоставят информация, дават съвети и насоки, подпомагат пациентите, които се свързват със здравните служби, разследват съответните случаи и правят преценки, когато е уместно, помагат на пациентите да сигнализират пред точните органи, когато е необходимо.

Приблизително 90 % от случаите водят до предприемане на някаква мярка-70% чрез даване на съвети и насоки; в 14 % омбудсманите представляват пациентите пред здравните служби, включително гледната им точка по казусите; в 3 % са изпратили жалби до надзорния орган; а в 3 % са поискали икономическа компенсация от системата за компенсиране оцеляването на пациентите. Независимо от жалбите на пациентите, омбудсманите по своя инициатива препращат случаи и на надзорния орган.

В допълнение към тези случаи, разглеждани от Здравния омбудсман, парламентарният омбудсман получава годишно около 100 случая относно здравните услуги, като взема решения за около половината от тях по подобен начин като омбудсмана на здравните услуги в Англия .

Тези четири системи илюстрират как регионалните и местните институции на Здравен омбудсман могат да подкрепят много повече пациенти, отколкото централен организиран омбудсман, който подкрепя само малък процент от хората, които търсят помощ. Докато основната задача на централния организиран омбудсман е да взема решения, местните институции се концентрират върху предоставянето на

информация и насоки. Регионално организирани институции (Норвегия и отчасти Нова Зеландия) разглеждат случаите по двата начина: предоставяне на информация, насоки и съвети, както и допринасяне за разрешаването на случаите, включително представляване на пациенти, вземане на решения и представяне на дела пред съответните органи. Институцията в Нова Зеландия е по-формализирана, отколкото в Норвегия, която изглежда по-възприемчива към неформалните и по-малко стандартизирани подходи към случаите. Омбудсманите, организирани на местно ниво, се налага да спазват по-малко и относително по-гъвкави разпоредби, така че омбудсманите да имат различен (професионален) опит и да са по-наясно със специалните местни обстоятелства, свързани със здравеопазването. Те могат да действат различно в иначе подобни случаи.

Институцията изисква различен персонал. В Нова Зеландия доминират адвокатите. Институцията в Англия е донякъде разделена: на национално ниво са адвокатите, докато новите местни „Служби за съвети и връзка с пациентите“, които също съставляват ролята на омбудсман, са съставени от социални работници и други. Финландските омбудсмани са предимно медицински сестри и социални работници, докато омбудсманите в Норвегия са адвокати или здравен персонал и някои други с висше образование, но техните офиси обикновено са съставени, както с здравни специалисти, така и с адвокати. Целите на различните институти и степента им на независимост влияят върху разглеждането на делата и жалбите, както и различните служители, които могат да повлияят на начина, по който случаите се проследяват и решават. Има основание да се смята, че омбудсманите в Нова Зеландия, съставени основно от адвокати, биха били по-ориентирани към правни конфликти, когато представляват пациенти, в сравнение с омбудсманите във Финландия, които се състоят главно от здравен персонал.

Подобряване на качеството

Безопасността на пациентите и осигуряването на качество са основни елементи в развитието на здравната услуга. Здравният омбудсман е институция, отговорна за разследване на жалби и защита на правата и свободите в тази област. В допълнение, институцията на Здравния омбудсман не само подобрява комуникацията, но също така помага за повишаване на качеството на услугата чрез систематично разследване на инцидентите, които са предмет на жалбата, и организиране на констатациите.

Институциите във Финландия и Англия нямат подобряване на качеството като изрична цел на своята работа. В допълнение към насърчаването на разрешаването на жалби на пациентите, други институции на омбудсманите, като тези в Нова Зеландия и Норвегия, изрично имат за цел да допринесат за подобряване на качеството. Законът може да предвижда те да действат по своя собствена инициатива, но също така може да диктува, както в Нова Зеландия, как да допринасят за подобряване на качеството на здравните услуги. Приносът може да бъде по различни начини. Оплакванията на пациентите са били и вероятно все още остават до голяма степен недостатъчно използван ресурс за подобряване на качеството. Запитванията и жалбите, които получават омбудсманите, трябва да се разглеждат като неразделна част от установените национални процедури за жалби и по този начин да се използват като важен източник, описващ това, което не функционира добре.

Съгласно насоките за анализиране и разследване на отделни случаи, за насърчаване на качеството, омбудсманите трябва да имат системен, но индивидуализиран подход. Приносът на омбудсманите за подобряване на качеството по този начин зависи от тяхната собствена дейност. Приносът на омбудсманите към подобряването на качеството на здравните услуги, независимо от разглеждането на отделните случаи, зависи от предвидената им роля в закона и доколко здравните служби са готови да поискат тяхното участие.

Ако законът не дава ясна дефиниция, тяхното участие до голяма степен ще зависи от това, което здравните служби намират за подходящо. Това ще отразява реалното положение на омбудсмана или неговата служба в рамките на здравните услуги. Това може да зависи от много фактори, не на последно място от личността на омбудсмана и персонала в неговата служба.

Освен клаузата за целите, в декларацията за създаване на институцията на омбудсмана, норвежките омбудсмани са упълномощени да допринасят за подобряване на качеството, въпреки че законът предлага малко разпоредби относно участието на омбудсманите в подобни дейности. Единственият акт, който е посочен в закона, е че омбудсманите оповестяват своята дейност. Разбираемо е как омбудсманите публикуват доклади, като се фокусират върху проблеми, които са особено идентифицирани в техния собствен окръг. Освен това 18-те омбудсмана публикуват ежегодно съвместен статистически доклад и общ доклад, фокусиран върху проблеми, които са регистрирани като общи и важни в

цялата страна. Успехът им зависи от способността и капацитета на омбудсманите да си сътрудничат, тъй като няма централен омбудсман, който да координира работата им.

Норвежките омбудсмани участват в дейностите за подобряване на качеството на здравните услуги, независимо от разглеждането на жалби. Почти всички омбудсмани редовно участват в подобни програми, срещат се с управители на болници, обучават пациентски организации и изнасят речи и лекции в колежите.

Свеждане на дела до контролните органи

Подпомагането на пациентите за разрешаване на проблемите им, защитата на техните законни права и интереси, обикновено предполага тяхното представляване и представяне на техните опасения до доставчиците на здравни услуги. Обстоятелствата може да изискват повече действия като завеждане на дела до здравните органи. Пациентите често се нуждаят от подкрепа, за да изберат кой път да следват и как да действат, когато се разследват случаите.

Подкрепата на пациентите за разрешаване на проблемите им може да включва да се позволи на публичните органи да се справят с техните жалби и да определят решения, да ги насочат към надзорни органи или към получаване на компенсация. След като са открили съответния път, пациентите може също да се нуждаят от подкрепа, за да изкажат своите опасения. Въпросът е дали омбудсманът, подкрепяйки такива пациенти, също трябва да има възможност да функционира самостоятелно и по своя инициатива да води дела пред такива институции.

Норвежките Здравни омбудсмани са длъжни да включват надзорния орган. Те уведомяват надзорните органи за състояния, при които се изисква последващо действие от страна на властите. По закон надзорният орган е длъжен да следи заведените пред него случаи, които включват възможно небрежно нарушение на задълженията от здравния персонал или здравните служби. На практика разпоредбата означава, че Здравните омбудсмани, които чрез пациент или по друг начин се включват в подобни въпроси, трябва да докладват за това на надзорния орган.

Здравните омбудсмани поемат роля да представляват пациентите, като отвеждат дела до надзорния орган. Около 15 % от приблизително 2 500 жалби, обработвани от Норвежкия съвет за здравен надзор, относно здравни услуги, произхождат от омбудсманите. Това показва, че

институцията на норвежкия Здравен омбудсман едновременно се разглежда и действа като важен източник за осигуряване на интересите на пациента като цяло, не само за отделния пациент, който подава жалба, но и независимо от мнението на засегнатия пациент. Омбудсманите нямат същото задължение по отношение на други текущи контролни или компенсационни институции. Близко 20 % от над 4000 случая годишно произтичат от пациентските омбудсмани.

По отношение на завеждането на дела до съответните (контролни) органи, Здравните омбудсмани трябва да действат различно от парламентарния омбудсман. Докато парламентарният омбудсман обикновено се занимава само със случаи, които първо са били отнесени до органите, които разглеждат случаите като жалби, пациентските омбудсмани трябва да разглеждат случаите, като ги представят на доставчиците на здравни услуги и на контролните органи, независимо какво е направено преди това. Болните хора се нуждаят от насоки и подкрепа, за да стигнат до властите.

Систематизиран табличен модел на институцията здравен омбудсман по държави

	Австрия	Норвегия	Финландия	Унгария	Гърция	Обединено кралство	Израел	Бразилия	Нова Зеландия
Специална законова уредба	да	не (ЗПП)	да	да	Да	да	да	да	да
Независимост	да	да	не	не	Да	да/отчетност	не	да	да
Структура	регионално ниво	национално ниво/регион	регионално ниво	национално ниво/регион	национално ниво с използване на местна администрация	национална и местна администрация	регионално ниво	регионално/местно ниво	национално ниво
Функции	ограничени	ограничени	ограничени	широки	Широки	ограничени	широки	широки	ограничени
Правомощия	→извънсъдебни решения →компенсации →достъп до всякава информация	→съвети →подобряване на качеството →подобряване на безопасността	→медиатор и между пациентите и лечебните заведения	→разследвания →санкции →препоръки →достъп до лични данни	→разследвания →медиатори →следователи →призоваване →достъп до информация	→разследване →подобряване на качеството →помощ при подаване на жалби →достъп до информация →правомощия да санкционира	→разглеждане на жалби →защита правата на пациентите	→обучение →повишаване на качеството →повишаване на информираността →изслушване →разясняване →посредничество	→разрешаване на оплаквания →иницира законодателно преследване →подобряване на качеството
Сезиране на компетентен орган	не	да	не	да	не	не	да	да	сезиране на специална трибуна
Особености	→частните структури не са длъжни да се съобразяват, но го правят	→ЗО може да прибегва до неофициално разследване и присъда →ЗО са адвокати или здравен персонал →изпълнява своите права и задължения самостоятелно	→над 2000 души →непълно работно време →социални работници и медицински сестри	→клинични и здравни познания	→преди повдигане на жалбата трябва всички други средства да са изчерпани	→жалбите могат да се отправят чрез член на парламента →политически неутрален →наличие на експертна дирекция клинични съветници	→назначава се директно от министър на здравеопазването →подкрепен е формално от омбудсмани на регионалните здравни фондове →наличие на Следствен комитет за разследване на жалби за медицинско обслужване	→посредник между Общинския здравен съвет, гражданите и ръководителите на здравната система →създадени са специфични инструменти с функция да се насърчават правата на пациентите чрез разглеждането на жалби →специфични прерогативи, като неговата самостоятелност и независимост, подходяща квалификация и бързо обработване на жалби.	→обработка на жалби, поправяне индивидуалните грешки и искане за промени →разглеждане на въпроси, които (все още) не са били предмет на законодателството →могат да бъдат групово ориентирани по своя собствена инициатива →прозрачност поради законово очертани задачи

4.3.SWOT анализ на практиката/опита на страните, въвели институцията Здравен омбудсман

Силни страни, вътрешни за системата

- Чрез тази институция се създават ефективни механизми за подаване на жалби във важна социална сфера, каквато е здравеопазването.
- Прилагат се различни подходи за защита правата на пациентите, което засилва доверието на жалбоподавателите.
- Омбудсмана се възприема по-скоро като медиатор, а не като разследващ орган.
- Увеличава прозрачността в дейността на институциите и оказване на съдействие при нужда.
- Често органът е изграден от мрежа от хиляди души с цел насърчаване и подкрепа на правата на пациентите, както и улеснение на достъпа до институцията при проблем и сезиране.
- Правомощията за провеждането на разследвания, разпити и достъп до документи и помещения увеличават авторитета на институцията.

Слаби страни, вътрешни за системата

- Във всяка страна действа различна система за Здравен омбудсман.
- Неясни граници на правомощията на Здравния омбудсман.
- Болшинството от лицата, изпълняващи ролята на омбудсман, работят на непълно работно време, като през останалото време те упражняват различни медицински професии, например като медицински сестри, което позволява допускане на конфликт на интереси, но и увеличава експертизата на органа.
- Този орган ползва екип от изследователи с широк спектър от клинични познания и правна експертиза, като същевременно им се възлагат медицински консултации под формата на експертни становища-предпоставка за конфликт на интереси.
- Здравният омбудсман може да е институция без право на разпореждане и издаване на решения.

- Здравният омбудсман не може да налага реални санкции директно при неспазване на задълженията от страна на доставчика на здравни услуги.
- В някои държави институцията Здравен омбудсман е децентрализирана-липсва централно, координиращо и методологично звено. При наличие само на централно/национално звено може да се затруднява достъпа на жалващите се, както и оперативността на действията.
- Не е достигнато максимално ниво на компетентност, особено в областта на юридическото образование.

Възможности, външни за системата

- Увеличаваща се гражданска активност и желание на хората да търсят своите права, респективно да подават жалби по отношение различни обществени системи, вкл. здравната.
- Налагането на общата институция Омбудсман като авторитетен защитник на правата и претенциите на гражданите в различни сфери, вкл. в здравеопазването. Съществен дял от жалбите до институцията Омбудсман касаят проблеми в здравната система.
- Доставчиците на здравни услуги от публичния сектор са задължени от закона да предоставят информация, когато такава им бъде поискана.
- Тромиви съдебни процедури.
- Специализирани институции за точно определени секторни проблеми и политики са с по-високо ниво на доверие от страна на гражданите, отколкото такива с общ характер.

Заплахи, външни за системата

- Тенденцията през последните години за общо ниско ниво на доверие на хората в институциите въобще и бурното развитие на гражданските движения и неправителствения сектор, които „изземват“ правомощията на държавните институции.
- Оскъдните данни и анализи за дейността на омбудсмана не предоставят възможност за усъвършенстване на функционирането на институцията в съгласие с очакванията на хората.

- Краткотрайната история на развитие на институцията на Здравния омбудсман не позволява сериозни изводи по отношение бъдещото развитие: в посока медиация (посредничество) или разследващи функции, близки до тези на правораздавателните органи.
- Относително малкият брой дела поставя под въпрос способността на омбудсмана самостоятелно да разглежда жалби и да гарантира защита.
- Агресивната инвазия на юридически екипи, особено в някои страни, за жалбоподаване и съдебни дела, свързани с подозирано нарушение на пациентски права.

4.4.Предложение на варианти за възможности за институционализиране/правно легитимиране на институцията Здравен омбудсман

Институцията Здравен омбудсман трябва да се разглежда не просто като допълнителен механизъм за подаване на жалби. Целта на тази институция е да отговори на нуждите на пациентите, да повиши удовлетвореността като разреши проблемите между пациентите и доставчиците на здравни услуги без съдебни дела, да подобри достъпа и качеството на здравната система в страната.

Предлагаме два варианта за институционализиране/правно легитимиране на институцията Здравен омбудсман:

Вариант 1

Здравният омбудсман е част от институцията Омбудсман на Република България, съответно неделима част от структурата на тази вече съществуваща институция. Може да се избира от Народното събрание или да се назначава от Министерски съвет, като това би дало по-сериозна тежест на фигурата на Здравния омбудсман.

Изисква се специална законодателна инициатива за регламентация на създаването, дейността, независимостта, правомощията и сезирането на други органи при функционирането на институцията в рамките на съществуващата Институция Омбудсман.

След законови промени в Закона за дейността на Омбудсмана, с нормативни промени от ранга на вътрешни правилници, се урежда функционирането на Здравния омбудсман като относително самостоятелна структура в рамките на Институция Омбудсман.

Здравният омбудсман трябва да бъде напълно независим от здравната администрация и здравните служби.

Целта е да се създаде ефективен механизъм за подаване на жалби, като средство на административните органи да реагират на очакванията и жалбите на гражданите в България.

Може да се приеме и децентрализация по региони на местни Здравни омбудсмани.

Здравният омбудсман трябва да има различни законови правомощия да получава достъп до информация, като получава информация и от доставчиците на здравни услуги. Не може да налага реални санкции директно, но винаги има възможност за препращане на случай до съответните служби, които имат законната власт да санкционират. Здравният Омбудсман трябва да бъде приет за законово независим, национално базиран следовател.

Вариант 2

С този вариант се създава абсолютно нова за България институция-Институцията Здравен омбудсман.

Предлага се проект за Закон за Здравния омбудсман, след одобрението му от Народното събрание се приема и подзаконова нормативна уредба за дейността на Здравния омбудсман със самостоятелна структура, численост, администрация и вътрешни правила за работа.

Здравният Омбудсман функционира на централно ниво, работейки с регионални или местни звена, които да получават и обработват жалби. Регионалните или местните звена осигуряват по-лесен достъп до необходимата местна подкрепа, докато централните агенции могат да имат по-голямо влияние при изготвянето на политики, стандартизирането на обработката на жалби и при координирането на работата, извършвана в цялата страна. Регионалния или местен омбудсман е в по-добра позиция да отговори на нуждите на пациентите.

Здравният Омбудсман трябва да изготвя публични доклади и трябва да има законови правомощия да ги разкрива.

5. Дискусия

Работата на Здравния омбудсман трябва да се развива ръка за ръка с очакванията на гражданите и уважението на здравните специалисти. Опитът посочва някои ключови области при въвеждането на бъдещи системи за работа с пациенти, недоволни от грижите и лечението, които са получили. Един важен кръстопът е дали системата за Здравен омбудсман трябва да бъде организирана на национално или регионално/местно ниво. При по-внимателно разглеждане на израелската и унгарската системи става ясно, че съществуването и работата на местните представители на пациентите улесняват работата на националния омбудсман. Тази позиция може да е успешна и с новото застъпничество и системите за поддръжка, които се въвеждат в Обединеното кралство, въпреки че тепърва предстои да се даде оценка. Националният омбудсман играе важна роля при координиране на работата, протичаща в цялата страна и може да даде обратна връзка с опит и примери за добри практики, където е необходимо-особено от перспективата на реформата на националната политика. Във Финландия и Норвегия, където системите с местни и регионални омбудсмани са в сила, е ясно, че има нужда от централна функция с отговорност за събиране и разпространение на информация. Сблъскването с подобни проблеми и географското разпределение на голяма територия налага да бъдат по-ефективни при решаване на проблеми и преразглеждане на казуси. Стандартизиране на обработката на жалби и систематизиране на процеса за записване на резултатите и докладване, вероятно ще направи омбудсманите по-ефективни. Освен това централният омбудсман може да бъде в по-добра позиция да прави преценки за това какви ресурси са необходими в различните области. В някои от страните, Здравният омбудсман е допълнителна институция, до която гражданите могат да подадат жалба. Това, разбира се, е положително от гледна точка на пациента, на който е дадена още една възможност за оплакване. Въпреки това, когато се анализират съществуващи системи за наблюдение на качеството и стандарта на здравните специалисти и здравните звена, повтарящ се проблем е напрежението между здравния инспектор от една страна и здравните специалисти от друга. Страхът от разкриване или обвинение в злоупотреба често е пречка за подобряване на качеството. Едно от предимствата на Здравния омбудсман е, че тази институция не е упълномощена да санкционира здравни специалисти или да налага глоби. Въпреки това, професионалната преценка на омбудсмана да докладва случая на подходящите власти или да оказва натиск върху организация или

звено за да подобрят своите дейности, във всеки случай може да бъде още по-ефективно.

Разгледаните системи доказват, че може да има объркване относно реалната функция на омбудсмана [62]. Където се разчита изключително на застъпничество от страна на грижата за пациента, се повдигат въпроси дали те са наистина омбудсмани. Принципите на безпристрастност, подходящи умения, достатъчно правомощия и съгласувани системи са изпълнени във всеки даден пример. Работата на Здравния омбудсман е деликатен баланс за всяка институция във всяка страна. Независимостта и безпристрастността са ключови думи: въпреки че степента на прилаганите дефиниции за всяка страна може да се обсъжда и критикува. Въпреки това, най-добрият начин да се докаже, че решенията, взети от омбудсмана, са обосновани е с приемането му от различните заинтересовани страни и продължаващото доверие в дейността на му.

От правна гледна точка Здравният омбудсман трябва да може да търси информация и да обследва болничен работодател, частен или публичен. И в двата случая е важно законът да осигури определени прерогативи, като например: самостоятелност на разследването при разглеждане на жалбите; достъп до цялата информация и записи на извънболнични пациенти, независимо от разрешението; възможността за интервюиране на здравни специалисти, които могат да предоставят подходяща информация. Освен това трябва да се установи квалификация за пълното упражняване на неговата функция, като професионална компетентност в правната и здравната сфера.

Що се отнася до ролята на омбудсмана, от съществено значение е той да изготвя публични доклади и да има законови правомощия да ги разкрива, независимо дали пред професионалисти или доставчици, като се цели култура на правата и за двете страни, съчетана с качество на грижите и безопасност на пациентите.

Както се вижда от направените анализи, има различни модели, които могат да се приложат. Две характеристики обаче са от съществено значение за всички: фокусиране върху пациентите и обработка на техните жалби. По този начин Здравният омбудсман се различава от обикновените омбудсмани, главно като предотвратява конфликти, като реагира бързо на тях.

Проучването, което проведохме и отговорите на респондентите в него, разкриват палитра от проблеми в системата на здравеопазването в момента. Неудовлетвореността на българските граждани, отсъствието на

адекватна защита на пациентските права и причините за тях, както и нарастващата необходимост от създаването на институцията Здравен омбудсман в страната са обект на настоящата работа.

Получените от нас резултати кореспондират с част от проучванията в различни предходни години, но освен устойчивост на някои проблеми се наблюдават и специфики, продиктувани от дисбалансите в здравната система, които за съжаление, не намират решение, а се задълбочават.

Въпросите, които отправихме към респондентите, които са български граждани на възраст от 18 до 61 годишна възраст, ясно показват недоверието им към институциите, които са действащи в защита на пациентските им права.

Появата на институцията Здравен омбудсман е сравнително скорошно явление. От една страна тя е уважение към сериозната асиметрия на властта в отношенията пациент-професионалист, но с идея да се уважават правата на потребителите на здравни грижи. Целите на институцията Здравен омбудсман трябва да бъдат защита законните права на отделните пациенти, както и техните интереси и нужди и да допринесат за подобряване на качеството на грижите. В дискусията авторите на множество проучвания излагат характеристиките по отношение на организационната структура и ролята на омбудсмана, които могат да се считат за важни за постигането на тези цели. Разглежда се ролята на омбудсмана и възможността му да предприема определени действия.

Институцията на Здравния омбудсман трябва да бъде изградена по такъв начин, че да може да подпомага възможно най-много потребители на здравни услуги, които се нуждаят от подкрепа, за да бъдат запазени правата им. Също така е важно да има система с нисък праг, която може да поддържа маргинализирани потребители, които редовно срещат големи проблеми, като се грижат за техните нужди и интереси.

Обикновено пациентите, както поотделно, така и като групи, търсят подкрепа от Здравни омбудсмани за разрешаване на конфликт с доставчика на здравни услуги. За да се достигне до хора, които особено се нуждаят от подкрепа, често е благоприятно да има местна или регионална структура за локализация на услугите, където е възможно да се свържат с омбудсмана и да посетят неговия офис. Ако такова нископрагово споразумение се съчетае с широк мандат относно естеството на предлаганата подкрепа, включително значителна гъвкавост относно начина, по който омбудсманът може да отговори на различните въпроси и

жалби, това ще намали широкия спектър от опасения, които пациентите могат да имат по отношение на здравните услуги.

Като инструмент за реализиране на правата на пациентите, често е недостатъчно само да се информират пациентите за това. Пациентите се нуждаят от някой, който може да дава съвети, свързани с притесненията им и освен това да може да говори от тяхно име. Те често се нуждаят от застъпничество, когато „вътрешното” отстраняване на неизправности е неуспешно. Това придобива по-голямо значение в рамките на здравните системи, където цялостното здравно законодателство е доста ново явление и в същото време, когато очакването за спазване на закона може да предизвика утвърдените професионални култури в начина им на мислене, предоставяне на здравни грижи и управление на свързаните задължения.

Институциите на омбудсмана, които са интегрирани като част от здравните услуги, обикновено включват предоставяне на информация, насоки и съвети на потребителите като неразделна част от техния мандат. Ако омбудсманите също разглеждат случаите и са активни в устна или писмена комуникация или в срещи със здравните служби, за да насърчават правата и интересите на пациентите, те често ще се сблъскват с възможен конфликт на интереси. Това показва необходимостта от безпристрастност и независимост като основна визитка за омбудсмана.

Когато на недоволството на пациентите не бъде обърнато внимание от здравните служби, пациентите ще се нуждаят от авторитетно мнение, за да разграничат кое е правилно и грешно. Такова мнение трябва да се основава на съответната документация и разследване, проведено от компетентен персонал, включително здравни специалисти и адвокати. Ако то не удовлетвори нуждите им, пациентите ще се нуждаят от подкрепа, за да подадат официални жалби до съответните органи, като институции. Подобни дейности предполагат, че омбудсманът работи самостоятелно. Ако омбудсманът няма правомощия да прецени и да помага на хората да се оплакват пред здравните власти и когато е необходимо да ги представлява, пациентите може да усетят, че не получават подкрепата, необходима за защита на правата им. Такъв омбудсман може да се счита за ирелевантен за правата на пациента. Има нужда от омбудсман, който като част от своите правомощия също да може да взема решения и да предприема действия, като сезира съответните органи. Това е особено важно за болни хора и уязвими групи пациенти, на които може да липсват необходимите знания и смелост да подават оплаквания.

Омбудсманите, функциониращи на всяко ниво, трябва да разполагат с подходяща информация, въз основа на натовареността на делата си, като източник за подобряване на здравните услуги. За обществото е ценен опита на омбудсманите в здравната служба, който да допринесе за подобряване на качеството. Институциите на омбудсманите, които функционират едновременно на централно, регионално и местно ниво, вероятно ще имат най-добрите условия да бъдат активни по въпросите за качеството.

6.ИЗВОДИ:

- Омбудсманът по принцип е ключов управленски инструмент при наблюдението на здравната система. Голяма част от жалбите, които получава институцията са свързани със здравната система. Това е реалност, която касае всички страни. Ето защо, през годините, част от държавите създават отделна институция Здравен омбудсман, концентрирайки дейността и правомощията му само в системата на здравеопазването и проблемите, възникващи при досега с нея.
- През последното десетилетие нараства неудовлетвореността на потребителите на здравни грижи. Пациентите все по-често търсят своите права и сезират различни институции.
- Характеристики като възраст, местоживеене, социално-финансово положение, според редица проучвания, предопределят здравното поведение на различни групи от населението, освен това са и съществени фактори за неудовлетвореност от здравната система. Проучването, което проведехме, и отговорите на респондентите в него, разкриват палитра от проблеми в системата на здравеопазването в момента. Фактът, че множество изведени и предложени като вариант недостатъци на системата получават почти еднакъв дял на отговори, показва, че няма проблем, които да е единствен, доминиращ, и с неговото евентуално решение нещата за пациентите да се решат. Напротив, много са изведените проблеми, почти равностойни, според хората. Наблюдава се обаче нюанс според възрастта, местоживеенето, образованието и позицията в здравната система.
- Повече от половината от респондентите (53,7%), участвали в нашето проучване смятат, че някога са били нарушавани техните или на техни близки права като пациенти. 29,5% от тях са склонни да сигнализират за нарушените права на техни близки и роднини и само 16,8% отговарят с „не“.
- Най-критични, и съответно най-недоволни както от компетентността, така и от отношението на медицинския персонал са младите, живеещите в столицата и областните центрове, хората от етническите малцинства и здравнонеосигурените.

- 43% от респондентите в нашето проучване са плащали средства на ръка. Хората над определена възраст са по-малко склонни да плащат допълнително средства за лечение на ръка, докато младите са по-податливи. Местоживеенето не оказва влияние върху готовността за заплащане на допълнителни средства, според резултатите и срезове от проведеното проучване. Проведеното и представено изследване показват сериозността на обхвата на проблема с доплащанията в българската здравна система, независимо дали се отнася за т.нар. регламентирани доплащания по силата на законова уредба (Наредби, Национален рамков договор, вътрешни правилници, заповеди на директори на лечебни заведения) или нерегламентирани с нормативен документ, за които пациентът не получава никакъв финансов документ (заплащане под масата). Като регламентирани могат да се определят плащанията например за избор на екип, лекуващ лекар, плащания и доплащания на цената на медицинско изделие или за лекарства, незаплащани от Здравната каса или такива, заплащани частично при здравноосигурени пациенти.
- Младите хора са особено чувствителни по темата „корупция“ в здравеопазването (по 38% значимост за тези до 20 години и тези от 31 до 40 години). За пациентите над 50-годишна възраст това е проблем в 7% от случаите. Хората над определена възраст обаче са по-малко склонни да плащат допълнително средства за лечение на ръка, отколкото по-младите. За групата на хората в активна възраст основният проблем в здравната система е лошата организация – 40 %. Лошото качество на здравните услуги е проблем за хората над 50 години, както и за тези между 21-30 г. – т. е. и по-младите, и по-възрастните го идентифицират, като няма ясно възрастово разграничение. Чувствителността на младите към корупционните практики в здравеопазването от една страна и това, че са по-склонни да плащат „на ръка“ и заявеното, че са го правили, може да се обясни с това, че те нямат пречки да го споделят открито и да се борят срещу допълнителните плащания в системата, както и срещу подобни явления въобще.

- Има сериозно разминаване в оценката на проблемите в здравеопазването при групите с различна позиция в лечебно-диагностичния процес. Водещият за пациентите проблем (лошо качество на здравните грижи-31 %) е без съществено значение за медиците, поставен на предпоследно място при тях (7 %). За 30% от правистите има нарушение на конституционното право за достъп до лечение. Първостепенният проблем за хората с юридическо образование (затруднен достъп до здравеопазване) е последен проблем за медицинските специалисти. Най-сериозното притеснение и неодобрение за пациентите и юристите поражда липсата на лекари и трудностите при намиране на добри специалисти (35-45 %), но за медиците скъпите лекарства и медицински изделия са с най-сериозно отражение върху системата. Лошото отношение на персонала към пациентите е съществен проблем за юристи и пациенти, но не толкова значим за медицинските лица. За хората с различен тип образование са различни основните идентифицирани проблеми. За медиците първи, водещ „проблем на проблемите“ е лошата организация в здравеопазването (37 %), следван от недостиг на финансирането (32 %). За пациентите като основен проблем са изведени лошото качество (31 %) и корупцията (26 %) в здравната система, а за всеки трети юрист-затруднения достъп до здравеопазване. Липсата на кадри е видима за медиците (19 %), но невидима за юристите. Доплащанията не са проблем за хората, завършили право, но са обективна реалност, неодобрявана от пациенти, дори и от медиците.
- Резултатите показват, че няма институция за сезиране, която категорично да печели доверието на пациентите и да получава превес в предпочитанията при нарушени пациентски права към настоящия момент в България.
- Категорично установихме, че българите имат интерес от създаването на институцията Здравен омбудсман в България. Проверихме какви са нагласите им по отношение на функциите и при какви условия те биха се възползвали от сезирането ѝ. Най-голям процент (53,8 %) избират „ако бъде

орган, опълномощен да взема становище по всички проблеми, свързани с нарушени права в системата“, следват „ако има ясно разписани правомощия и срокове“ (27 %) и „ако достъпът до него е безплатен“ (19,2 %).

- Създаването на институцията на Здравния омбудсман е напредък в областта на демократичното управление, опит за прецизиране на управленския инструментариум в полза на гражданите. Пациентите се нуждаят от някой, който може да дава съвети, свързани с притесненията им и освен това да може да говори от тяхно име. Те се нуждаят от застъпничество, когато „вътрешното“ отстраняване на неизправности в здравеопазването е неуспешно. Това създава още една предпоставка за необходимостта от институцията Здравен омбудсман в България.

7.ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Животът и здравето на гражданите са висша ценност, провъзгласена в Конституцията на България. Задължение на държавата е да гарантира по най-добър начин достъпа на гражданите до здравните услуги. Продължаващата и до днес здравна реформа в страната, наред със своите добри достижения в здравната ни система е довела и до редица изкривявания.

Едни от най-сериозните изкривявания са констатираните нарушени права на българските пациенти и лошата медицинска практика. Те могат да бъдат обяснени от една страна с редица изменения и поправки в стандартите и Закона за здравето, а от друга с въвеждането на клиничните пътеки, като единствен регламентиран инструмент за финансиране на здравните услуги в българското здравеопазване.

Българските граждани като потребители на здравни услуги често се оплакват от липса на достатъчна информираност, ефикасна и достъпна здравна помощ, както и с нерегламентирани искания за заплащане на здравни услуги. Всичко това поражда необходимостта от въвеждането на институция, наречена Здравен Омбудсман, по подобие на вече създадената такава в много европейски страни.

В областта на здравеопазването, появата на Здравния омбудсман е сравнително скорошно явление с малко по-различни правомощия. Институцията на Здравния омбудсман навлезе с бързи темпове в много Европейски страни като Австрия, Финландия, Гърция, Унгария, Израел, Норвегия и Обединеното кралство. В тези страни се прилагат различни подходи за „Защита правата на пациентите”, като се търсят ефективни механизми за подаване на жалби във всяка социална сфера.

Всеки гражданин в дадена страна има право да подаде жалба, когато е ошетен, да знае пред коя институция тя да бъде подадена, а още по-важно е да бъде разбран и да му бъде оказана помощ. В здравеопазването обаче съществуват множество бариери, които все още не са преодолени, които респективно обясняват големия брой подадени жалби, разглеждани като част от основната структура на правата и задълженията на пациентите. Това поражда необходимостта от създаване на ефективни процедури по подаване на жалби, с цел да гарантират подкрепа на пациентите при нарушаване на техните права.

Добрият опит и ефективността на институцията на Здравния омбудсман в разглежданите страни, проблемите в българската здравна

система, като и проведеното проучване потвърждават становището ни, че българските пациенти и граждани се нуждаят от въвеждането на институцията Здравен омбудсман.

Анализирайки силните и слаби страни на всяка от разгледаните системи за Здравен омбудсман, можем ясно да начертаем пътя, по който трябва да вървим за създаването на здрава, работеща институция Здравен омбудсман в България.

Посредством институцията на Здравния омбудсман се създават ефективни механизми за подаване на жалби във сферата на здравеопазването. Прилагат се различни подходи за защита правата на пациентите, което засилва доверието на жалбоподавателите. Също така омбудсмана се възприема по-скоро като медиатор, а не като разследващ орган. Като резултат от дейността на Здравния омбудсман се увеличава прозрачността в дейността на институциите и оказване на съдействие при нужда. Често органът е изграден от мрежа от хиляди души с цел насърчаване и подкрепа на правата на пациентите, както и улеснение на достъпа до институцията при проблем и сезиране. Правомощията за провеждането на разследвания, разпити и достъп до документи и помещения увеличават авторитета на институцията.

Създаването на институцията Здравен омбудсман би допринесло за увеличаване на гражданската активност и желанието на хората да търсят своите права, респективно да подават жалби по отношение различни обществени системи, вкл. здравната.

Със създаването на институцията би се улеснила работата на Омбудсмана на Република България, тъй като съществен дял от жалбите до нея касаят проблеми в здравната система. Също така биха се избегнали тромавите съдебни процедури.

Въвеждането на институцията на Здравен омбудсман в българското здравеопазване би довела до значително подобряване качеството на здравните услуги в страната, респективно на здравната ни система като цяло. Целта на институцията е да отговори на очакваните нужди на здравноосигурените граждани и да разреши проблемите между тях и доставчиците на здравни услуги. Допълнително, институцията на Здравния омбудсман ще гарантира провеждането на справедлива и ефективна здравна политика, като същевременно би играла и ролята на свързващо звено между болниците и здравноосигурените граждани.

8. ПРЕПОРЪКИ

Към Министерски съвет:

- Внасяне в Народното събрание на законодателни текстове за създаване на институцията Здравен омбудсман в България.
- Създаване на сигурен и бърз механизъм за подаване на жалби от гражданите в защита на правата им като потребители на здравни/медицински услуги.

Към Министерство на здравеопазването:

- Подготвяне, предлагане за обществено обсъждане и внасяне в Министерски съвет на законови текстове за регламентиране на създаването и дейността на институцията Здравен омбудсман в България.
- Изработване на подзаконова нормативна уредба.

Към Омбудсмана на Република България:

- Интегриране на институцията Здравен омбудсман структурно-организационно и функционално в структурата на Омбудсмана на България (при вариант 1).

Към пациентските и неправителствени организации:

- Аргументирана подкрепа за необходимостта от регламентиране и създаване на институцията Здравен омбудсман в България.
- Засилване усилията по защита правата на пациента, каквато е основната им функция и мисия и улесняване сезирането на институциите при нарушени такива.

9. ПРИНОСИ

Приноси с научно-теоретичен хатактер

- Направен е цялостен, критичен преглед на опита на страните, въвели институцията Здравен омбудсман. Чрез сравнителен анализ и методите на SWOT са систематизирани законовата регламентация и нормативните основания (наличие или не на специално законодателство); структурата и нивата на действие; независимостта; функциите; правомощията; сезирането на компетентните органи; специфичните особености на всяка от действащите системи на институцията Здравен омбудсман.
- Направена е научно-практическа обосновка на въвеждането на институцията Здравен омбудсман в Република България.
- Проучени са проблемите в здравната система и възможностите за търсене на нарушени права в настоящия момент, както и на нагласите за необходимостта от въвеждане на институцията Здравен омбудсман в България.
- Направен е диференциран анализ на мнението и оценката на потребителите на здравни грижи, медиците и юристите за здравната система и евентуално въвеждане на институцията Здравен омбудсман с оглед идентифицираните от тях проблеми в здравеопазването, възможностите за жалване и търсене на пациентски права в настоящият момент.

Приноси с научно-приложен характер

- Предложени са два варианта за институционализация и нормативна регламентация на институцията Здравен омбудсман на Република България:
 1. Здравният омбудсман като част от институцията Омбудсман на Република България
 2. Създаване на нова за България институция-Здравен омбудсман.

Приноси с потвърдителен характер

- Препотвърди се наличието на множество проблеми в здравната система, които засилват неудовлетвореността на пациентите. Получените от нас резултати кореспондират с част от проучванията в различни предходни години, но освен устойчивост на някои проблеми се наблюдават и специфики, продиктувани от дисбалансите в здравната система, които за съжаление, не намират решение, а се задълбочават. Има сериозен проблем, свързан с мащабите на доплащанията в системата (регламентирани и нерегламентирани), както и с усещането на потребителите на здравни грижи, че са били нарушени правата им или са били жертва на грешка в лечебно-диагностичния процес.

10. ПРИЛОЖЕНИЯ:

Анкетна карта за изследване:

АНКЕТНА КАРТА

Място:..... Дата:.....

Анкетата е анонимна. Моля отбележете само един отговор в посоченото квадратче.

1. Възраст

- до 20 години
- от 21 до 30
- от 31 до 40
- от 41 до 50
- от 51 до 60
- над 61 години

2. Местоживееене

- София
- областен град
- общински град
- село

3. Образование

- висше
- средно
- основно

4. Вид образование

- право
- медицинско
- друго

5. Искани ли са ви допълнително регламентирани средства при лечение?

- да
- не

6. Плащали ли сте допълнително средства за лечение на ръка?

- да
- не

7. Какво най – много не ви харесва в здравната система като пациент?

- липсата на лекари и трудностите при намиране на добър специалист
- лошото отношение на персонала към пациентите
- доплащанията
- скъпите лекарства и медицински изделия
- лошите условия в болниците
- проблемите с ТЕЛК

8. Какъв според Вас е основният проблем в здравната система?

- липса на финансиране
- затруднен достъп до здравеопазване
- лошо качество на здравните грижи
- лоша организация
- липса на кадри
- корупцията

9. Смятате ли, че някога са били нарушени правата Ви като пациент?

- да
- не
- да, на мой близък, член на семейството ми, приятел

10. Смятате ли, че някога сте били жертва на грешка в диагностично – лечебния процес, неправилно лечение или медицинска грешка?

- да, лично аз
- да, мой близък, член на семейството ми, приятел
- не

11. Къде бихте сигнализирали/потърсили правата си, ако сте пострадали в хода на лечебно - диагностичния процес?

- Ръководството на лечебното заведение
- Министерство на здравеопазването/РЗИ
- Здравната каса
- Агенция Медицински одит
- Омбудсман на Република България
- Съд
- Медии/социални мрежи

12. Къде бихте потърсили правата си като пациент, ако имате възможност да избирате?

- при здравен омбудсман
- в съда

13. Смятате ли, че създаването на специална институция „здравен омбудсман“, каквато има в други страни, би допринесло за по-добра защита на правата на пациента?

- да
- не

14. Кога здравният омбудсман, ако има такъв, би бил предпочитана институция за сезиране при проблеми, свързани със здравната система?

- ако бъде орган, опълномощен да взема становище по всички проблеми, свързани с нарушени права в системата (медицински, финансови, ТЕЛК, достъп до лечение и др.)
- ако достъпът до него е безплатен
- ако има ясно разписани правомощия и срокове

11. Библиография

- 1.** Велева Е, Джафер Н., Причини за неудовлетвореност сред пациентите в България, Сп. Здравна политика и мениджмънт, ISSN 1313-4981, 2019, 19, 4, 15-19.
- 2.** Годишни отчети за дейността на ИАМО 2012-2017г., eama.bg / 21. 08. 2021
- 3.** Голева П., Деликтно право, Непозволено увреждане, София, изд. Феня, 2011. стр. 146-159.
- 4.** Гюрова В., Правата на човека като социално завоевание на човечеството и социална отговорност на гражданите и на правителствата, СУ Св.Климент Охридски, книга Социални дейности, Том 109. 2016, стр.5-37.
- 5.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за периода юни 2005- март 2006г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 05.09.2022
- 6.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2006 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 05.09.2022
- 7.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2007 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 05.09.2022
- 8.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2008 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 05.09.2022
- 9.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2009 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 05.09.2022
- 10.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2010г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 05.09.2022
- 11.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2011 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 07.09.2022
- 12.** Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2012 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 07.09.2022

13. Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2013 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 07.09.2022
14. Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2014 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 07.09.2022
15. Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2015 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 10.09.2022
16. Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2016 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 10.09.2022
17. Доклад за дейността на омбудсмана на Република България за 2017 г., www.ombudsman.bg/dokuments/gd от дата 10.09.2022
18. Джафер Н., Проблеми на българската здравна система според жалбите и сигналите на пациентите към КЗД, ИАМО и Съда, Социална медицина, 2018, 3-4, 13-16
19. Джафер Н., Къде търсят съдействие българските пациенти при нарушени права?., Социална медицина, XXVII, 2019, 1, 35-38
20. Джафер Н., Удовлетвореност на пациентите от българската здравна система”. Здравна политика и мениджмънт, 2019. ISSN 1313-4981, 2019, том 19, 4, 15-19
21. Джафер Н., Структура и динамика на проблемите в здравната система за дванадесетгодишен период според жалбите на потребителите пред институцията на Омбудсмана, Българско списание за обществено здраве, 2019г. ISSN 1213-860X, vol.XI, 3, 18-24
22. Закон за здравето, Министерство на здравеопазването, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/03/08/zakon_za_zdraveto.pdf от дата 20.11.2022г.
23. Зиновиева Д., Медиация и медиатори в здравеопазването, сборник с доклади-Медиация в различните обществени сфери, 2021.стр.24-37.
24. Илиева А., Контролът в здравеопазването, Сиела, 2018, ISBN 978-954-28-2541-8, стр.288-310.

25. Институт Отворено общество София, Неформални плащания в системата на здравеопазването, 2008, доклад, ISBN 978-954-9828-57-3, стр.28-52.
26. Конституция на Република България, <https://www.parliament.bg/bg/const> от дата 11.10.2022г.
27. Лазарова А., Радойнова Д.. Независимо съпричинителство при лекарски дела по чл. 123 от НК.-Правен свят, 2011, № 8, стр.79.
28. Мръчков В., Осигурително право. Издание №5, Сиби, 2010, ISBN 954-730-348-1
29. Определение № 1537/2009 г. , ВКС, Гражданска колегия, Четвърто отделение по гр.д. 1275/2009 г., (съдебен акт).
30. Павлова М. Гражданско право. Обща част, Софи-Р,София, 2002. ISBN 9546381187
31. Пашев К., Център за изследване на демокрацията, Корупцията в здравеопазването, Reports, ISBN 978-954-477-153-9, стр.19-41.
32. Пепеляшева В., Пепеляшева Д., Варненски медицински форум, т.6, 2017, брой 1, Университет. Проф. д-р Ас. Златаров-Бургас, Медицински колеж,ОЛИМЕД-Варна, стр.201-204.
33. Петрова З., Генов С., Управление на здравната система. Национално сдружение за здравна политика и мениджмънт. 2006, стр. 205-234
34. Постановление № 6 от 07.10.1969 г. на Пленума на Върховния съд, ekspertis.bg/document/view/reshenie/81699/0/481add9d603a837dfd1a69605aaca7c7_a00a1ae3ae58b4df60ebaf8ddbd513bf от дата 21.08.2022
35. Раданов, Ст. Медицинска деонтология. София, Сиела, 2004, ISBN 9546497371
36. Раданов, Ст. Ив. Дойчинов. Съдебна медицина и медицинска деонтология. София, Сиела, 2006, ISBN 9546496553

37. Радойнова Д., Лекарски грешки. Съдебномедицинска гледна точка. В.: Стено, 2013, ISBN 978-954-449-642-5
38. Ранчев И., За лекарските грешки, Адвокатски преглед 7-8, 2014, Висш адвокатски съвет, 2014.
39. Решение № 547 от 23.07.2010 г. по гр. д. № 1025/2009 г., IV Г.О. на ВКС.
40. Решение №547 от 31.07.2010 г. на ВКС, Гр. колегия, Четвърто отд. по гр. дело №1025/2009 г. (съдебен акт).
41. Решение №188 от 15.06.2012 г. на ВКС, Гр. колегия, Трето отд., по гр. дело №1122/2011 г. (съдебен акт).
42. Решение № 787 от 5.10.2012 г. по гр. д. № 2866/2011 г. на Шуменски районен съд, (съдебен акт).
43. Ролята на медицинския одит в полза на пациента- проблеми и решения, ИАМО,<https://www.eama.bg/index.php.bg/deinost-na-agentiata> от дата 03.11.2022 г.
44. Спасов С., Лекарски грешки и лекарски деликти.Сиби, 1996, ISBN 2010003935
45. Спасов Св., Лекарски грешки-литературен обзор и предложение за съвременна дефиниция.- В: Science & Technologies, Volume II, No. 1, 2012., стр.189-193.
46. Стойнов Ал., Престъпления срещу правата на човека. С.: Сиела, 2006, стр. 111, ISBN 9546499188
47. Томова-Куцарова О., Административнонаказателна отговорност в здравеопазването. Дисертация за присъждане на ОНС Доктор, София, МУ, ФОЗ,2014.
48. Шаркова М., Медицинският деликт, под редакцията на Д. Доковска, Център за обучение на адвокати „Кръстю Цончев”, София, 2018

- 49.** Шаркова М., Как се измерва удовлетвореността на пациентите според проекта за наредба на министъра на здравеопазването?, www.mariasharkova.com от дата 12.01.2023г.
- 50.** Янкова, А. Медицинските грешки-чуждестранен опит в нормативната уредба.-http://www.eama.bg/images/pdf_za_pacienta/MG_Norma.pdf. от дата 11.01.2023г.
- 51.** Agresti, A. *Categorical Data Analysis*, 3rd Edition. John Wiley & Sons Inc., Hoboken. 2013. ISBN 9780470463635
- 52.** Albuquerque A., *Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde*, Universidade de Brasília, 2018.
- 53.** Aigli Dafni, Panagoula Oikonomou, Konstantinos Anagnostopoulos, Christos Tsalikidis, Nigyar Dzhafer, Alexandra K. Tsaroucha, Mickael S. Pitiakoudis, Are Patients Willing to Be Informed on the Risks and Complications Associated with the Proposed Therapy? A Survey on Informed Consent, *Folia Medica*, 2021, 63(4):569-75, DOI: 10.3897/folmed.63.e56239
- 54.** Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013; 120-5
- 55.** Benny Y.T.Tai, Models of Ombudsman and Human Rights, *International Journal of Politics and Good Governance* Volume 1, No. 1.3. Quarter III 2010 ISSN No. 0976-1195
- 56.** Cocanour CS. Informed consent -it's more than a signature on a piece of paper. *Am J Surg* 2017; 214(6):993-7
- 57.** Chan SW, Tulloch E, Cooper ES, et al. Montgomery and informed consent: Where are we now? *BMJ* 2017; 357:j2224
- 58.** Caselaw: California District Court of Appeal, First District Division 1957; 317: P.2d 170.

59. Dzhafer N., Vodenicharov T., Papathanasiou J, Does the Bulgarian Health Care System Need a Health Ombudsman? , *Folia Medica* 62, 30 June 2020
60. Dhzafer N, Nature and Dynamics of the Problems in the Healthcare System during a Twelve-Year Period Based on the Complaints by Users to the Ombudsman Institution. *Bulgarian Journal of Public Health*, ISSN 1213-860X, 2019, vol.XI, 3, 18-24
61. Faden R, Beachamp T. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press; 1986:400
62. Fallberg L., Mackenney S., Patient Ombudsmen in Seven European Countries: an Effective Way to Implement Patients' Rights? , *European Journal of Health Law* ,Koninklijke Brill N.V. ,Netherlands, 2003.
63. Fallberg L., Patients Ombudsmen-A Different Approach to Improve Quality in Health Services, *European Journal of Health Law*, 2003.
64. Field, A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*, 5th edition. SAGE Publications, London. 2017. ISBN 9781526419521
65. Giddings P., Whither the Ombudsman? *PAC*, Vol 16, Yssue 2. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/095207670101600201>
66. Giddings, P. J. (2008) The parliamentary ombudsman: a classical watchdog. In: Gay, O. and Winetrobe, B. K. (eds.) *Parliamentary watchdogs: At the crossroads*. The Constitution Unit, University College London, pp. 93-103. ISBN 9781903903490
67. Giddings, P. (2006) The ombudsman as advocate. In: *European yearbook of minority issues*, volume 4 (2004/2005). Martinus Nijhoff, pp. 207-219. ISBN 9789004149533
68. Giddings P, V. Sladeczek and L. Diez Bueso, The Ombudsman and Human Rights' in Roy Gregory and Philip Giddings (eds.), *Righting Wrongs: the Ombudsman in Six Continents*, (IOS Press, 2000)
69. Goodman SN. Toward evidence-based medical statistics. 2: The Bayes Factor. *Ann Intern Med* 1999; 130(12):1005-13.

70. Gostin L.O.,The Right to Health:A Right to the Hghest Attainable Standarts of Health.HASTINGS CENTER REPORT 29-109 (2001)
71. Gregory, R. and Giddings, P. (eds.). 2000. Righting Wrongs: Ombudsman in Six Continents. Amsterdam, Brussels: International Institute of Administrative Sciences (IOS) Press.
72. Health Disaster Management Guidelines for Evaluation and Research in the Utstein Style, Chapter 8: Ethical issues. Prehosp Disast Med 2002; 17(Suppl 3):128-43, Available from: https://wadem.org/wp-content/uploads/2016/03/chapter_8.pdf [Accessed Aug 7, 2020].
73. Health and Disability Commissioner New Zealand.2014. Annual Report 2013-2014. Auckland: Health and Disability Commissioner. Annual reports also for 2010, 2011, 2012, 2013.
74. Healy J.,Walton M., Health Ombudsmen in Polycentric Regulatory Fields: England, New Zealand, and Australia; Australian National University, The University of Sydney, Australian Journal of Public Administration, vol.00,no. 0, pp. 1-14
75. Heywood R. RIP Sidaway: patient-oriented disclosure-a standard worth waiting for? Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11. Med Law Rev 2015; 23:455-66.
76. Jones JW, McCullough LB, Richman BW. Informed consent: it's not just signing a form. Thorac Surg Clin 2005; 15(4):451-60
77. Jerjes W, Mahil J, Upile T. English law for the surgeon I: consent, capacity and competence. Head Neck Oncol 2011; 3:41.
78. Katz SJ, Hawley S. The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? JAMA 2013; 310:1559-60
79. Leonard CG, Toner JG. The physician's duty to warn their patient about the risks associated with medical intervention: A review and discussion. Ulster Med J 2019; 88(1):1-3.
80. Luka v. Lowrie (1912) Supreme Court of Michigan, 136 NW 1106, Case text [Online]. Available from: <https://casetext.com/case/luka-v-lowrie> [Accessed July 3, 2020].
81. Molven O.,Establishment of a Patient Ombudsman Scheme, Legal and Forensic Medicine, 2013.

82. Merriam-Webster.com Dictionary [Internet] s.v. informed consent, Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/informed%20consent>. [Accessed: July 3, 2020]
83. Murray PM. The history of informed consent. *Iowa Orthop J* 1990; 10:104-9.
84. Mavrov M. The law institute of patient's informed consent. Stovi Group Publishers, 2018; 243 pp.
85. Null, G., C. Dean, M. Feldman, D. Rasio, D. Smith. Death by Medicine-<http://www.webdc.com/pdfs/deathbymedicine.pdf>.
86. O'Neill O. Some limits of informed consent. *J Med Ethics* 2003; 29:4-7.
87. Patterson, R. 2002. The Patients' Complaints System in New Zealand. *Health Affairs* 21(3):70-79.
88. Patuzzo S, Goracci G, Ciliberti R. Thomas Percival. Discussing the foundation of medical ethics. *Acta Biomed* 2018; 89(3):343-8.
89. Paul, C. 2000. Internal and External Morality of Medicine: Lessons from New Zealand. *British Medical Journal* 320:499-503.
90. PedrosoII MC, Costa da Silva RC, Zucchi P. Ombudsmen in health care: case study of a municipal health ombudsman, *Rev Saúde Pública*, 2014.
91. Sarela AI, Thomson M. Balancing law, ethics and reality in informed consent for surgery. *Ann R Coll Surg Eng* 2014; 96:329-30
92. Slater v. Baker and Stapleton English Reports, Michaelmas Term 1767; 8: Geo III.
93. Sidaway v. Governors of Bethlem Royal Hospital House of Lords, 1 AC 871, Case mine 1985; [Online]. Available from: <https://www.casemine.com/judgement/uk/5a8ff8db60d03e7f57ece8a3> [Accessed: 3 July 2020].
94. Schoendorff v. Society of New York Hospital New York Court of Appeals 105 N. 92, 93, Biotech 1914; [Online].

Available from: [https:// biotech.law.lsu.edu/cases/consent/schoendorff.htm](https://biotech.law.lsu.edu/cases/consent/schoendorff.htm)
[Accessed: July 3, 2020].

95. Shokrollahi K. Request for treatment: the evolution of consent. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92(2):93-100.
96. Sokol DK. Update on the UK Law on Consent. *BMJ* 2015; 350:h1481
97. Swendiman K.S. Health Care: Constitutional Rights and Legislative Powers, Juli 9, 2012
98. Tyler F. (2015) Supreme Court decision changes doctor-patient relationship forever, Balfour and Manson.
99. World Health Organization. 1994. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. ICP/HLE 121, WHO [Online]. Available from: https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf [Accessed: July 3, 2020].
100. World Medical Association, Declaration of Tokyo-Guidelines for physicians concerning torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in relation to detention and imprisonment, 2016, Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-tokyo-guidelines-for-physicians-concerning-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment-or-punishment-in-relation-to-detention-and-imprisonment/> [Accessed Aug 7, 2020].
101. Wear S. Enhancing clinician provision of informed consent and counseling: some pedagogical strategies. *J Med Philos* 1999; 24:34-42.
102. <https://www.ec.europa.eu> Здраве за всички и всички за здравето. Мартин Сейшел от дата 21.12.2022г.
103. <https://www.hdc.org.nz/> от дата 06.03.2022г.
104. https://www.EC.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-specific-recommendation-commission от дата 20.12.2022г.
105. https://www.Europarl.europa.eu/ftu/pdf/bg/FFU_2.2.4.pdf от дата 20.12.2022г.

106. https://www.EC.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-specific-recommendation-commission от дата 20.12.2022г.
107. https://www.Europarl.europa.eu/ftu/pdf/bg/FFU_2.2.4.pdf от дата 20.12.2022г.
108. <https://bnr.bg/ombudsman/page/za-ombudsmana-na-bnr> от дата 03.01.2023г.
109. <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134447616> от 5.12.2022г.
110. <https://bnr.bg/files/uploads/Etichen-kodeks-na-slujitelite-na-bnr.pdf> от дата 03.01.2023г.
111. <https://justice.government.bg/home/normdoc/1589654529> от дата 12.01.2023г.
112. [https://bnr.bg/files/uploads/\(2020\)%20Pravilnik%20za%20redakcionata%20deinost%20na%20BNR.pdf](https://bnr.bg/files/uploads/(2020)%20Pravilnik%20za%20redakcionata%20deinost%20na%20BNR.pdf) от дата 03.01.2023г.
113. <https://shorturl.at/DFQR4> ; Етичен кодекс от дата 10.01.2023г.
114. https://www.kolzchut.org.il/en/Submitting_a_Complaint_to_the_Medical_Professions_Ombudsman от дата 03.01.2023г.
115. https://www.nevo.co.il/law_html/law00/71833.htm#Seif19 от дата 03.01.2023г.
116. https://www.kolzchut.org.il/he/%D7%97%D7%95%D7%A7_%D7%96%D7%9B%D7%95%D7%99%D7%95%D7%AA_%D7%94%D7%97%D7%95%D7%9C%D7%94 от дата 05.01.2023г.
117. <https://www.bbc.com/news/health-30395267> от дата 03.01.2023г.
118. https://mariasharkova.com/mediacia_bolnichen-ombudsman/ от дата 20.12.2022г.
119. <https://mariasharkova.com/savremenni-metodi-za-komunikacia-pri-meditsinski-greshki/> от дата 20.12.2022г.
120. https://www.challengingthelaw.com/medicinsko-pravo/problemyt-za-lekarskata-greshka/#_ftn5 от дата 12.01.2023г.
121. <http://lexsofia.com/bg/2020/12/06/obezshtetenia-lekarska-greshka/> от дата 12.01.2023г.
122. <http://www.bnews.bg/article-24392> от дата 10.01.2023г.
123. <https://shorturl.at/mDY56> ; „Медиация в здравеопазването- един непознат начин за извънсъдебно решаване на спорове” от дата 20.12.2022 г.

- 124.** https://mariasharkova.com/fulbright_medical-errors-and-swiss-cheese/ от дата 20.12.2022 г.
- 125.** <https://shorturl.at/hlGI5>; „Мария Шаркова: 35% от делата в медицината са заради лоша комуникация с пациенти” от дата 20.12.2022г.
- 126.** <https://shorturl.at/xO079> ; „Световният ден, посветен на безопасността на пациента” от дата 20.12.2022г.
- 127.** <https://shorturl.at/duvFO>; „Актуални съдебн решения в областта на медицинските деликти” от дата 20.12.2022г.
- 128.** <https://shorturl.at/dlPU6>; „Заедно с Лехебра: Преглед на касационните дела за медицински деликти и неизпълнение на договор за медицинска услуга, разгледани през 2022 г. от ВКС” от дата 20.12.2022г.
- 129.** <https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/n-4368-2016/arthro-61-nomos-4368-2016-diamesolavites-ygeias> от дата 09.03.2023г.
- 130.** <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> от дата 25.04.2023 г.
- 131.** https://mariasharkova.com/mediacia_bolnichen-ombudsman/ от дата 21.12.2022 г.
- 132.** <https://www.ombudsman.bg/bg/p/zakon-za-ombudsmana> от дата 15.11.2022г.