
СТАТИИ

АЛТЕРНАТИВНИ МЕТОДИ ЗА ОБЕЗЩЕТЯВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ ЗА ВРЕДИ, НАСТЪПИЛИ ПРИ ИЛИ ПО ПОВОД ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

*Мария Шаркова**

1. Въведение

През 2018 г. беше публикувано изследване¹ на съдебната практика по дела с правно основание чл. 45 и/или чл. 49 ЗЗД с ответници лечебни заведения или медицински специалисти.² Данните, събрани в хода на това изследване, показват, че в България правото на обезщетение на пациентите, които твърдят, че са претърпели вреди при или по повод оказана медицинска помощ, се реализира най-често чрез ангажиране на деликтната отговорност на лицата по съдебен ред.

Анализът на тези данни показва, че съдебните дела са продължителни (средно около 1360 дни) и приблизително 30 % от случаите приключват в полза на ищеца. В допълнение изследването показва, че средната цена на исковете за неимуществени вреди е 68 000 лева, което е причина и за високите разходи, които ищците и ответниците правят при възникване на съдебни спорове – държавната такса е в размер на 4 % от цената на иска, а възнагражденията за процесуално представителство се определят според съответния материален интерес. Действително ищците имат право да поискат освобождаване от държавна такса и да претендират разноски при наличие на

* Адвокат от Пловдив.

¹ Шаркова, М. Медицинският деликт. С.: Център за обучение на адвокати „Кръстю Цончев“, 2018.

² Съгласно пар. 1б, т. 5 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) медицински специалисти са лица, упражняващи медицинска професия по чл. 183, ал. 1 от Закона за здравето – лица, упражняващи медицинска професия и притежаващи диплома за завършено висше образование по специалности от професионални направления „Медицина“, „Дентална медицина“, „Фармация“ и „Здравни грижи“.

условията на чл. 83, ал. 2 ГПК, но същите остават или в тежест на съда и Националното бюро за правна помощ, или се заплащат от ответника при уважаване на иска. Страните правят и допълнителни разходи при назначаване на съдебномедицинска експертиза (СМЕ), като при поне половината от делата се назначава повече от една СМЕ, а в голямата си част експертизите се изготвят от повече от едно вещи лица.

Анализът на събраните данни установява, че при 40 % от делата на основание чл. 219, ал. 1 ГПК се привличат трети лица (застрахователи, лекари или лечебни заведения), които на свой ред правят разходи, свързани с процесуално представителство. В 17 % от тези случаи се предявяват обратни искове към третите лица на основание чл. 219, ал. 3 ГПК, за които също се дължи заплащане на държавна такса. Представената статистика доказва, че тези съдебни спорове са скъпи и сравнително бавни.

Прегледът на съдебната практика за периода от 2007 до края на 2017 г. показва и тенденция за нарастване на броя на съдебните дела.³ Няма доказателства този факт да е пряко свързан с нарастването на броя на нежеланите събития в лечебните заведения, но той най-малкото е показател за нарастващото желание на пациентите да търсят обезщетение за претърпени вреди по съдебен ред.

Увеличеният брой дела, свързани с реализиране на деликтната отговорност на медицински специалисти и лечебни заведения, по никакъв начин не може да гарантира подобряването на нивото на пациентската безопасност в България, тъй като тези дела разрешават индивидуални спорове между пациенти и медицински специалисти или лечебни заведения, но рядко са свързани с инициативи за подобряване на качеството на оказваната медицинска помощ. Към момента в България не се предприемат законодателни или организационни мерки за повишаване на безопасността на пациентите в лечебните заведения.

Друг проблем, който се отвори в рамките на това изследване, е непоследователността на съдебната практика при определяне на размера на присъдените обезщетения за неимуществени вреди⁴, което не само затруднява ищците при първоначалното определяне на размера на иска по тези дела, но е и предпоставка те да останат неудовлетворени от присъденото обезщетение.

Няма и никакви данни, които да доказват активното използване на извънсъдебни методи от лечебните заведения за решаване на спорове, възникнали във връзка с причинени вреди на пациенти при или по повод оказване на медицинска помощ, като например медиация.

³ Вж. бел. под линия 1, с. 17.

⁴ Вж. бел. под линия 1, 117–135. При едни и същи или сходни увреждания съдът е присъждал суми, които драстично се различават.

Изложеното дотук води до заключение, че ангажирането на деликтната отговорност на медицинските специалисти и лечебните заведения по съдебен ред не гарантира създаването на безопасна среда за пациентите и не е стимул за повишаване на качеството на медицинската помощ. В същото време производствата са скъпи, продължителни и невинаги удовлетворяващи за пациентите.

Настоящият анализ показва алтернативни методи за обезщетяване на пациенти, които са претърпели вреди, свързани с оказване на медицинска помощ, създаването на особени юрисдикции в някои държави и тяхната роля за повишаване на безопасността на пациента. Целта е да се прегледат и обобщят добри практики, при които обезщетението за вреди се осигурява от специално създадени фондове чрез анализиране на настъпилите нежелани събития, без да се разглежда въпросът за вината на медицинския специалист или лечебно заведение. Тези системи се наричат *no fault*, или безвиновни системи за обезщетяване, тъй като въпросът за вината въобще не се поставя, а обезщетението се изплаща от трето лице, различно от медицинския специалист или лечебното заведение.

2. Деликтната отговорност и безопасността на пациента

През 1999 г. Институтът по медицина (ИОМ) в САЩ публикува проучване, според което между 44 000 и 98 000 американци умират в болници в резултат на настъпили предотвратими нежелани събития⁵, и издава ръководство за повишаване на безопасността на пациента, което включва създаване на системи за докладване и анализ на нежеланите събития.⁶ Предложенията предполагат въвеждането на т.нар. „системен подход“ към предотвратимите нежелани събития⁷ и анализиране на всички докладвани събития, които са довели до причиняването на вреди на пациент. Много

⁵ Дефинира се като неумишлено увреждане на пациента, изразяващо се в причиняване на смърт, телесна повреда или необходимост от допълнително лечение в болница, което не е свързано с развитието на заболяването му, а с цялостното медицинско обслужване. С незначителни нюанси дефинициите се използват от Института по медицина (ИОМ), Института за повишаване на качеството (ИНИ), от Агенцията за проучвания в здравеопазването и качество (АНРК), Световната здравна организация (ВНО), Joint Commission International (JCI) и др. Повече информация: Agency for Healthcare Research and Quality (АНРК), достъпна на 1.09.2018 г. (на английски език се използват изразите *adverse event/sentinel event*).

⁶ **Corrigan, J., M. Donaldson.** To Err is Human: Building Safer Health System. Washington, DC: IOM, 1999.

⁷ **Шаркова, М.** Модерни политики и протоколи при настъпване на нежелани събития в лечебни заведения. – Биоетика и биоправо – модерни практики и политики на бъдещето. С.: Нов български университет, 2017.

експерти и политици подкрепят препоръките на ЮМ, като една от най-големите агенции за международна акредитация на болници, Joint Commission International (JCI), базирана в САЩ, включва сред стандартите си за оценка и изискването за докладване и анализиране на нежелани събития в лечебните заведения.⁸

Въпреки всички усилия по прилагането на тези препоръки и активност на редица организации, като например Института за повишаване на качеството на медицинската помощ (Institute for Healthcare Improvement)⁹ и Агенцията по здравни изследвания и качество (Agency for Healthcare Research and Quality)¹⁰, през 2016 г. (7 г. по-късно) е публикувано ново проучване на специалисти от Университета „Джон Хопкинс“¹¹. Според изследването всяка година около 251 454 души умират в болници в САЩ вследствие на предотвратими нежелани събития. Според критики на това проучване¹² смъртните случаи, свързани с нежелани събития, са далеч по-малко (около 25 000). Изследвания в Англия показват, че около 10.8 % от хоспитализираните пациенти претърпяват вреди в резултат на възникнало предотвратимо нежелано събитие¹³, а в Канада – около 7.5 %¹⁴. Тези данни настоятелно поставят проблема за безопасността на пациентите и методите за нейното гарантиране.

Въпреки някои спорове относно точния брой на нежеланите събития, които настъпват в лечебни заведения, посочените резултати от публикуваните проучвания показват, че въвеждането на изисквания за регистрация на нежелани събития и имплементирането на системния подход при анализ за причините в държави като САЩ, Канада и Англия не са намалили драстично броя им и не са подобрили значително безопасността на пациентите, което налага да се анализира въпросът за причините за това явление.

⁸ <https://www.jointcommissioninternational.org/why-report-sentinel-events-and-severe-adverse-events-to-jci/>, достъпна на 31.08.2018 г.

⁹ <http://www.ihl.org>, достъпна на 31.08.2018 г.

¹⁰ <https://www.ahrq.gov/cpi/centers/cquips/index.html>, достъпна на 31.08.2018 г.

¹¹ **Makary, M. A., M. Daniel.** Medical error-third leading cause of death in the USA. – *BMJ*, 2016, 353, p. i2139.

¹² **Shojania, K. G., M. Dixon-Woods.** Estimating deaths due to medical error: the ongoing controversy and why it matters. – *BMJ Qual Saf*, 2017, 26, 423–428.

¹³ **Vincent, C., G. Neale, M. Woloshynowych.** Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. – *BMJ*, 2001 Mar 3, 322 (7285), 517–519.

¹⁴ **Baker, G. R., P. G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox, E. Etchells, W. A. Ghali, P. Hébert, S. R. Majumdar, M. O’Beirne, L. Palacios-Derflinger, R. J. Reid, S. Sheps, R. Tamblyn.** The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. – *CMAJ*, 2004 May 25, 170 (11), 1678–1686.

Несъмнено тезите за системния подход при осъществяване на нежелани събития в лечебни заведения са логични. Те са контрапункт на подхода за търсене на виновно противоправно поведение, в резултат на което са настъпили вреди за пациента. Вместо него се предлага идеята, че когато са налице недостатъци във функционирането на дадена система, последните създават условия за допускане на грешки. Приема се, че наказването на отделни лица няма да промени тези условия и събитието ще се реализира отново. Както вече се спомена, този подход изисква регистриране и анализ на причините за осъществяването на нежеланите събития, както и съставяне на препоръки и планове за подобряване на системата и повишаване на качеството.

Системният подход обяснява осъществяването на неблагоприятните събития с теорията на швейцарското сирене (*swiss cheese theory*)¹⁵, според която във всяка функционираща система са налице латентни опасности. Смята се, че чрез докладването на нежеланите събития и анализирането на основните причини за настъпването им (*root cause analysis*)¹⁶ може да се идентифицират слабостите в системата, което от своя страна ще допринесе за повишаване на безопасността на пациента и на качеството на медицинска помощ.

Според изследователи на този проблем¹⁷ липсата на напредък по отношение на безопасността на пациента може да се дължи на съществуващата възможност за ангажиране на деликтната отговорност на медицинските специалисти и лечебни заведения в споменатите по-горе държави. Същият извод може да се направи и за България по следните причини.

Опасността от възникване на съдебен спор създава условия за дефанзивно поведение от страна на медицинския персонал, а не стимули за докладване на нежелани събития. Когато лекарят или лечебното заведение нямат гаранция, че докладваната евентуална медицинска грешка ще бъде използвана само за целите на анализа, а може да е причина за възникване на гражданска отговорност, е нормално да се въздържат от съобщаването ѝ.

Липсват гаранции за конфиденциалността на самите процедури по анализ на нежелани събития, като съобщаването им увеличава риска същите да бъдат използвани като доказателства по съдебните дела, които биха завели пациентите.

Не на последно място, редица автори изтъкват притеснения, свързани с влашаване на доверието между лекар и пациент, ако всяко нежелано събитие се докладва и

¹⁵ **Reason, J.** Human Error: models and management. – *BMJ*, 2000 Mar 18, 320 (7237), 768–770.

¹⁶ **Wu, A. W., A. K. M. Lipshutz, P. J. Pronovost.** Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine. – *AMA*, 2008; 299 (6), 685–687.

¹⁷ **Studdert, D. M. and others.** No-Fault Compensation for Medical Injuries. The Prospect for Error Prevention. – *JAMA*, 2001, 286, 217–223.

анализира и се събира статистика за него.¹⁸

Следователно липсата на алтернативи на традиционните методи за обезщетяване чрез ангажиране на деликтната отговорност създава пречки пред въвеждане на адекватни системи за безопасност в здравеопазването. Това обосновава нуждата да бъдат разгледани редица положителни примери в Европа и Нова Зеландия, които предлагат друг подход към проблема за компенсирането на пациенти, претърпели вреди при или по повод оказване на медицинска помощ.

3. Безвиновни (no fault) системи за компенсиране на пациенти

3.1. Скандинавските системи и Нова Зеландия

Швеция, Дания, Финландия, Норвегия и Нова Зеландия предлагат добри практики за компенсиране на пациенти, претърпели вреди от медицинска помощ. Тези практики се определят като *no fault* (безвиновни) системи.¹⁹ Те включват създаването на специални органи, които са ангажирани с провеждането на извънсъдебна, административна по своя характер процедура за разглеждане на жалби на пациенти, а обезщетенията се изплащат от специално създадени за целта фондове.

Характерно за този тип системи е обстоятелството, че не се изследва въпросът за вината на медицинския специалист, а възникването на право на обезщетение за пациента по никакъв начин не е свързано с реализиране на дисциплинарна, гражданска или наказателна отговорност. В същото време възможността за търсене на обезвреда за причинени вреди по съдебен ред чрез ангажиране на деликтната отговорност на медицинските специалисти и лечебни заведения не е изключена, но както ще стане ясно в хода на настоящото изложение, се използва изключително рядко.

3.1.1. Швеция

Най-известната *безвиновна* система за обезщетяване на пациенти, претърпели увреждания при или по повод предоставена медицинска помощ²⁰, е системата, създадена в Швеция през 1975 г., известна като Patient Compensation Insurance (PCI). В

¹⁸ **Peterson, L. M., T. Brennan.** Medical ethics and medical injuries: taking our duties seriously. – J Clin Ethics, 1990, 1, 207–211.

¹⁹ Вж. бел. под линия 12.

²⁰ Според източниците на информация този тип увреждания са наречени *treatment injuries* и са дефинирани като физически увреждания или заболявания, възникнали във връзка с различни интервенции (диагностични, лечебни, оперативни). Вж. Medical Malpractice Systems Around the Globe: Examples from the US-tort liability system and the Sweden no-fault system, Document of the World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, 2001, p. 6.

началото тя обхваща само публичните лечебни заведения, но впоследствие се разраства и включва всички частни лечебни заведения, лекари по дентална медицина и др. През 1979 г. е приет Patient Injury Act, а през 1997 г. – Patient Damages Act, с който в пълнота се урежда тази система за компенсиране на пациенти. В нея участва Федерацията на съветите на отделните провинции (Federation of Country Councils), която създава County Council Mutual Insurance Company (CCMIC).²¹ CCMIC от своя страна заедно с две застрахователни компании създават организация, известна като Personskadereglering AB (PSR), която администрира исковете на пациентите.

Според шведската система, за да възникне право на обезщетение, пациентът трябва да е претърпял конкретна вреда, **подлежаща на обезщетяване**, която да е възникнала във връзка с оказване на медицинска помощ и да има конкретни физически измерения.²² Тази вреда следва да е причинила поне 30-дневна неработоспособност или да е била повод за най-малко десетдневно болнично лечение. На обезвредата подлежат и вреди, които са настъпили в резултат на постоянно инвалидизиране или смърт.

Вредите следва да са настъпили в резултат на някоя от следните причини:

- необоснована диагностично-лечебна дейност;
- инциденти по време на лечението (пожар, падане, катастрофа при транспортиране и др.);
- употреба на дефектни медицински изделия, използвани за лечение и диагностика на пациента;
- вътреболнична инфекция;
- изписване на лекарства в нарушение на конкретни правила и препоръки.

Необоснованата диагностично-лечебна дейност се свързва с прилагането на диагностични или лечебни методи, които не са съобразени с присъщите им рискове според съществуващите към момента на оказване на съответната медицинска помощ научни и практически доказателства. Освен това е важно да се установи дали увреждането е могло да бъде избегнато при прилагането на друг еднакво ефикасен метод. При преценка за наличието на това условие се анализира въпросът дали избраното лечение или метод за диагностика не би могло да се проведат по различен начин, чрез който да се избегне настъпването на увреждането, както и дали не е налице друг лечебен или диагностичен метод, който да крие по-малки рискове за пациента.

От системата за обезщетяване на вреди са изключени тези, настъпили в резултат на използван метод, който е бил абсолютно необходим за диагностиката и лечението на конкретно състояние и неизползването му би довело до смърт или тежки

²¹ Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

²² **Oldertz, C.** Security insurance, patient insurance and pharmaceutical insurance in Sweden. – The American Journal of Comparative Law, 1986, Vol. 34.

увреждания, както и нежелани лекарствени реакции, когато лекарството е било предписано по установения ред.

Това административно производство не изследва въпроса за вината на медицинските специалисти, участвали в лечението на пациентите. Така се създава комфорт за медицинския персонал, който е предпоставка пациентите да получат пълно съдействие при подаване на формуляри до PSR. В почти 80 % от случаите тъкмо персоналът в болницата подпомага пациентите да попълнят правилно своите формуляри.²³ Подаването на искането се придружава с доклад от лекарите, участвали в лечението на пациента, както и с необходимата медицинска документация.

След изпращането на пакета с документи и искането на пациента до органа, администриращ процедурата, формулярите се разглеждат от служител, който преценява тяхната допустимост. След това документацията се разглежда от един или повече специалисти, които взимат решение и го съобщават на пациента. В случай че той не е доволен от решението, има право да го обжалва пред специален панел (Patient Claims Panel), състоящ се от представители на пациента и изпълнителя на медицинска помощ и медицински експерти. Решението на панела не е обвързващо, но в повечето случаи се взема предвид от PRS.

Пациентът има право да обжалва крайното решение пред Шведския апелативен съд, чието решение е окончателно и обвързващо. Всички процедури се провеждат при закрити врата, а целият процес – от сезиране на PSR до произнасяне на съда – отнема средно около шест месеца.²⁴ Макар пациентите да не са длъжни да използват тази административна процедура за компенсация и биха могли директно да ангажират деликтната отговорност на лекарите или лечебното заведение, само при по-малко от 1 % от случаите те се обръщат към съда за разрешаване на спорове от такъв характер.²⁵ Приблизително 45 % от около 9000 годишно подадени искания приключват с положително решение за пациентите. Финансирането на PCI в Швеция се осигурява основно от съветите на провинциите чрез приходите от данъци, както и чрез участие на частните изпълнители на медицинска помощ. Размерът на финансирането не е свързан с предходни искове на пациентите и изплатени обезщетения.

3.1.2. Дания

Безвиновната система за обезщетяване в Дания е създадена с приемането на

²³ Medical Malpractice Systems Around the Globe: Examples from the US-tort liability system and the Sweden no-fault system, Document of the World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, 2001.

²⁴ Пак там.

²⁵ Farrell, A.-M., S. Devaney, A. Dar. No-Fault Compensation Schemes for Medical Injury: a review. Scottish Government Social Research, 2010.

Закона за застраховане на пациентите (Patient Insurance Act) през 1991 г., който влиза в сила през юни 1992 г. Данните, събирани до момента на приемане на новия закон, показват, че нежеланите събития, които настъпват в лечебните заведения в Дания, са около 38 000 годишно, като 22 000 от тях се дължат на грешки в управлението на системата, в рамките на която се осъществява медицинската помощ, а около 9000 се дължат на небрежност. Въпреки това броят на заведените дела годишно е приблизително 225, от които 50 % завършват с присъждане на обезщетение за пациента. Огромната разлика между броя на нежеланите събития в лечебните заведения и броя на пациентите, които получават обезщетение за вреди, настъпили от тях, доказва, че този тип дела не могат да влияят върху подобряването на качеството на медицинската помощ и нямат превантивна роля спрямо бъдещи нежелани събития.²⁶

Изискванията за получаване на обезщетение в Дания са аналогични с тези в Швеция и са въведени с Patient Insurance Act (PIA). От приложението на PIA обаче са изключени вредите, претърпени в резултат на лечение в частно лечебно заведение във връзка с оказана медицинска помощ, която не е обект на финансиране от националната осигурителна система. PIA не покрива и вреди, настъпили в резултат на инциденти в лечебните заведения (падане, транспортиране и др.), както и случаите, при които пациентът е претърпял единствено психични вреди, без да е налице физическа увреда (например стрес след съобщаване на невярна диагноза). На компенсация подлежат вреди, които са на стойност над 3000 долара.²⁷ Тази граница е поставена, за да се ограничат претенциите, които не са съществени и значими от социална гледна точка. Пациентите имат право да търсят обезщетение за вреди под тази стойност по съдебен ред, но данните показват, че това се случва рядко.

Обезщетенията в Дания се определят при наличие на едно от следните пет обстоятелства:

- вредите са настъпили в резултат на оказана медицинска помощ, която не съответства на стандарта на дължимата грижа, която средният специалист в тази област би следвало да положи;
- вредите са причинени от дефектна медицинска апаратура или медицинско изделие;
- вредите са настъпили, защото не е използван по-подходящ или по-малко рисков метод при лечение или диагностициране на пациента;
- вредите са резултат от настъпването на неизбежни сериозни нежелани събития, които не са били очаквани или предвидими, или са необичайно тежки;

²⁶ Ulrich, A. Evaluation of the Danish no-fault system for compensating medical injuries. – *Annals of Health Law*, 1994, Vol. 3, 243–282.

²⁷ Tort Liability Act (TLA), paragraph 5, section 2, subsection 1.

• вредите са настъпили в резултат на участие в медицинско изследване или донорство на органи.

Производството започва чрез подаване на искане за компенсация до консорциум, наречен Patient Insurance Consortium, който се състои от представители на всички застрахователи, които го формират. Заявлението е стандартизирано и опростено, така че пациентите не се нуждаят от помощта на адвокат. През първата година от въвеждането на тази система нито един от 254-те пациенти, които са подали подобни искания, не са ползвали адвокат. Продължителността на производството е около 3 месеца.

Искането се разглежда с помощта на панел от лекари, които преценяват дали са налице условията за компенсация и определят тежестта на възникналото увреждане. Решението се съобщава на пациента и на съответната застрахователна компания и подлежи на обжалване пред Апелативния борд (Patient Injury Appeals Board), който е подчинен на Министерството на здравеопазването. Някои автори отправят критика, че в консорциума няма представители на пациента, като смятат, че по този начин производството е едностранно. Въпреки това обаче административната процедура се подчинява на Административнопроцесуалния закон (Administrative Procedure Act) в Дания, който гарантира възможността за изслушване, представяне на доказателства и достъп до информация по време на процедурата.

За разлика от консорциума бордът се състои от деветима членове, избирани от Министерството на здравеопазването, Асоциацията на съветите на провинциите и Асоциацията на хората с увреждания. Двама от избраните членове са лекари, а един от тях – съдия. Бордът няма право да инициира нова проверка на фактите и решава отнесения до него казус по същество, основавайки се на установеното от консорциума. Неговите решения са обвързващи за страните, освен ако пациентът не ги обжалва пред съответния съд в шестмесечен срок от получаване на решението. В този случай съдът провежда отделна процедура по установяване на отделни факти и обстоятелства и не е обвързан по никакъв начин от решенията на административните органи. Данните показват, че средно около 35 % от подадените искания за компенсация се одобряват чрез използване на посочената процедура.²⁸ Само 0.5 % от всички претенции се разрешават по общия ред от съда чрез ангажиране на деликтната отговорност на медицинските специалисти²⁹ (а във Финландия още по-малко – 0.3 %).³⁰ Финансирането на тази система се осигурява от държавата по силата на Закона за осигуряване на пациентите.

²⁸ **Tilma, J., M. Norgaard, K. L. Mikkelsen, S. P. Tohnson.** No-fault compensation for treatment injuries in Danish public hospitals 2006–2012. – *International Journal of Quality in Healthcare*, 2016, 28 (1), 81–85.

²⁹ **Di Gregorio, V., and others.** Defensive medicine in Europe: which solutions. – *EJPH*, 2015, 25 (supplement 3), p. 145.

3.1.3. Финландия

Във Финландия безвиновната система е създадена през 1986 г. с приемането на Закона за вредите, причинени на пациенти (Patient Injuries Act), чрез който се въвеждат механизми за обезщетяване на пациенти, претърпели вреди в резултат на оказана медицинска помощ. С него се създава и специален орган към Министерството на здравеопазването (Patient Injury Board), който не само разглежда жалбите срещу първоначалните решения за компенсиране на пациенти, но и играе важна роля, свързана с качеството на медицинската помощ и анализа на данните, събирани от Patient Insurance Center (PIC).

Основанията за заплащане на обезщетения са аналогични на тези в Швеция. Към тях следва да се включат и случаите на непропорционално тежки увреждания, които не съответстват като резултат или риск на предприетото лечение или диагностична процедура. Годишно се уважават около 35 % от предявените искания към PIC.

Органът, който разглежда заявленията на пациентите във Финландия, е Patient Insurance Center (PIC). Той се подпомага от експерти с медицинско образование. Решението на PIC се изпраща на пациента, който има право да го обжалва пред Patient Injury Board. Финансирането на системата се осъществява чрез застрахователни премии, заплащани от лечебни заведения и други организации в областта на здравеопазването.

3.1.4. Норвегия

По примера на Швеция през 1988 г. Норвегия въвежда последователно безвиновната система за обезщетение първо в държавните, а после и в общинските болници. През 2003 г. е приет Закон за обезщетяване на пациенти (Patient Injury Compensation Act), който през 2009 г. започва да се прилага и за частните болници. С този закон е създадена Норвежката система за компенсиране на пациенти (Norwegian System of Compensation to Patient)³¹ – независим орган към Министерството на здравеопазването, на който е възложено разглеждането на исканията на пациентите.

В Норвегия условията за компенсация са същите като тези във Финландия и Швеция, с тази разлика, че са изключени вреди на стойност под 500 евро и такива, довели до неработоспособност за пациента под 15 %.

Производството се инициира от пациента чрез изпращане на заявление до NPE, който е подпомаган от множество медицински експерти от различни специалности. Недоволните от решението пациенти могат да обжалват решението пред

³⁰ Пак там.

³¹ Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Patient Injury Compensation Board³², чието решение е окончателно и задължително за страните. Финансирането на системата е аналогично на това във Финландия.

3.1.5. Нова Зеландия

Новозеландската система за обезщетяване е създадена още през 1972 г. с приемането на Закона за обезщетение при инциденти (The Accident Compensation Act), влязъл в сила през 1974 г. след публикуването на задълбочен доклад през 1967 г. (Woodhouse Report). Този закон регламентира реда за обезщетяване на вреди, настъпили в резултат на различни събития (медицински грешки и усложнения, катастрофи, трудови злополуки и др.).

С приемането на посочената нормативна уредба се създава орган, наречен Accident Compensation Corporation (ACC), натоварен да разглежда исканията за обезщетение. Първоначално ACC е следвало да преценява дали е налице „медицинска грешка“, т.е. да разглежда и въпроса за вината на конкретния медицински специалист, участвал в лечението и диагностиката на пациента, както и да докладва установените случаи на други органи (дисциплинарни).

През 2005 г. обаче се приемат редица промени в Закона за превенция, рехабилитация и компенсиране на вреди (Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act), като се въвеждат обективни критерии за уважаване на исканията на пациентите, подобни на тези в скандинавските системи, които изключват преценката за наличието на вина. Освен това се премахва задължението на ACC да докладва на други органи за професионалното поведение на конкретни медицински специалисти, като вместо това усилията се насочват към идентифициране и анализиране на проблеми в здравната система, станали причина за възникване на нежеланите събития.

Нова Зеландия въвежда много широки възможности за компенсиране на вреди, свързани с лечението и диагностиката на пациентите, като потенциално включва всички предвидими и непредвидими нежелани събития. От обезщетителните схеми са изключени вреди, настъпили единствено и само в резултат на естественото развитие на заболяването на пациента, или в случаите, когато пациентът е отказал лечение или е забавил своето лечение без разумни причини.

Органът, който разглежда заявленията на пациентите, се нарича Treatment Injury Center (TIC) и е част от ACC. Той се подпомага от седемнадесет експерти от различни медицински специалности, които в определени случаи имат право да поискат консултации от външни експерти. Решенията, които те вземат, се обсъждат с мениджъри на екипа, а в много сложни случаи – с мениджъра на центъра.

Исканията се завеждат в срок до 12 месеца от откриване на увреждането, като много от общопрактикуващите лекари оказват съдействие на своите пациенти и полз-

³² Pasientskadenemnda (PICB).

ват специална компютърна програма за администриране на такива искания. Срокът за разглеждане на претенцията зависи от нейната сложност, като варира между 21 дни и 9 месеца при много комплицирани случаи.

Редът за обжалване на решенията на ТИС се отличава от скандинавския регламент. Първоначално пациентът може да поиска преразглеждане на случая в рамките на организацията (*internal review*), след което да се обърне за независима преценка към Центъра за разрешаване на спорове, който е независима компания, създадена да разглежда жалби срещу решения на АСС. Макар пациентите да имат право на жалба пред съответния окръжен съд, подобни жалби са изключително малко на брой. При направено проучване за мнението на пациентите за работата на фонда се установява висока степен на удовлетвореност (83 %).³³

Нова Зеландия финансира цялата система за обезщетения от различни източници, включващи данъци, акцизи, такси, заплащани от работодатели, и др., тъй като АСС не обхваща само обезщетенията, свързани с медицинската помощ.

3.2. Други системи

Скандинавските системи за обезщетяване, както и тази в Нова Зеландия, се посочват като примери за добри практики, които могат да бъдат алтернативи на способите за дирене на деликтна отговорност. Все повече предложения в тази насока се чуват в САЩ, където големият брой на делата за медицински грешки и несигурността при определяне на размера на обезщетенията за неимуществени вреди и наказателните обезщетения са причина за пораждаване на дискусии около различни предложения за реформи в т.нар. *tort law*.³⁴

Отделни локални примери в САЩ могат да послужат за начало на една такава реформа.

През 1987 г.³⁵ например се установява, че заради големия брой дела срещу акушер-гинеколози във Вирджиния (САЩ) се увеличава размерът на застрахователните премии, като много застрахователни компании дори отказват да предоставят застраховки за тези специалисти. Така през 1988 г. за първи път в САЩ се създава програма за обезщетяване на родители, чиито деца са получили неврологични увреждания по време на раждане.³⁶ Целта на програмата е да се осигурят повече възможности за грижа за увредените деца, като едновременно с това се преодолее проблемите при застраховане на специалистите акушер-гинеколози.³⁷

³³ Вж. бел. под линия 23.

³⁴ Вж. бел. под линия 12.

³⁵ Вж. бел. под линия 23; 25 % от АГ специалистите във Вирджиния нямат застраховки.

³⁶ Virginia Birth-Related Neurological Compensation Act, VA (see Chapter 50 of Title 38.2 of the Code of Virginia).

³⁷ Аналогичен фонд е създаден и във Флорида.

Администрирането на програмата се осъществява от Комисията за компенсиране на служителите и работниците (WCC), а решенията се вземат от специален борд, който се състои от деветима членове, назначавани от губернатора на Вирджиния. Програмата се финансира чрез доброволното участие на лекари и лечебни заведения, които в замяна получават възможност да сключват застраховки с по-ниски застрахователни премии.

На обезщетяване подлежат вреди, настъпили в болница или при лекар, участващ в програмата. Необходимо е още родителите да докажат, че е настъпила вреда, дефинирана в чл. 38.2-5001 от Кодекса на Вирджиния.³⁸ Изслушването се осъществява от заместник-директора на WCC, който взема предвид мнението на панел от медицински специалисти. Недоволните от решението могат да поискат преразглеждане от WCC и да обжалват пред Апелативния съд. Около 70 % от исканията на родителите се уважават, а средният размер на обезщетението възлиза на близо 100 000 долара.³⁹

Друга система в САЩ, която следва принципите на *no fault* системите за обезщетяване, е създадена с приемането на Националния закон за компенсиране на пострадали от приложението на ваксини (National Vaccine Injury Compensation Act-NVICA). Тази система е въведена в резултат на нарастване на броя на съдебните дела срещу фармацевтични компании през 80-те години на XX век, което застрашава тяхната финансова стабилност и възможността да осигуряват адекватно ваксинално покритие и средства за нови проучвания в тази област.

³⁸ *Injury to the brain or spinal cord of an infant caused by the deprivation of oxygen or mechanical injury occurring in the course of labor, delivery or resuscitation necessitated by the deprivation of oxygen or mechanical injury that occurred in the course of labor or delivery, in a hospital which renders the infant permanently motorically disabled and (i) developmentally disabled or (ii) for infants sufficiently developed to be cognitively evaluated, cognitively disabled... such disability shall cause the infant to be permanently in need of assistance in all activities of daily living (Увреждане на мозъка или на гръбначния мозък на новородено, причинено от липсата на кислород, или механична увреда, настъпила по време на раждането или необходимите реанимационни дейности, довела до трайни моторни увреждания или увреждания в развитието (...) като това увреждане трябва да е станало причина детето да се нуждае постоянно от помощ при всички свои ежедневни дейности).*

³⁹ **Siegel, G., M. M. Mello, D. M. Studdert.** Adjudicating severe birth injury claims in Florida and Virginia: The experience of a landmark experiment in personal injury compensation. – American Journal of Law and Medicine, 2008, 34, 489–533.

За целта се създава специален списък с нежелани сериозни постваксинални реакции, при получаването на които се дължи обезщетение, без да е нужно да се доказва причинна връзка или неправилно поставяне на ваксината. В случай че родителите твърдят, че децата им са получили други реакции извън този списък, те трябва да докажат причинната връзка между имунизирването и вредите, които твърдят, че са настъпили.

Исканията на пациентите се разглеждат от Office of Special Masters of the Federal Claims Court, който е по-известен в САЩ като „Ваксиналния съд“. През 90-те години на XX век съдът буквално е засипан с искания за обезщетения от родители на деца с аутизъм, които са обединени за разглеждане⁴⁰, а впоследствие – изцяло отхвърлени през 2010 г.⁴¹

Извън тези конкретни примери за безвиновни системи за обезщетяване на вреди, причинени на пациенти, в САЩ се прилага т.нар. *tort law system*, която създава все по-сериозни проблеми в здравеопазването от гледна точка на размера на разходите, които се правят директно или индиректно (платени обезщетения и застрахователни премии). Последователно през 70-те и 80-те години на XX век са въведени някои промени, насочени към редуциране на броя на завежданите дела, определяне на максимални стойности на обезщетенията за неимуществени вреди и промяна в правилата, свързани с тежестта на доказване. Все по-често обаче се чуват предложения за замяна на тази система със системата на скандинавските държави.

Следвайки шведския модел, и Франция прави опит да предложи алтернативи на традиционните методи за обезщетяване на пациенти, като през 2002 г. създава Office national d'indemnisation des accidents merdicaux, des affections iatrogenes et des infections nosocomiales⁴² (ONIAM). Това е специален фонд за обезщетяване на пациенти, претърпели вреди в резултат на „медицински инциденти“, вътрешболнични инфекции и други, изрично изброени медицински дейности. Тази система е различна от шведската, защото е допълваща спрямо традиционните способности за обезвреда и е израз на „национална солидарност“.⁴³

За да възникне правото на обезщетение за пациента или неговите наследници, трябва да са налице следните изисквания:

- пациентът да не е получил обезщетение по силата на съдебно решение;
- пациентът да е претърпял вреди (смърт; временна неработоспособност за шест месеца; трайна неработоспособност; изключително тежки икономически затруднения);

⁴⁰ Omnibus Autism Proceedings.

⁴¹ *Cedillo v. Sec'y Health and Human Servs.*, 617 F. 3d I 328 (Fed. Cir. 2010).

⁴² Национален офис за компенсиране на медицински инциденти, ятрогенни състояния и нозокомиални инфекции.

⁴³ Art. L 1142-1 II, CSP.

• вредите да са настъпили в резултат на медицински инцидент⁴⁴; вътреболнична инфекция; ятрогенни причини.

Процедурата започва с подаването на жалба до специална комисия, която преценява дали са налице всички изисквания за определяне на обезщетение. В случай че решението на комисията е в полза на пациента, обезщетението се заплаща от застрахователя на изпълнителя на медицинската помощ (ако е установена вина) или от ONIAM (в останалите случаи). Някои автори критикуват ефективността на ONIAM – не само защото не носи всички характеристики на *no fault* системата, но и защото броят на съдебните искове срещу решенията на тази комисия постоянно нараства.⁴⁵ Смята се, че процедурата не е достатъчно открита, справедлива и приемлива, защото създателите ѝ поставят финансовата стабилност на първо място. Освен това е подложено на критика и обстоятелството, че двете системи (деликтната и административната) съществуват едновременно, а това усложнява ситуацията и не допринася за намаляване на броя на делата и за увеличаване на инициативите за повишаване на безопасността на пациентите.

4. Анализ на безвиновната система

Според някои автори⁴⁶ в рамките на алтернативните системи за компенсиране пациентите постигат по-бързо и по-справедливо възмездяване на претърпените вреди, отколкото при реализиране на деликтна отговорност по съдебен ред⁴⁷, което се доказва и от представените данни за времетраенето на административната процедура в разглежданите държави.

Най-голямото предимство на тези системи е ефектът им върху преодоляването на „културата на обвинение“ спрямо лекарите и лечебните заведения, което води до увеличаване на броя на докладваните случаи на медицински грешки и стимулира тяхното задълбочено анализиране. Този въпрос е от съществено значение за подобряване на качеството на медицинската помощ и безопасността на пациента.⁴⁸ Така например в Дания данните от анализите на нежеланите събития, за възникването на които пациентите търсят обезщетение, са достъпни за всички лечебни заведения, като

⁴⁴ Инцидент, свързан с лечебно-диагностични дейности, довел до абнормни последици за пациента, свързани с настоящото или бъдещото му здравословно състояние, или вътреболнична инфекция.

⁴⁵ **Watson, K., R. Kottenhagen.** Medical Liability in Europe. – In: European Health Law. Ed. Andre Van Exter, 2017, 479, p. 514.

⁴⁶ **Dute, J.** Medical malpractice Liability: No Easy Solutions. – EJHL, 2003, 85–90.

⁴⁷ **Kachalia, A. B., and others.** Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation. – SS&M, 2008, 66, 387–402.

⁴⁸ Вж. бел. под линия 12.

консорциумът води и съответния регистър. Поради това, че в базата данни не се съдържа информация за медицинския персонал, който е участвал в диагностицирането и лечението на съответния пациент, лекарите и другите медицински специалисти не се страхуват да докладват за настъпили нежелани събития при лечението на пациентите им.

Според Препоръките на Съвета на ЕС⁴⁹ и на Европейската комисия⁵⁰ докладването на нежеланите събития и извеждането на поуки след анализирането им, без някой да бъде критикуван и обвиняван, са отлични инструменти за подобряване на безопасността на пациентите. Традиционните системи за обезщетяване, базирани на деликтното право обаче, са по-скоро несъвместими с тези идеи. Според авторите, които поддържат тази теза, деликтното право е инструмент за обезщетяване на отделни лица, но няма никакъв принос към разрешаване на по-големия (и по-значим) проблем за промяна на културата на безопасност. Накратко, смята се, че ангажирането на деликтната отговорност не подобрява безопасността на пациентите, а е само „ретроспективен инструмент за компенсиране на тези, които са предприели някакви правни действия срещу нарушителя“.⁵¹

Разбира се, има и автори, които критикуват безвиновните системи и твърдят, че по този начин се избягва търсенето на лична отговорност от медицинските специалисти и се пренебрегва възпиращата роля на деликтната отговорност.⁵² Като контрапункт на тази теза се посочва, че възможността за реализиране на деликтна отговорност въобще няма подобен ефект⁵³ върху медицинските специалисти. Нещо повече, тя е причина за възникване на отклонения от стандартното поведение на лекарите, изразяващи се в практикуването на дефанзивна медицина от страх, че може да бъдат подведени под деликтна отговорност.

В много от случаите освен това исковете се насочват директно към лечебното заведение, а не към конкретния медицински специалист, което също опровергава тезата, че деликтната отговорност има възпиращ ефект спрямо отделни професионалисти в здравеопазването. В Дания например е недопустим регресният иск срещу

⁴⁹ Council of the EU: Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including prevention and control of healthcare-associated infections. 2009 OJ C151/01' Notice No 2009/C151/01.

⁵⁰ European Commission: Patient Safety and Healthcare Associated Infections. Report of the Commission to the Council (COM 2004 371).

⁵¹ **Quick, O.** Patient safety and the problem and potential of law. – Journal of Professional Negligence, 2012, 28, p. 82.

⁵² **Furrow, B. R.** The Patient Injury Epidemic: Medical Malpractice Litigation As A Curative Tool. – Drexel Law Review, 2011, 4, 41–107.

⁵³ **Eyben, B. V.** Tort Liability and patient insurance schemes-their influence on quality of care. – NFT 4, 1997, 383–388.

служителя, причинил увреждането.⁵⁴ В България такъв иск би бил неоснователен.⁵⁵

Само по една четвърт от делата за медицински деликти в България исковете се предявяват срещу лекарите – обикновено исковете се насочват едновременно и срещу лечебното заведение, което им е възложило работата. В останалите случаи като ответници се конституират само лечебни заведения за болнична помощ. Ето и графика:



Актуалната съдебна практика в България е категорична, че регресният иск на осъденото лечебно заведение към медицинския специалист би бил неоснователен.

„Регресната отговорност е уредена законодателно както в общия закон – ЗЗД, така и в специализираните закони (...). ВКС приема, че „при причинена вреда на работодателя по небрежност при или по повод на изпълнение на трудовите задължения работникът или служителят отговарят в размер на вредата, но не повече от уговореното месечно трудово възнаграждение – чл. 206, ал. 1 във връзка с чл. 203, ал. 1 от КТ“.⁵⁶ Иск по чл. 54 ЗЗД обаче е неоснователен⁵⁷ – освен когато

⁵⁴ Вж бел. под линия 23.

⁵⁵ Вж. бел. под линия 1.

⁵⁶ Решение от 5.04.2012 г. по в. гр. д. № 4098/2011 г. на Софийския апелативен съд; свързани дела: гр. д. № 580/2010 г. на Окръжния съд – Перник, гр. д. № 841/2012 г. на ВКС (не допуска до кас. обжалване).

⁵⁷ Пак там.

вредата е причинена умишлено или в резултат на престъпление⁵⁸, отговорността на работника и служителя е ограничена и се реализира по реда и в сроковете, предвидени в чл. 203 и сл. КТ.

Следователно възможността за реализиране на деликтна отговорност няма предупредителен ефект върху медицинския персонал и не се явява стимул за повишаване на качеството на медицинската помощ, която отделните специалисти оказват. Освен това много автори споделят, че подобряването на качеството на медицинската помощ следва да се стимулира чрез използването на други инструменти: създаване на критерии за качество на медицинската помощ, осъществяване на административен контрол, обвързване на плащанията към лечебните заведения с качеството (т.нар. *value-based care*).⁵⁹

Споделят се и опасения, че безвиновните системи увеличават броя на пациентите, получаващи компенсация, и по този начин се разширява обхватът на вредите, подлежащи на обезщетяване. Това според някои критици ще доведе до увеличаване на разходите в здравеопазването.⁶⁰ Действително в някои държави (например Дания и Швеция⁶¹) се наблюдава увеличаване на броя на претенциите от страна на пациентите след имплементирането на посочените системи за компенсиране, но едновременно с това се въвеждат ясни и точни критерии за определяне на видовете обезщетения и техния размер, докато в останалите държави (включително България) съществува неяснота и несигурност относно размера на обезщетенията за неимуществени вреди, които съдът присъжда.

Така например в Нова Зеландия вредите се подразделят на четири групи (минимални, големи, сериозни, изключителни), като средният размер на присъдените обезщетения е съответно 2600, 9335, 36 500, 71 000 долара.⁶² В Дания размерът на обезщетенията се определя от TLA, като е предвидена граница от 420 000 долара за бъдещи имуществени вреди, за неимуществени вреди – 7000 долара, а обезщетенията за неимуществени вреди, причинени от трайна инвалидизация, са ограничени до 48 000 долара.⁶³ В Швеция са изготвени специални таблици според вида на уврежда-

⁵⁸ Решение по в. гр. д. № 247/2014г. на Апелативния съд – Варна; свързани дела: гр. д. № 60/2012 г. на Окръжния съд – Силистра, и гр. д. № 6735/2014 г. (допуска кас. обжалване и постановява решение по чл. 290 ГПК).

⁵⁹ **Dute, J.** Medical Malpractice Liability: No Easy Solutions. – *European Journal of Health Law*, 2003, 85–91.

⁶⁰ **Vandersteegen, T. and others.** The impact of no-fault compensation on health care expenditures: An empirical study of OECD countries. – *Health Policy*, 2015, 119, 367–374.

⁶¹ Вж. бел. под линия 16.

⁶² Вж. бел. под линия 23.

⁶³ Вж. бел. под линия 16.

нето (засегнат орган или част от тялото) и процент загуба на работоспособност, които се ползват за точно определяне на размера на обезщетението.⁶⁴ По този начин не само се постига предвидимост на разходите, но се преодоляват дисбалансите и несигурността при определяне на размера на обезщетенията, каквито са констатирани например в България.⁶⁵

5. Заключение

Предложеният анализ представя възможните алтернативи на деликтната отговорност, но, разбира се, не предлага универсални решения на проблема за обезщетяването на пациентите, претърпели вреди при или по повод оказана медицинска помощ. Със сигурност безвиновните системи осигуряват по-бърз и лесен достъп до обезщетение на пациентите, но и поставят ограничения в размера им. В допълнение претенциите на пациентите се разглеждат от специалисти, които са включени в състава на съответния административен орган, за разлика от съдебните производства, в които често се изпитват затруднения при назначаването на експерти. Освен това разходите за набиране на средства във фондовете и администрирането на исканията се очаква да бъдат високи и да се поемат от всички, докато при сегашната система се поемат от страните по делото. В същото време обаче тези системи позволяват по-лесното въвеждане и приложение на препоръките за повишаване на качеството на медицинската помощ, което ще е от полза за цялата здравна система.

⁶⁴ **KajEssinger.** The Swedish Medical Injury Insurance: достъпно на http://www.v.m.gov.lv/images/userfiles/phoebe/ministrija_sabiedribas_lidzdaliba_ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/zviedrijas_traumu_apdrosin.pdf.

⁶⁵ Вж. бел. под линия 4.