

# МЕДИАЦИОННИ ПРАКТИКИ ПРИ РАЗРЕШАВАНЕ НА КОНФЛИКТИ „ЛЕКАР – ПАЦИЕНТ“

*Доц. д-р Галина Йолова*  
*Икономически университет – Варна*

## MEDIATION PRACTICES IN DOCTOR – PATIENT CONFLICT RESOLUTION

*Assoc. Prof. Galina Yolova*  
*University of Economics – Varna*

**Резюме:** Разработката анализира някои типични аспекти от конфликтите „лекар – пациент“, като анализира политиките за тяхното преодоляване през призмата на общите здравни стратегии, както и предвид възможни варианти за прилагане на медиационни процедури. Въз основа на анализа се обосновават предложения за въвеждане на добри практики към конкретни специализирани администрации, както и възможни хипотези за оформяне на законодателни промени.

**Ключови думи:** *медиация, конфликт „лекар – пациент“, пациентски права*

**Abstract:** The paper analyses some typical aspects of doctor-patient conflicts, looking at policies to address them through the lens of general health strategies, and considering possible options for implementing mediation procedures. On the basis of the analysis, proposals for introducing good practices to specific specialized administrations are justified, as well as possible hypotheses for shaping legislative changes.

**Key words:** *mediation, patient, doctor-patient conflict, patient rights*

### **Въведение**

Спецификите на развитие на отношенията при предоставяне на медицинско обслужване на различните нива на функциониране на болничната и извънболничната помощ може би в най-голяма степен предполагат, а и винаги са били свързани с повишена конфликтност в отношенията на участващите страни. От една страна, засягайки в най-значителна степен базисни пациентски права, в това число дос-

тъп до навременна, достъпна, качествена и ефективна медицинска помощ, както и справедливо и недискриминационно здравно обслужване, те се явяват основа за развитие на специфична и изострена конфликтогенна обстановка. От друга, предполагаемото и нужно високо ниво на поверителност, доверие и емпатия при реализиране правото на медицинска помощ неизбежно създава ситуация на изострени очаквания, неоправдаването или слабото оправдаване, на които се отразява в една или друга степен в различен по естеството си междуличностен конфликт.

В този смисъл управлението на конфликтите в сферата на здравеопазването и нуждата от установяването му като ефикасен инструмент за осигуряване качеството и безопасността на грижите за пациентите, от една страна, и здравословна работна среда за изпълнителите на медицинска помощ, от друга, е основен елемент на водещите здравни стратегии и политики<sup>1</sup>, като еволюцията в разбирането им фокусира върху разработването на систематика от мерки за култура на безопасност при предоставянето на здравни услуги дотолкова, доколкото медицинските грешки са най-честата причина за пораждаване на изострени конфликти. В този смисъл основателно в Националната здравна стратегия 2030 се изтъква, че „рисковете, свързани с безопасността при оказване на здравни услуги, са голямо и нарастващо глобално предизвикателство за общественото здраве в световен мащаб. По данни на СЗО милиони пациенти са потърпевши всяка година от опасни здравни грижи, което води до

---

<sup>1</sup> Национална здравна стратегия 2020, в Политика 2.8. „Осигуряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване“, са включени следните мерки – 2.8.4. Обучение в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване, комуникацията „пациент – медицински специалисти“ и управлението на конфликти; 2.8.6. Партньорство и ясно дефиниране на отговорностите на всички участници (институции и организации на национално, регионално и локално ниво) в процеса на осигуряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване; вкл. развиване на международното сътрудничество в тази област; 2.8.7. Оптимизиране на контрола върху качеството и безопасността на медицинското обслужване по места. В Националната здравна стратегия 2021 – 2030 се доразвива понятието за качеството и обхвата на медицинската грижа чрез разбирането, че основните измерения на качеството на медицинските услуги са намаляване на риска за пациентите от причиняване на вреда в хода на диагностично-лечебния процес, своевременност на диагностичните и лечебните процедури, ефикасност и ефективност на лечението, равнопоставеност в грижите за пациентите и уважение, отговорност и индивидуален подход към всеки, потърсил медицинска помощ.

2,6 милиона смъртни случая годишно само в страните с нисък и среден доход. Огласяването на данни за подобни инциденти води до намаляване на общественото доверие в здравните системи и създава нежелани конфликтни ситуации. Здравните работници, замесени в сериозни инциденти, включващи смърт или сериозно увреждане на пациент, също могат да претърпят трайно психологическо увреждане и дълбоко вкоренени чувства на вина и самокритика.“

В тази връзка е и приетият през 2021 г. от СЗО Глобален план за действие за безопасност на пациентите 2021 – 2030 г., акцентиращ на спешната нужда от адаптиране на националните здравни системи към „култура за безопасност на пациентите, която насърчава партньорството с тях, насърчава докладването и ученето от грешки и създава среда без вина, в която здравните работници са овластени и обучени да намаляват грешките“.

Както е имало случай да се отбележи, всичко това обосновава нуждата от намиране на качествено нови и същевременно достатъчно адекватни, гъвкави и допустими варианти за разрешаване на конфликти в сферата на здравеопазването и най-вече – преодоляването им по взаимноприемлив, морално оправдан и справедлив в съответствие с интересите и правата на субектите начин (Йолова 2021).

**Цел на настоящата разработка** е да изследва и анализира приложението на медиационните практики като възможен и ефикасен инструмент за навременно и справедливо преодоляване на конфликти при осъществяване правото на медицинска помощ и предвид защита на пациентските права.

В изпълнение на целта са и поставените следни **изследователски задачи**, а именно:

1. да се очертаят някои типични аспекти на възникване на конфликти в отношенията „лекар – пациент“,
2. да се анализират вариантите за предотвратяване на конфликти, както и установяване и приложение на медиационните практики при тяхното разрешаване,
3. да обосноват предложения за въвеждане на добри практики и възможни хипотези за оформяне на законодателни промени.

Методологията на изследването включва аналитичен, формално-юридически и нормативен подход.

Материалът е съобразен със законодателството към 30 май 2023 г.

## Изложение

Възможните и най-често установени като практика на изпълнителите форми на конфликтност при оказване на медицинска помощ могат да се очертаят на няколко основни нива, а именно:

1. отсъствие на достъп до навременна медицинска помощ и свързаните с това вреди, отсъствие или намаляване ефикасността на лечението;

2. некачествена медицинска помощ, основана на ненавременност, слаба ефективност, липса на алтернативи в лечението или прилаганите процедури;

3. дискриминационност в здравното обслужване или липса на достъп до спешна или първична медицинска помощ;

4. отсъствие или недобро прилагане изискванията за информирано съгласие на пациента преди предприемането на хирургични интервенции, обща анестезия, инвазивни и други диагностични и терапевтични методи, които водят до повишен риск за живота и здравето му и/или уведомяването му за диагнозата и характера на заболяването, за целите и естеството на лечението, за разумните диагностични и терапевтични алтернативи, очакваните резултати, евентуалните рискове, свързани с предлаганите на пациента диагностично-лечебни методи, за вероятността за благоприятни методи;

5. лекарски грешки в следствие на неправилно избрано или неправилно прилагано лечение.

Всички те касаят, макар и в различна степен, една изострена конфликтност, предполагаща различни механизми за преодоляване досежно техния интензитет и влиянието им върху конкретно отношение – в частност, и върху правата на пациента – въобще. В строго формален аспект правните механизми за защитата им са преимуществено в обсега на предвидените административни процедури, прилагани съгласно текста на чл. 93 ЗЗ при жалби и сигнали от пациенти или други оправомощени лица до регионалната здравна инспекция при нарушаване на пациентски права и спорове, свързани с медицинското обслужване, както и предвид налагането на санкции по ЗЗО и по реда на ЗАНН, установени с актове на длъжностни лица от Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ (чл. 105и ЗЗО).

Същевременно случаите на лекарски грешки и/или неправилно прилагане института на информираното съгласие и свързаните с това

последници са свързани с тежки и продължителни съдебни процедури (Шаркова 2018), засягащи в еднаква степен както личните права на конкретния пациент, така и степента на обществено доверие и отсъствието на обществени очаквания за цялостната система на етика и безопасност при предоставянето на медицински услуги.

Повече от очевидно е, че нуждата от преодоляване на конфликта следва да се търси чрез механизмите на неговото профилиране, преди момента на неговото ескалиране или посредством медиационни практики, допускащи намирането, и то от страните на конфликта, на взаимноудовлетворяващо решение при създаване и запазване атмосфера на доверие дотолкова, доколкото по естеството си здравните правоотношения са продължаващи и предполагат трайна и нееднократна комуникация на интереси.

Класическото разбиране за конфликта и вариантите за неговото разрешаване в конкретна организация, което считаме относимо и към отделните лечебни заведения, се основава на въпросника на К. Томас – Р. Килмън (Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument – TKI (Herk NA, Thompson RC, Thomas KW, Kilmann RH. 2011), използван за определяне стила на поведение в конфликтни ситуации, където оценката на поведението на участниците в междуличностни конфликти се описва в измеренията асертивност (предвид степента, в която субектът се опитва да удовлетвори собствените си интереси) и кооперативност (разбирана като степен, в която той се опитва да удовлетвори интересите на срещнатата страна в конфликта). Предвид тези две основни измерения се установяват и петте възможни стила за справяне с конфликта, а именно – съперничество (асертивен и несътруднически, при който индивидът се опитва да задоволи собствените интереси, без да взема предвид позицията на другата страна), сътрудничество (едновременно асертивен и кооперативен, който е насочен към разработване на решение, целящо удовлетворяване на интересите и на двете страни), компромис (чрез размяна на отстъпки между опонентите с цел постигане на взаимно приемливо споразумение, удовлетворяващо ги, но само частично), избягване (наличие на липса на готовност за коопериране и отсъствие на стремеж за задоволяване на собствените интереси, изразяващо се най-често в пасивно оттегляне или в активно потискане на проблема в конфликтната ситуация) и приспособяване (неасертивен, но едновременно с това сътруднически, чрез пренебрегване на собствените интереси, за да се удовлетворят желанията на другата страна) (Кутлев 2004).

Дотолкова, доколкото се приема, че с оглед спецификите на комуникацията медиацията е изключително подходяща при твърде емоционални по характер отношения, но както и при такива, които по необходимост следва да продължат (Славова, Л., В. Иванова 2019; Андреева 2020), е повече от видно, че приложим е приоритетно методът на сътрудничество, като основен метод, на който се базира и медиационната процедура.

Установяване на тенденции по трайни медиационни практики при разрешаване на конфликти „лекар – пациент“ следва да се търси в общите политики по изграждане на култура на безопасност, както и в практиките на специализираните органи – Дирекция „Защита правата на пациентите“ към МЗ и Обществения съвет по правата на пациентите.

Като се основава на разбирането, че повишаването на безопасността на здравните услуги е съществена част от трансформирането на здравната система, в НЗС 2030 под култура на безопасност се разбира „избягването на непреднамерено или неочаквано увреждане на хората по време на предоставянето на здравни грижи. Това означава пациентите да бъдат лекувани, а здравните работници да работят в безопасна среда и защитени от вреда, която може да се избегне.“

Реализацията на политиката за безопасност в здравеопазването се предполага да включва координирани действия за утвърждаване на култура, процеси, процедури, технологии и среда в здравеопазването, които последователно и устойчиво да намаляват рисковете от появата на вреда, която може да бъде избегната и да намаляват въздействието на вредата, когато се случи да възникне, както и да се подкрепят медицинските специалисти и лечебните заведения да споделят информация за безопасността и да осигурят на хората – пациенти и персонал – умения, увереност, както и механизми за подобряване на безопасността.

В тази връзка са и маркираните в НЗС 2030 мерки за създаване на култура на безопасност, в това число:

➤ обучение на работещите в сферата на здравеопазването на работното място, както и в продължаващото професионално развитие, за развиването на необходимите умения за управление и за възприемане на промени в поведението, необходими за подобряване на безопасността на пациентите;

➤ включване на пациенти, съсловни организации и пациентски организации при определяне на политиките на безопасност чрез развиване на каналите за комуникация с тях;

➤ осигуряване и гарантиране на максимален достъп на пациентите до информация за предоставяните им здравни услуги и прилаганите стандарти за безопасност с цел споделено вземане на решения в момента на грижата, както и за процедурите за подаване на сигнали, оплаквания и др.;

➤ насърчаване комуникациите между пациентите и медицинските специалисти и ръководствата на лечебните заведения при обсъждане на потенциални или възникнали инциденти с изясняване на проблемите и причините за тях;

➤ въвеждането на системи за докладване на инциденти с цел профилактиране и избягване в бъдещата практика, както и свързаната с това промяна формите на контрол от реактивно към активно (проспективно) одитиране, базирано на информация и предварителната оценка на риска;<sup>2</sup>

➤ прилагането на инструментариума на риск мениджмънта като част от практиката в лечебните заведения, като риск базираният контрол ще позволи да се компенсира недостигът на капацитет на контролните органи чрез максимално ефективно насочване на ресурсите им към области на медицинска дейност и конкретни обекти, при които е налице най-висок риск за безопасността на пациентите;

➤ повишаване знанията и уменията на медицинските специалисти чрез обучения в областта на безопасността на здравните услуги, комуникацията „пациент – медицински специалисти“, управлението на конфликти и др.

Що касае специализираните администрации, ангажирани с пациентските права, в частност – Дирекция „Защита правата на пациентите“ към МЗ (чл. 42, т. 1-10 Устройствен правилник на Министерството на здравеопазването (в сила от 01.04.2019 г., приет с ПМС №55 от 28.03.2019 г., обн. ДВ, бр. 26 от 29 март 2019 г., попр. ДВ, бр. 30 от 9 април 2019 г.) и Обществения съвет по правата на пациентите към министъра на здравеопазването, то следва да отбележим,

---

<sup>2</sup> При изследването на нежеланите събития ще се поощрява подходът на системния анализ, за да се разбере как човешкият фактор, медицинските изделия, организациите и фармацевтичните продукти си взаимодействат за създаване на безопасни условия в здравния сектор.

че предвидените досежно тях функции са приоритетно оперативни и сравнително слабо ориентирани към преодоляване на конкретни конфликтни ситуации, касаещи нарушени пациентски права. Така на нивото на вменените в компетентност на Дирекцията правомощия да участва в проверки по сигнали и да предоставя консултативна помощ по проблемите, свързани с правата на пациентите, е добре де леге ференда да се обмислят варианти за включване на медиационни процедури по разрешаване на конкретни спорове. Това касае и Обществения съвет по правата на пациентите, където на нивото на правомощията му да наблюдава и анализира всички дейности, свързани с правата на пациентите (чл. 3, ал. 1, т. 1 от Правилника за организацията и дейността на Обществения съвет по правата на пациента (издаден от министъра на здравеопазването, обн. ДВ, бр. 48 от 24 юни 2011 г.) е възможно трайно установяване на подобни практики, ангажирани с преодоляване и профилактиране на конфликтни ситуации.

В един по-широк аспект считаме за удачно включването на спорове по конфликти за нарушени пациентски права към хипотезите на насочване към медиация по арг. чл. 140а, ал. 2 ГПК и във вр. с ал. 3, т. 1- 7 ГПК<sup>3</sup> дотолкова, доколкото се касае за възможност за намиране на взаимноприемливо решение с максимална причастност на страните и съответното ѝ усещане за справедлив, а не компромисен резултат.

Същевременно въвеждането фигурата на медиатор в конкретни лечебни заведения, прочее нечужда на редица чуждестранни практики и законодателства (Йолова 2022), е успешен вариант за навременно овладяване на конфликтни ситуации в условията на най-добро познаване на установените там практики, преобладаващи конфликтогенни ситуации, както и намирането на възможно най-добро, удовлетворяващо и контролирано и от двете страни решение, при това с най-високо ниво на пациентска удовлетвореност.

---

<sup>3</sup> Съдът преценява дали спорът е подходящ за препращане към медиация, като съобразява всички обстоятелства, свързани с него, включително когато: 1. между страните са налице трайни отношения; 2. между страните се водят или са водени няколко дела, които имат връзка помежду си; 3. по делото са предявени множество искове или насрещни претенции; 4. разноските за производството може значително да надхвърлят материалния интерес по делото; 5. бързото доброволно разрешаване на спора е в интерес на страните или на детето; 6. основните обстоятелства, от които произтичат претендираните права и възражения, са безспорни; 7. са налице други обстоятелства, които сочат, че спорът е подходящ за медиация.



## Заклучение

Намирането на адекватни вариант за преодоляване на конфликтите „лекар – пациент“ безспорно следва да е належащ приоритет както на стратегическите политики за развитие на здравеопазването, касаещи изграждане на култура на безопасност на здравните услуги, така и на адекватни законодателни решения по въвеждане на медиационни процедури, предшествващи или преюдициални на спорове за нарушени пациентски права. В посочения смисъл непрекъснатото установяване на практики и умения по овладяване на конфликти чрез обучение на изпълнителите, но и насочването на спорове към процедури по медиация по арт. чл. 140а, ал. 2 ГПК и във вр. с ал. 3, т. 1- 7 ГПК биха били успешен механизъм за установяване на трайна стабилност в обществените очаквания както за едно качествено ново ниво на пациентска грижа, така и за безконфликтна и отговорна медицинска среда.“

## Използвана литература:

1. Herk NA, Thompson RC, Thomas KW, Kilmann RH. (2011). International Technical Brief for the Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. CPP, Inc.
2. Андреева, А. (2020). Медиацията в сферата на висшето образование – иновативен модел за комуникация в българските университети. // Сборник доклади от национална кръгла маса „Приложение на медиацията в различните обществени сфери“, с. 10. Варна: Наука и икономика.
3. Йолова, Г. (2022). За болничния омбудсман в светлината на медиационните практики за управление на конфликти и разрешаване на спорове. // Медиацията в различните обществени сфери (The Mediation in the Different Public Spheres). Сборник с доклади, с. 20-32. Варна: Наука и икономика.
4. Кутлев, Д. (2004). Детерминанти на стиловете за справяне с междуличностни конфликти. София: НАЦИД.
5. Славова, Л., Иванова, В. (2019). Правна уредба на медиацията в България – предизвикателства и съвременни тенденции. // Правото и бизнесът в съвременното общество. Сборник доклади, с. 185-193. Варна: Наука и икономика.

6. Шаркова, М. (2018). Медицинският деликт. София: Център за обучение на адвокати „Кръстю Цончев“.
7. Национална здравна стратегия 2020 (<https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2020/>)
8. Национална здравна стратегия 2021 – 2030 ([https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2020/12/29/proekt\\_na\\_natsionalna\\_zdravna\\_strategiia\\_2021-\\_2030.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/12/29/proekt_na_natsionalna_zdravna_strategiia_2021-_2030.pdf)).
9. Национална здравна стратегия (проект), с. 61 ([https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2022/07/26/proekt\\_nzs\\_2030\\_.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/07/26/proekt_nzs_2030_.pdf)).

**За контакти:**

Доц. д-р Галина Йолова  
Икономически университет – Варна  
[ina\\_yolova@ue-varna.bg](mailto:ina_yolova@ue-varna.bg)