



УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО

Духът прави силата

УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И СВЕТОВНО СТОПАНСТВО

ЮРИДИЧЕСКИ ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА „ЧАСТНОПРАВНИ НАУКИ“



**„НЕКАЧЕСТВЕНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ КАТО ОСНОВАНИЕ ЗА
ГРАЖДАНСКА ОТГОВОРНОСТ“**

АВТОРЕФЕРАТ

За присъждане на образователна и научна степен „Доктор“ по професионално
направление 3.6. Право

Докторска програма: Гражданско и семейно право

Докторант на самостоятелна подготовка:

Мария Георгиева Шаркова

Научен ръководител:

Доц. д-р Захари Торманов

София, 2024 г.

Съдържание

<i>I. Обща характеристика на дисертационния труд</i>	3
§1. Значимост на изследването	3
§2. Предмет и задачи на изследването	5
§3. Методи на изследването.....	7
§4. Научна новост на изследването	8
§5. Практическо значение на изследването.....	11
§6. Обем и структура на дисертационния труд.....	13
<i>II. Съдържание на дисертационния труд</i>	15
§1. Увод.....	15
§2. Глава първа	15
§3. Глава втора	20
§4. Глава трета	24
§5. Заключение.....	39
<i>III. Публикации по темата на дисертацията</i>	40

I. Обща характеристика на дисертационния труд

§1. Значимост на изследването

Обществените отношения, свързани с предоставяне на медицинска помощ, представляват важна и чувствителна тема за всеки гражданин, тъй като са свързани с реализирането и гарантирането на основни човешки права – правото на здраве и живот. По данни на СЗО причиняването на вреди на пациенти по време на лечение в резултат на инциденти, несвързани с протичащото заболяване, а с медицинското обслужване, са на 14-то място в световен мащаб сред причините за заболяемост и смърт заедно с туберкулозата и маларията. Приема се, че при 421 милиона хоспитализации годишно в лечебните заведения настъпват приблизително 42,7 милиона такива събития.¹

Съвременната медицинска наука демонстрира изключителен напредък по отношение на лечението на тежки социално-значими заболявания, използването на нови технологии и въвеждането на нови диагностични и лечебни методи. В същото време пациентите стават все по-взискателни и по-информирани за своите права. В свой доклад Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (OECD)² посочва, че благодарение на дейността на активисти и организации, както и на провеждането на информационни кампании, организирани от юристи и медии, пациентите са по-добре информирани за своите права, включително за правото им да получат качествена медицинска помощ и да бъдат компенсирани, ако по време на лечение бъдат увредени.

Затова качеството на медицинската помощ следва да бъде разгледано не само като понятие, използвано в управлението на здравните системи и изработване на здравни политики. Необходим е неговият анализ като понятие с правно значение, което има пряка и непосредствена връзка с възникването на гражданска отговорност за медицински специалисти и лечебни заведения. Подобно проучване заслужава усилия и защото в целия свят в последните двадесет години се наблюдава тенденция към постепенното увеличаване на броя на съдебните спорове, възникващи по повод настъпило увреждане на пациент, свързано с лечение, в това число и в България³. А в страната ни само за периода от 2015 г. до 2021 г. се наблюдава трайно нарастване на средния брой съдебни

¹ <http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>, последно достъпна на 30.12.2023 г. Приема се, че вероятността да пострадаш при самолетна катастрофа е 1:1000 000, докато вероятността пациентът да пострада при или по повод оказване на медицинска помощ е 1:300.

² OECD Medical Malpractice, Prevention, Insurance and Coverage Options, Policy Issues in Insurance No 11 (2006)

³ **Jena. A.B. and others.** Physician spending and subsequent risk of malpractice claims. *BMJ*, 2015. Вж. също и **D.M.Studdert and others** "Prevalence and Characteristics of Physicians Prone to Malpractice Claims 374 *NEJM* 354-362, Australia, *bmj Quality and Safety in Health Care* 22 (2013), 532-540.

искове за обезщетение на пациенти за вреди, настъпили при оказване на медицинска помощ, в сравнение с периода от 2007 г. до 2014 г.⁴

Изследването на въпроса за оказване на некачествена медицинска помощ и връзката ѝ с гражданската отговорност на съответните субекти е особено важно. Този проблем засяга всеки един човек, тъй като се намира в пряка връзка с гарантирането и реализирането на правото на здраве и живот. Значимостта на проблема се свързва и с приетите в последните години голям брой нормативни (законови и подзаконови) актове в областта на здравеопазването, които оказват пряко въздействие върху правилата за работа на медицинските специалисти и лечебните заведения. Обсъждането им в контекста на дефинирането на некачествената медицинска помощ допринася за изясняването на проблема за отговорността в тази сфера от обществения живот.

Не на последно място данните, събрани чрез анализ на 580 съдебни дела по искове за обезщетение на пациенти за причинени вреди при оказване на медицинска помощ, показват не само тенденция към нарастване на техния брой, но и към увеличаване на размера на присъжданите обезщетения за неимуществени вреди⁵. Този факт може сериозно да повлияе не само върху финансовото състояние и стабилността на лечебните заведения, но и върху поведението на медицинските специалисти. Това изисква последните да разпознават това явление в практиката си, както и да бъдат информирани за правните последици от оказването на некачествена медицинска помощ.

Изясняването на редица понятия, относими към предоставянето на некачествената медицинска помощ, на методите за разпознаването ѝ като правнорелевантно явление и на последиците ѝ ще подпомогне и правораздавателната

⁴ Авторът на дисертационния труд е изследвал съдебните актове, постановени по 580 съдебни дела, образувани пред българските съдилища срещу лечебни заведения и медицински специалисти в периода от 2007 г. до 2023 г., като информацията е събрана чрез Централния уеб базиран интерфейс за постановени съдебни актове (ЦУБИПСА) и чрез използване на Закона за достъп до обществена информация (ЗДОИ) и Електронен портал за електронно правосъдие (ЕПЕП). Установява се, че в периода 2007-2023 г. броят на заведените съдебни дела за период от една година нараства от средно 20 съдебни производства годишно до 2015 г. на средно 40 в периода от 2015-2019 г. до средно 60 производства в периода 2019-2023 г.

⁵ В сп. „Юридически барометър“, бр. 19/2019 г., издание на Центъра за правни инициативи, авторът на настоящия дисертационен труд представи анализ на данните, събрани чрез изследване на 458 дела в областта на медицинските деликти. В един от представените примери ищецът е предявил иск за заплащане на обезщетение за неимуществени вреди в размер на 900 000 лв. и е бил освободен от заплащането на държавна такса и на възнаграждение за вещи лица. Впоследствие съдът е присъдил обезщетение в размер на 400 000 лв. и законна лихва за забава, възлизаща на сумата от 144 300 лв. Общата дължима сума възлиза на 580 000 лв., ведно с присъдените в тежест на ответника по делото разноски. Ответникът е лечебно заведение за болнична помощ, намиращо се в областен град, като по данни, публикувани на електронната страница на НЗОК, средният размер на заплатените средства за оказване на болнична медицинска помощ на това лечебно заведение е 80 000 лв. месечно, а годишните приходи от НЗОК възлизат на около 1 млн. лв. в зависимост от конкретната година. Това означава, че общата сума, която лечебното заведение е следвало да заплати, надвишава размера на основния приход на болницата за период от половин година.

дейност, чрез която се осигурява защита на нарушените основни човешки права на здраве и живот.

§2. Предмет и задачи на изследването

Изследването разглежда понятието качествена медицинска помощ като единно понятие със значение в административното и гражданското право. Чрез дефинирането му се достига до същността на неговия противоположен образ – некачествената медицинска помощ, нейните проявления и начини за установяване. Некачествената медицинска помощ е анализирана от гледище на нейното значение за възникване на гражданска отговорност.

От предмета на изследването са изключени въпросите за административнонаказателната отговорност на медицинските специалисти и лечебни заведения при нарушаване на правата на пациентите, в това число и правото на качествена медицинска помощ. Извън обхвата на труда остава и наказателната отговорност за причиняване на смърт или телесни повреди при упражняване на професията медицински специалист.

С оглед изясняването и открояването на изследваното понятие са направени сравнения и отграничения на некачествената медицинска помощ от сходни понятия и институти, като анализът на последните е само с оглед поставената задача, без да се цели пълното им изясняване. Извън обхвата на труда остават други неправомерни юридически факти, които са основание за възникване на гражданска отговорност — например нарушаване на етични правила при оказване на медицинска помощ⁶.

Изследването няма за цел да обхване всички правни последици от оказването на некачествена медицинска помощ, а е съсредоточено основно върху най-разпространената последица – гражданската отговорност. На съответните места в труда ще бъдат споменати и други възможни правни последици, но само с цел сравнение или за пълнота на изложените тези и съждения.

Накрая е важно да се отбележи, че трудът се занимава основно с разкриването на същността на понятието „некачествена медицинска помощ“ и гражданската отговорност като последица от това специфично явление в здравеопазването. Некачествената

⁶ В редица свои съдебни актове ВКС приема, че „на обезщетяване по общия ред подлежат всички вреди, включително и тези, които са причинени в резултат на поведение, изразяващо се в незачитане и несъобразяване с етични правила и норми. (Вж. напр. Р. от 13.09.2010 г. по гр. д. № 1329/2009 г. на ВКС; свързани дела: в. гр. д. № 1379/2007 г. на Окръжния съд – Варна, гр. д. № 3651/2005 г. на Районния съд – Варна).

медицинска помощ е разгледана като неправилен юридически факт, който е обективно основание на гражданската отговорност. Изследването се спира и на субективното основание на гражданската отговорност – дължимата грижа и нейната връзка с понятието „некачествена медицинска помощ“. Поради широкия обхват на проблема за гражданската отговорност на медицинските специалисти и лечебните заведения, извън обхвата на изследването остават причинната връзка и въпросите за имуществените и неимуществените вреди, които могат да настъпят в резултат от оказване на некачествена медицинска помощ.

Задачата, която се поставя в дисертационния труд, е бъде изяснено понятието „некачествена медицинска помощ“ и неговите правни последици, в частност възникването на гражданска отговорност. В този аспект в изследването намират решение следните **конкретни задачи**:

- ✓ изясняване на понятието „качествена медицинска помощ“ като субективно право на пациента;
- ✓ изясняване на основни понятия, свързани с правоотношението, възникващо във връзка с оказване на медицинска помощ, в това число специфичните субекти на правоотношението, предметът на правоотношението и юридическите факти, които го пораждат;
- ✓ анализ на договора за медицинска помощ като източник на правоотношението между пациент, от една страна, и медицински специалист и (или) лечебно заведение, от друга;
- ✓ изясняване на същността на отделните форми на некачествената медицинска помощ и предлагане на практически инструменти за тяхното установяване;
- ✓ сравнение на понятието „некачествена медицинска помощ“ със сходни понятия (некачествено изпълнение на договор, дефектни стоки, лекарска грешка);
- ✓ обсъждане на същността на гражданската отговорност като последица от предоставяне на некачествена медицинска помощ;
- ✓ анализ и систематизация на съдебната практика в областта на гражданската отговорност за предоставяне на некачествена медицинска помощ;
- ✓ обсъждане на изложените проблеми в сравнителноправен аспект, като се съпоставят техните решения с тези на юриспруденцията на други държави от континенталната и англосаксонската правни системи.

Целта, която е поставена в изследването, е да се предложат логично произтичащи от правния анализ изводи, които да бъдат обобщени в заключението под формата на предложения и препоръки:

- ✓ изясняване и систематизиране на отделни понятия и обясняването им като явления, отразяващи се върху правната сфера на пациентите и медицинските специалисти и лечебни заведения;

- ✓ идентифициране на конкретни практически и теоретични проблеми, относими към анализиранията понятия, и предложения за тяхното преодоляване;

- ✓ формулиране на конкретни предложения за изменения на нормативната уредба, които биха могли да подобрят качеството на предоставените медицински услуги.

§3. Методи на изследването

Изследването се основава предимно на правно-догматичния и отрасловия подход. Същността на обсъжданите понятия и явления се разкрива чрез разглеждането им като част от правната система. Качествената медицинска помощ е разгледана като субективно право, което се реализира в рамките на правоотношение между отделни субекти. Некачествената медицинска помощ е разгледана чрез нейните отделни проявления и е анализирана в контекста на гражданската отговорност като нейна логична последица.

Понятията са разгледани от гледище на тяхната отраслова правна природа. В хода на анализа се доказва тезата, че субективното право на качествена медицинска помощ намира своята реализация в рамките на гражданското правоотношение. Макар обществените отношения, регулиращи оказването на медицинска помощ, да са предмет на регулиране на административното право, трудът се концентрира върху гражданскоправната същност на правоотношенията и техните гражданскоправни последици.

Задачите на изследването се разрешават най-вече чрез използване на нормативистичния метод. Така предметът на изследването се анализира чрез понятия, които се съдържат в нормативните актове или могат да се извлекат от тях и от съдебната практика.

В анализа се използва и сравнителноправният метод, тъй като въпросът за предоставянето на некачествена медицинска помощ е слабо изследван в българската правна доктрина. Това налага преглед на доктрината на други държави от двете правни системи и търсенето на подходящи отговори на поставените проблеми. Освен това се анализира юриспруденцията на редица други държави, като тя се съпоставя със

юриспруденцията в България. Чрез използването на този метод се стига и до съответните изводи, включително и до отговор на въпроса дали и в каква степен доктриналните и практически решения на разглежданите проблеми са приложими в българската правна система.

В изследването е използван историческият метод, чрез който се проследяват развитието и актуалността на проблема във времето, като по този начин се разкрива значимостта на разглежданите понятия и на постепенното им разработване от науката и практиката.

Използваният метод на моделирането е свързан с предлагането на нови способности – модели, при които констатираните проблеми са преодоляни в максимална степен.

А използваният прогностичен метод се основава на изграждането на прогноза за бъдещото състояние на разглеждания проблем с оглед на възможните реформи и на тяхното отражение в сферата на здравеопазването.

В процеса на проучване на съвременното състояние и перспективи за развитие на способите за обезщетение на пациенти е събрана и анализирана съдебна практика по 580 образувани дела в периода от 2007 до 2023 г. (висящи и приключили с влязъл в сила съдебен акт), като за целите на анализа са събрани и представени различни данни от значение за предмета на изследването.

§4. Научна новост на изследването

Проблемът за отговорността на медицинските специалисти и лечебните заведения при причиняване на вреди на пациенти при или по повод оказване на медицинска помощ има сложен и комплексен характер. В исторически план съдържанието на тази отговорност е предизвиквало множество дискусии в медицинските и юридическите среди, като още от древността и Средновековието са правени опити да се дефинира основанието на тази отговорност като „лекарска грешка“, „лекарска небрежност“, „medical malpractice“. В българската юриспруденция също са дискутирани различни дефиниции (напр. на понятието „лекарска грешка“) и е обръщано внимание на съдържанието на противоправното деяние като елемент от фактическия състав на гражданската, и в частност деликтната отговорност.

В доктрината са налице множество изследвания на чуждестранни юристи, представители на англо-саксонската и континенталната правни системи. В България този въпрос е изследван от няколко специалисти, посветили научната си работа на правното регулиране в здравеопазването. През 1946 г. Ив. Москов обсъжда правната природа на

„лекарската отговорност“, включително дали същата е договорна или гражданска⁷. По-късно – през 1992 г., П. Дончев също обръща внимание на отговорността на лекаря – наказателна, дисциплинарна и административна. Той разглежда гражданската отговорност като „имуществена“⁸, без да дава конкретни примери от съдебната практика, което е основание да се предположи, че подобни дела са се водели изключително рядко по това време в България.

През 1990 г. П. Корнажев разглежда гражданската отговорност като способ за обезщетяване на пациентите за настъпили вреди при оказване на медицинска помощ и разисква някои от проблемите, които създава дефинирането на това противоправно деяние.⁹ Основателно авторът се спира на трудността при определяне на така наречения от него „обективен момент“ на непредпазливостта, който се определя чрез дължимия от лекарите модел на поведение – дали да приложат или не даден метод за лечение. Разглежданата статия е изключително полезна, защото дава ясна представа за развитието на този проблем в началото на 90-те години на миналия век. Този анализ обаче, както и споменатите предходни такива, са направени при действието на отменени закони и при наличието на оскъдна съдебна практика.

През 1996 г. е публикувана монографията с автор Св. Славов „Лекарските грешки и лекарските деликти“, посветена на отговорността на медицинските специалисти и лечебните заведения при причиняване на вреди на пациенти¹⁰. Той разглежда медицинската грешка като елемент от фактическия състав на деликта и като част от състава на непредпазливото престъпление¹¹. Съществена част от изследването акцентира основно върху наказателноправните аспекти на отговорността на медицинските специалисти.

Дарина Зиновиева разглежда въпроса за отговорността на медицинските специалисти и лечебните заведения в учебника „Медицинско право“¹², като отделя специално внимание на гражданската отговорност и приема, че тя се регулира от т.нар. „общ режим на гражданската отговорност“. Тя разглежда двата вида отговорност – договорна и деликтна, и различните хипотези, при които може да се търси обезвреда за причинените вреди при оказване на медицинска помощ.

⁷ Пак там, 169-173.

⁸ **Вълчев, Ал., Б. Панев, П. Дончев, С. Томова, Ф. Виденова.** Медицинско право и деонтология. ред. П. Дончев. С.: Медицина и физкултура, 1992, 90-96.

⁹ **Корнажев, П.** Отговорността на лекарите за непозволено увреждане, сп. „Държава и право“, бр. 3/1990.

¹⁰ **Славов, Св.** Лекарските грешки и лекарските деликти. С.: Сиби. 1996.

¹¹ Пак там, с. 9, 113.

¹² **Зиновиева, Д.** Цит. съч., 199-205.

Проблематиката за отговорността на лекарите се разисква и от Ст. Ставру в монографията „Лекарската грешка“¹³, в която се анализира практиката на ВКС по дела за присъждане на обезщетения на пациенти, претърпели вреди при оказване на медицинска помощ. В изследването са разгледани и множество важни теоретични въпроси, свързани със същността на медицинската помощ и медицинската услуга, с правоотношението лекар – пациент, с фактическия състав на деликта, като включително се предлага за употреба терминът „медицински деликт“. Цитираната съдебна практика е ограничена до въпросите, разрешавани от ВКС в рамките на разгледаните от него съдебни спорове, като въпросът за качеството на медицинската помощ остава в периферията на изследването.

Поля Голева¹⁴ също допринася за изясняването на множество важни аспекти на гражданската отговорност на медицинските специалисти и лечебните заведения за вреди, причинени на пациенти в редица свои статии.¹⁵

Развитието на медицинската наука води до нарастване на броя на хората, които търсят медицинска помощ, създават се нови технологии, лекарствени продукти и медицински изделия, подобрява се достъпът до медицинска помощ и се изгражда болнична инфраструктура. Това неизменно води до увеличаване на броя на увредените при оказване на медицинска помощ пациенти. Този ход на развитие на обществените отношения в здравеопазването води до нарастваща нужда за пациентите, от една страна, и за медицинските специалисти, от друга, да намерят справедливи методи за обезщетяване на настъпили вреди при оказване на медицинска помощ, като същевременно се подобри сигурността при предоставянето ѝ. С оглед на това изясняването на проблема за качеството на медицинската помощ, дефинирането на това понятие и анализът на връзката между предоставянето на некачествена медицинска помощ и възникването на гражданска отговорност за медицинските специалисти и лечебни заведения, е особено актуално.

Чрез разбирането за качество на медицинската помощ се очертават правата на пациентите, които са обект на защита, както и задълженията на медицинските

¹³ **Ставру, Ст.** Лекарската грешка – гражданска отговорност на лекаря в практиката на ВКС, Гражданска колегия, С.: Сиела, 2015.

¹⁴ **Голева, П.** Отговорността на лекаря за вреди, причинени на пациенти. С.: Труд и право, 2004, както и **П. Голева и О. Томова-Куцарова.** Гражданската и административната отговорност в здравеопазването. С.: Труд и право, 2012., също и: **Голева, П.** Отговорността на лекаря за вреди, причинени на пациенти, 71-88., както и: **Голева, П.** Въпроси на медицинската грешка в съдебната практика и в теорията. Приноси към решаването на проблемите на непозволеното увреждане в медицината. Научни трудове на Института за държавата и правото XVII: 7-70, 2018.

¹⁵ **Голева, П.** Отговорността на лекаря за вреди, причинени на пациенти, 71-88.

специалисти и лечебните заведения при оказване на медицинска помощ. Това спомага за изясняване на редица проблеми при ангажирането на гражданската отговорност за вреди, причинени на пациенти.

Гражданската отговорност е изследвана задълбочено в доктрината. Този важен гражданскоправен институт обаче следва да бъде изяснен като се вземат предвид спецификите на отношенията между пациент и медицински специалисти и лечебни заведения. Правоотношението между посочените субекти е по-особено, тъй като пациентът е страната, която разполага с по-малко познания за предмета на правоотношението (оказването на медицинска помощ) и е телесно зависим от медицинските специалисти и лечебните заведения. Особеностите на оказването на медицинска помощ се отразяват върху специфичните субекти (пациент от една страна и медицински специалисти и лечебни заведения от друга), върху правопораждащите правоотношението юридически факти и върху последиците от нарушаването на субективното право на качествена медицинска помощ.

Макар да са налице важни правни изследвания в българската правна доктрина от споменатите по-горе автори, понятието “некачествена медицинската помощ” и нейната връзка с гражданската отговорност не е достатъчно изследвано или е било обект на изследване в рамките на други специалности — управление на здравеопазването, публична администрация и други. Това обстоятелство обосновава необходимостта от подробно изясняване на понятието за некачествената медицинска помощ както от международноправна и сравнителноправна гледна точка, така и като част от позитивното национално право на Република България. Освен това анализът на съдебната практика показва, че правоприлагащата дейност на българските съдилища е затруднена и противоречива поради липсата на яснота относно същността на различни понятия, свързани с некачествената медицинска помощ и нейните правни последици.

§5. Практическо значение на изследването

Обществените отношения, свързани с оказване на медицинска помощ се регулират от множество нормативни (законови и подзаконови) актове. Тази разпръснатата нормативна уредба често създава предпоставки за вътрешни противоречия между актовете, неясноти или празноти. В дисертационния труд са анализирани голям обем от източници на правото, регулиращи изследваната проблематика, като е обърнато внимание на техните недостатъци и отражението им върху правоприлагането и в частност правораздавателната дейност. В резултат на тази аналитична дейност са изведени редица дефиниции и са обяснени различни понятия с практическо приложение.

Дефинирано е както понятието „качествена медицинска помощ“, така и неговият антипод — некачествената медицинска помощ. Дефинициите имат за цел да улеснят правоприлагащите и правораздавателните органи при защитата на правата на пациентите и по-конкретно правото на всеки пациент да получи качествена медицинска помощ. Обърнато е внимание на некачествената медицинска помощ като неправилен юридически факт, елемент от фактическия състав на гражданската отговорност, което намира приложение в правораздавателната дейност при разглеждане на дела на пациенти срещу медицински специалисти и лечебни заведения.

Поради липсата на различни стандарти и пратила за добра медицинска практика по отделни специалности, в изследването се правят предложения за преодоляване на тези празноти. Предлагат се дефиниции на несвоевременна и недостатъчна медицинска помощ като вид некачествена медицинска помощ и критерии за тяхното установяване чрез правилата на формалната логика, анализ на съдебната практика и вижданията в доктрината.

В дисертационния труд е направен преглед на съдебната практика в областта на гражданската отговорност на медицинските специалисти и лечебни заведения, като са изведени някои основни тенденции, направена е критика на съдебните актове, където е необходимо и са предложени решения на някои практически проблеми — например как следва да се определя дължимата грижа на добрия медицински специалисти; какъв е обемът на информация, която пациентът следва да получи с оглед изразяване на информирано съгласие за лечение; какво представлява медицинската помощ, предоставена в нарушение на изискването за безопасност и сигурност на пациента; как се разпределя риска при възникване на усложнения при лечението на пациента; какво е значението на медицинските протоколи и алгоритми за клинично поведение и пр.

Също така в дисертационния труд се правят предложения *de lege ferenda*, целящи да преодолеят съществуващи проблеми при оказване на медицинска помощ — оказване на медицинска помощ на пациенти, които не са в състояние да изразят съгласие за лечение; спорове между родители или родители и деца във връзка с лечението на непълнолетни и малолетни пациенти; прилагане на медицина, основана на доказателства при определяне на методите за оказване на медицинска помощ на пациентите, изготвяне на медицински стандарти по отделни специалности и др.

Към дисертационния труд са приложени и списъци със съдебни актове на български и чужди съдилища, които могат да бъдат използвани при анализ на съдебната практика, необходим както на практикуващи юристи, така и в правната теория.

§6. Обем и структура на дисертационния труд

Дисертационният труд е в обем от 257 страници. Към него е приложена библиография (12 страници) и три приложения: списък на съдебните решения на български съдилища, използвани в дисертационния труд; списък на съдебните решения на чуждестранни съдилища, използвани в дисертационния труд и списък на съдебните решения на ЕСПЧ и СЕС, използвани в дисертационния труд. В изследването са направени 565 бележки под линия, като са цитирани 65 доктринални източници на български автори и 91 на чужди автори, както и 18 други източника (доклади, анализи, речници и др.). Анализирани са 580 съдебни дела на български съдилища, свързани с ангажирането на гражданската отговорност на медицински специалисти и лечебни заведения за причиняване на вреди на пациенти при или по повод оказване на медицинска помощ, като в дисертационния труд са цитирани 391 съдебни решения на български съдилища, 64 съдебни решения на чужди съдилища и 29 съдебни акта на ЕСПЧ и СЕС.

Изследването се състои от три глави. Всяка от тях е разделена на отделни параграфи, като някои от параграфите имат и своята подструктура.

Първата глава е посветена на разкриването на съдържанието на качествената медицинска помощ. Тя се състои от три отделни параграфа, посветени на историческото развитие на проблема по света и в България, на международноправната уредба на качеството на медицинската помощ и на понятието за качество на медицинската помощ от гледна точка на административното и гражданското право. В параграф трети е разгледана същността на субективното право на качествена медицинска помощ и битието му в рамките на гражданското правоотношение с отделните му елементи – субекти, предмет, обект и правопораждащи юридически факти.

Втората глава разглежда некачествената медицинска помощ и се състои от четири отделни параграфа. Първият е посветен на понятието „некачествена медицинска помощ“. Вторият параграф се състои от четири отделни подструктури, в които са обсъдени отделните форми на некачествената медицинска помощ. В третия параграф се разглежда проблемът за дължимата грижа при оказване на медицинска помощ и нейната връзка с оказването на некачествена медицинска помощ. В четвъртия параграф се прави сравнение между понятието „некачествена медицинска помощ“ и други сходни явления — некачествено изпълнение на договор, дефектни стоки и лекарска грешка.

Третата глава е посветена на гражданската отговорност, която възниква като последица от оказаната некачествена медицинска помощ. Тя се състои от четири

параграфа. В първия параграф се обсъждат някои общи положения, отнасящи се до гражданската отговорност като последица от оказване на некачествена медицинска помощ. В следващите параграфи се обсъждат видовете гражданска отговорност, които възникват като правна последица от оказаната некачествена медицинска помощ, и проблемът за съотношението на двата вида отговорности, като се предлагат и критерии за тяхното разграничаване.

II. Съдържание на дисертационния труд

§1. Увод

В увода на дисертацията е поставен проблемът за предоставянето на некачествена медицинска помощ като основание за гражданска отговорност, обосновани са неговото значение, актуалност и необходимост от задълбоченото му изследване. Представени са целите на дисертационния труд, поставените задачи и методите на изследване. Направен е кратък преглед на съдържанието на дисертационния труд от гледна точка на неговата структура.

§2. Глава първа

Глава първа на дисертационния труд е озаглавена „Понятие за качествена медицинска помощ“ и се състои от три параграфа със съответната им подструктура. В параграф първи се прави исторически преглед на проблема, свързан с увреждането на здравето или с причиняването на смърт при или по повод оказване на медицинска помощ. Проследява се развитието на проблематиката по света от древността до настоящия момент, в това число и в България.

Посочва се, че исторически се оформят два различни подхода при решаване на проблема с обезщетяване на пациентите за вреди, причинени при оказване на медицинска помощ. Както в англосаксонската, така и в континенталната правни системи причиняването на вреди в резултат на оказана некачествена медицинска помощ води до възникване на гражданска (деликтна или договорна) отговорност. Редица изследователи определят този ред за обезщетяване като „основан на вината“ (fault based liability).¹⁶ В изследването е разгледано развитието на проблематиката в САЩ, Великобритания и Германия. Обърнато е внимание на обстоятелството, че в някои държави съществуват друг вид средства за обезщетяване, които не се основават на деликтната или договорната отговорност. В правната литература те са означавани с общия термин *no-fault systems* (системи, неосновани на вината)¹⁷. Характерно за този тип системи е обстоятелството, че правото на обезщетение за претърпени вреди от пациенти не възниква с осъществяване на елементите от фактическия състав на гражданската отговорност, позната в нейния традиционен вид. Наименованието, с което често са представяни тези систем — *“no-fault systems“*, произтича от това, че въпросът за вината на конкретните

¹⁶ **Sovig, Karl H., B. Furrow.** Medical Liability: Comparing Compensation Systems in The Oxford Handbook of Comparative Health Law, edited by D. Orentlicher and T. Harvey, Oxford, 2021.

¹⁷ Пак там.

медицински специалисти, участвали в диагностично-лечебната дейност на пациента, не се изследва (Норвегия, Дания, Швеция, Нова Зеландия).

В посочения параграф е обърнато внимание на историческото развитие на проблематиката в България, като са посочени редица значими изследвания в разглежданата област¹⁸.

В параграф втори от първа глава е разгледана международноправната уредба на качеството на медицинската помощ. Качествената медицинска помощ е разгледана в контекста на правото на здраве, гарантирано от редица международни актове, сред които Конституцията на СЗО¹⁹, приета през 1946 г. Тя определя правото на възможно най-достижимия стандарт на добро здравословно състояние като фундаментално право на всеки един човек.²⁰ Според СЗО този стандарт може да бъде постигнат чрез предоставяне на качествена медицинска грижа, възприемана като медицинска грижа, увеличаваща вероятността от постигане на желаните резултати²¹. Правото на здраве се признава и от Универсалната декларация за правата на човека (1948 г.), както в чл. 12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права²² (в т. ч. и Общия коментар № 14). Правото на здраве е гарантирано и от множество други международноправни актове – чл. 24 от Конвенцията за правата на детето (1989), чл. 5 от Международната конвенция за премахване на всички форми на расова дискриминация (1965), чл. 11, чл. 12 и чл. 14 от Конвенцията за премахване на всички форми на дискриминация спрямо жените (1979), чл. 25 от Конвенцията за правата на хората с увреждания (2006), чл. 3 от Конвенцията за защита на правата на човека и на човешкото достойнство във връзка с прилагането на постиженията на биологията и медицината и др.

Анализът на международноправната уредба на правото на здраве показва, че това фундаментално човешко право не може да се реализира без предоставянето на

¹⁸ **Москов, Ив.** Деонтология. Задължения и права на лекаря. Кратко лекарско право. С.: Рила, 1946., **Вълчев, Ал., Б. Панев, П. Дончев, С. Томова, Ф. Виденова.** Медицинско право и деонтология. ред. П. Дончев. С.: Медицина и физкултура, 1992., **Корнажев, П.** Отговорността на лекарите за неправомерно увреждане, сп. „Държава и право“, бр. 3/1990., **Славов, Св.** Лекарските грешки и лекарските деликти. С.: Сиби. 1996., **Зиновиева, Д., П. Салчев.** Права на пациента. С.: Сиела, 1998., **Ставру, Ст.** Лекарската грешка – гражданска отговорност на лекаря в практиката на ВКС, Гражданска колегия, С.: Сиела. 2015., **Голева, П.** Отговорността на лекаря за вреди, причинени на пациенти. С.: Труд и право, 2004, както и **П. Голева и О. Томова-Кущарова.** Гражданската и административната отговорност в здравеопазването. С.: Труд и право, 2012.

¹⁹ <http://www.who.int/about/mission/en/>, последно достъпна на 3.08.2023 г.

²⁰ Пак там. На английски текстът гласи: The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being (...)

²¹ https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1, посетена на 11.07.2023 г.

²² General Comment № 14 (2000) E/C.12/2000/4, 04.04.2000.

качествена медицинска помощ. Връзката между качеството на медицинската помощ и отговорността на лечебните заведения и медицинските специалисти за вреди, причинени на пациенти, се открива в редица дефиниции на качествена медицинска помощ (quality of healthcare), поставящи безопасната медицинска грижа сред основните елементи на понятието за качество.

Международноправната уредба на качеството в здравеопазването е разгледана и в контекста на практиката на ЕСПЧ във връзка със защитата на правото на здраве и правото на живот, гарантирани в ЕКПЧ. Разгледани са редица решения, които определят позитивните и негативните задължения на държавите да закрилят правото на живот (чл. 2 от ЕКПЧ) и правото на личен живот (чл. 8 от ЕКПЧ). От направения анализ се установява, че когато разглежда дела, свързани с предоставянето на некачествена медицинска помощ, в резултат на която са настъпили вреди за пациентите, контролът на ЕСПЧ е насочен към начина, по който държавите гарантират правото на качествено и безопасно лечение в рамките на своите позитивни задължения да защитават правото на живот и правото на телесна и психична неприкосновеност на своите граждани. ЕСПЧ насочва усилията си към идентифициране на нормативни и организационни дефицити в отделните здравни системи. Актовете на съда заемат важна роля при изграждане на концепцията за качествена медицинска помощ, както и за стимулирането на държавите да подобрят здравните си системи, за да гарантират в по-голяма степен правото на безопасност на пациента при оказване на медицинска помощ.

В параграф трети е разгледано понятието за качествена медицинска помощ в позитивното право. Най-напред е разгледана административноправната уредба на проблематиката, в това число понятия като достъпност, своевременност, достатъчност и качество. Направеният анализ позволява да се изведе дефиниция на качествена медицинска помощ: **оказаната със съгласието на пациента своевременна и в достатъчен обем безопасна медицинска помощ, съобразена с установените правила за оказване на медицинска помощ, съдържащи се в медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика, при създадени условия за нейната достъпност.**

След изясняване на дефиницията, изследването е концентрирано върху правото на качествена медицинска помощ като субективно право на пациента като **признатата и гарантирана от закона възможност пациентът да изисква предоставянето на своевременна и в достатъчен обем безопасна медицинската помощ, съобразена с**

установените правила за оказването ѝ, съдържащи се в медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика.

Тъй като субективното право на качествена медицинска помощ се реализира в рамките на едно правоотношение, третата част от параграф трети е посветена на източниците на правоотношението, неговите предмет, обект и субекти.

Пациентът в разгледан като специфичен субект на правоотношението, свързано с реализиране на субективното право на качествена медицинска помощ. Обсъдени са някои особености на пациента като субект на гражданското право — правоспособност и дееспособност. Разгледани са и другите страни в правоотношението — медицинските специалисти и лечебните заведения като носители на задължението да предоставят качествена медицинска помощ. Медицинските специалисти са физически лица, които притежават специфична квалификация, определена в нормативен акт, упражняването на дейността им е обусловено от членството в съсловна организация и осъществяват специфична правно регламентирана дейност в лечебно заведение. Лечебните заведения са юридически лица (търговски дружества, кооперации или юридически лица на бюджетна издръжка) или физически лица, които имат специфични предмет на дейност, персонал и структура.

В изследването е обърнато внимание на предмета на правоотношението — оказването на медицинска помощ и неговия обект — здравето на човека. Обсъден е въпросът дали медицинска помощ и медицинска услуга са синоними. Анализът на различни разпоредби от действащото законодателство позволява да се направи извод, че няма съществена разлика между понятията „медицинска помощ“ и „медицинска услуга“, респ. с тези понятия не се означават различни по вид дейности. Направен е извод, че оказването на медицинска помощ представлява комплексна услуга, която се състои от отделни дейности, насочени към диагностика, лечение, рехабилитация или профилактика на различни болестни и неболестни процеси, протичащи в организма на пациента, и се извършва от медицински специалисти в лечебни заведения.

Последната част на параграф трети от Глава първа е посветена на източниците на правоотношението между пациент и медицински специалисти и лечебни заведения. Основен източник на това правоотношение е договорът за оказване на медицинска помощ. В изследването е обърнато внимание на една важна специфика на този договор — ограничена свобода на договаряне за медицинските специалисти и лечебните заведения, които в определени случаи нямат право да откажат оказването на медицинска помощ (напр. при спешни случаи).

Договорът за медицинска помощ е двустранен, тъй като при сключването му възникват задължения както за пациента от една страна, така и за медицинския специалист и (или) лечебното заведение, от друга. Последните са длъжни да извършат дейности по диагностика, профилактика, лечение и рехабилитация според състоянието на пациента. Пациентът също поема определени задължения, част от които са посочени в чл. 94 ЗЗ или се извличат от същността на възникналото правоотношение: например да спазва вътрешния ред в лечебното заведение, да изпълнява указанията и предписанията на медицинските специалисти и др.

Договорът е възмезден — макар съгласно чл. 52, ал. 1 от Конституцията на Република България гражданите да имат право на здравно осигуряване, което им гарантира безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и ред, определени със закон., това не означава, че договорът за медицинска помощ е безвъзмезден. Здравноосигурените лица имат право да получават определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, като за целта НЗОК сключва договори с лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, на които заплаща оказаната медицинска помощ, определена по вид в чл. 45, ал. 1 ЗЗО. По силата на тези административни договори НЗОК заплаща на лечебните заведения оказаната на пациентите медицинска помощ при изпълнение на определени условия. Затова, макар в споменатата конституционна разпоредба да е предвидено безплатно ползване на медицинско обслужване, сключеният договор за медицинска помощ не е безвъзмезден.

Договорът за оказване на медицинска помощ е консенсуален и неформален. За валидността на договора не се изисква извършването на конкретно фактическо действие, нито писмена форма за действителност на сключения договор. Много често съгласието се постига чрез конклюдентни действия – пациентът търси медицинска помощ от даден медицински специалист или лечебно заведение, съответно такава му се оказва.

Тъй като невинаги лечението на пациента започва с негово съгласие, договорът не е единственият източник на правоотношението между пациент и медицински специалист и лечебно заведение. Няколко са правопораждащите това правоотношение фактически състави: Първата хипотеза е свързана с оказване на медицинска помощ на пациент, чийто живот е непосредствено застрашен, като в същото време той не е в състояние да изрази писмено информирано съгласие или, ако е недееспособен или ограничено дееспособен, не може да се получи своевременно съгласие от родител, настойник или попечител (чл. 89, ал. 2 ЗЗ). Втората хипотеза е при т.нар. медицинска

принуда — принудително настаняване в лечебно заведение и провеждане на задължително лечение, поставяне под карантина и пр.

§3. Глава втора

Втората глава е озаглавена „Некачествена медицинска помощ — понятие и съдържание“ и се състои от четири параграфа със съответната им подструктура.

В първия параграф е разгледано понятието за некачествена медицинска помощ като неправилен юридически факт. Обсъдено е значението на понятието като деяние (действие или бездействие) и е направено разграничение между деянието и абсолютните юридически събития, които могат да настъпят в хода на оказването на медицинска помощ (протичането на определени биологични процеси без намесата на човека, които са характерни за развитието на дадено заболяване).

Достигнат е изводът, че **предоставянето на некачествена медицинска помощ е противоправно деяние, изразяващо се в нарушаване на субективното право на пациента да получи качествена медицинската помощ, която по съдържание следва да бъде достъпна, своевременна, в достатъчен обем, безопасна и съответна на медицинските стандарти и правила за добра медицинска практика и за предоставянето на която страните са постигнали съгласие.**

Вторият параграф е посветен на съдържанието на некачествената медицинска помощ. На първо място некачествена медицинска помощ е медицинската помощ, която е предоставена несвоевременно, извън необходимия за предприемане на диагностично-лечебни дейности диапазон от време. Такава медицинска помощ е престирана със закъснение, което е довело до забавяне в поставянето на диагноза и (или) забавяне при започването на лечебните мероприятия (напр. закъснение да се предприеме хирургично лечение на пациент с кръвоизлив, което води до тежка кръвозагуба). Изведена е дефиниция на „несвоевременна медицинска помощ“ — противоправно бездействие — форма на некачествена медицинска помощ, която може да се изрази в несвоевременно диагностициране, в несвоевременно назначаване на подходящото лечение, в несвоевременно провеждане на подходящо лечение или в комбинация от тях. Направена е и съпоставка между несвоевременната медицинска помощ и забавата при изпълнение на договор.

На следващо място е обърнато внимание на недостатъчната медицинска помощ, при която е налице отклонение от необходимия обем от дейности, предвидени за диагностика и лечение, или отклонение в тяхната последователност (напр. неизвършване на определен набор от лабораторни изследвания, които имат важно значение за

поставяне на правилна диагноза). Възприето е, че недостатъчната медицинска помощ представлява противоправно бездействие, пропуск да се извършат едно или повече дължими диагностично-лечебни дейности, или противоправно действие – извършване на диагностично-лечебни дейности, но не в необходимия обем, с нужната задълбоченост и (или) в необходимата последователност, или комбинация от посочените три вида недостатъчна медицинска помощ. Направено е сравнение с частичното изпълнение на договор.

Като част от съдържанието на некачествената медицинска помощ са разгледани и деянията, които създават опасност за пациента (работа с неизправна апаратура, липса на хигиена на болничния персонал или липса на инструментариум) и са представени различни хипотези в тази насока.

Обърнато е внимание на много важна част от съдържанието на некачествената медицинска помощ — медицинската помощ, предоставена в нарушение на правото на информирано съгласие на пациента (когато пациентът се е съгласил дадена интервенция да бъде извършена, без да е информиран за рисковете от тази интервенция; когато е предприето лечение, без пациентът да е бил информиран за необходимостта от това лечение, или пациентът не е бил информиран за своята диагноза и за нуждата от спазването на определени предписания или препоръки).

В рамките на посочения параграф се разглежда и некачествената медицинска помощ, оказана в нарушение на специфични уговорки между лекаря и пациента, които определят допълнителни изисквания към оказването на медицинската помощ – например използване на определен вид анестезия при извършване на операция; използване на лапароскопски методи вместо лапаротомия при оперативна интервенция; участие на допълнителни специалисти при лечението и др.). Уговорките може да са свързани с конкретни характеристики на полезните за пациента резултати от оказаната медицинска помощ – постигане на искания външен вид; поставяне на зъбни импланти в съответната форма и от уговорения материал и др.

Дължимата грижа при оказване на медицинска помощ е разгледана в параграф трети. Тя заема важно място при обосноваване на гражданската отговорност в двата й вида – деликтна и договорна. Основната разпоредба, на която се позовава доктрината при изследване на проблема за дължимата грижа, е чл. 63, ал. 2 ЗЗД. Тя определя, че задължението трябва да бъде изпълнено с грижата на добрия стопанин, освен ако страните не са уговорили друго. Макар систематичното място на разпоредбата да се намира в частта на ЗЗД, отнасяща се до изпълнението на договорни задължения,

мнозинството от авторите я възприемат като общ модел за поведение, относим към двата вида отговорност.²³

Противоправността не следва да се отъждествява с неполагането на дължима грижа. Те обаче са взаимосвързани, доколкото са отделни елементи от фактическия състав на гражданската отговорност на медицинските специалисти и лечебни заведения.

Следователно, за да възникне отговорност за медицинските специалисти и за лечебното заведение, не е достатъчно да се установи предоставянето на некачествена медицинска помощ, доколкото предоставянето ѝ е само един елемент от фактическия състав на отговорността. Възникването ѝ, наред с останалите елементи (вреда и причинна връзка), предполага липсата на положена дължима грижа. Ето защо полагането на дължима грижа осигурява оказването на качествена медицинска помощ на пациента и е необходимо условие за престирането ѝ, но не се отъждествява с нея с качествената медицинска помощ. За да се установи дали медицинският специалист и лечебното заведение са положили дължима грижа, поведението им трябва да се сравни с определен модел. Отклонението от този модел ще означава, че дължимата грижа не е положена.

Проучването на българската съдебната практика показва затруднения в правоприлагането при определяне на дължимата грижа при оказване на медицинска помощ. С оглед дефинирането на фигурата на добрия медицински специалист са представени вижданията в българската правна доктрина, като е извършен и сравнителноправен анализ. Достига се до извода, че предложенията в правната теория не разрешават поставените проблеми, а разрешенията на част от проучената юриспруденция (напр. в Англия) са неприемливи, защото придават твърде голямо значение на експертните становища и ограничават ролята на съда при извършване на логическата дейност в правоприлагането. Немската юриспруденция също отдава значение на становищата на вещите лица, но без да подценява ролята на съда при преценка на експертизите. Използват се обективни критерии – например научни данни, които подкрепят дадено професионално мнение или поведение. В САЩ също се предлагат обективни критерии за оценка на експертните становища и предложените в тях методи за диагностика и лечение, които е следвало да приложи медицинският специалист.

²³ Антонов, Д. Непозволено увреждане. С.: Наука и изкуство, 1965, 91-92. Така и Калайджиев, А. Облигационно право. Обща част, С.: Сиби, 2001, с. 367, както и Попов, Л. Вина и договорна отговорност в по българското гражданско право, С.: Наука и изкуство, 1962, 106-107.

В дисертационния труд се подкрепя немският подход, заради обективните критерии, които се използват от немските съдилища. Освен това този подход намира подкрепа в позитивното българско право. В чл. 79, ал. 1 ЗЗ се посочва, че медицинската помощ се оказва при спазване на утвърдените от науката и практиката методи. Следователно мащабът, чрез който се преценява дължимата грижа, не е фигурата на стандартния или средностатистически медицински специалист, нито на специалиста, който е действал така, както биха действали някои или всички негови колеги. Дължимите действия или бездействия на добрия медицински специалист не може да се установят в пълна степен и чрез преглед на медицинската литература или чрез заключенията на вещите лица, както се посочва до този момент в доктрината.

Дължимото поведение на добрия медицински специалист следва да се преценява според актуалните утвърдени от науката и практиката методи за оказване на медицинска помощ. Те се установяват чрез прилагане на принципите на медицината, базирана на доказателства, и се съдържат в източници на медицинска научна информация, които се степенуват според тяхната убедителност. Различните източници имат различна степен на убедителност, респ. съдържащите се в тях препоръки и заключения са с различна степен на приложимост. Този подход позволява да се дефинира фигурата на добрия медицински специалист – **това е специалистът, който прилага актуалните научни и практически методи при оказване на медицинска помощ, утвърдени чрез прилагане на принципите на медицината, основана на доказателства.**

Чрез въвеждането на тази дефиниция се разрешават редица проблеми в практиката и се преодоляват недостатъците на съществуващите до този момент становища в доктрината. Мащабът на дължимата грижа не може да се определя нито само от съдържащите се в научната литература препоръки, нито от експертните заключения.

Следва още да се подчертае, че в определени случаи може да има повече от един актуален метод за поведение. Дължимата грижа изисква от медицинските специалисти и лечебните заведения да изберат по-безопасния от двата метода и за който са присъщи по-малко рискове от странични ефекти.

Освен по-безопасен, избраният метод следва да е този, при прилагането на който пациентът търпи по-малко болка и който е свързан с по-бързо възстановяване. Затова при наличие на възможност за прилагане на неоперативен и оперативен метод за диагностика и лечение дължимата грижа изисква да се избере неоперативният метод. Освен това при

няколко утвърдени метода за диагностика и лечение добрият медицински специалист трябва да приложи този метод, за ефикасността и безопасността на който има повече доказателства, съдържащи се в източници на научна информация с висока степен на достоверност. При това добрият медицински специалист прилага съответните актуални утвърдени от науката и практиката методи след изразено информирано съгласие от пациента освен в предвидените от закона изключения.

В последния параграф на глава втора е направено разграничение между некачествената медицинска помощ и некачественото изпълнение на договора. Освен това е извършена съпоставка между некачествената медицинска помощ и дефектния продукт в контекста на лечението с лекарствени продукти и медицински изделия. Обърнато е внимание на израза „лекарска грешка“ и разграничението му от „некачествена медицинска помощ“. В заключение се посочва, че изразът „лекарска грешка“ създава поводи за противоречия в теорията и практиката. Той не е ясен и не създава условия за изясняване на съдържанието на медицинската помощ, която следва да се престира на пациента, нито на дължимата грижа при оказване на медицинска помощ. От друга страна, използването и изясняването на понятието „некачествена медицинска помощ“ дава възможност за много по-ясно и по-точно дефиниране на субективните права на пациента и на задълженията на медицинските специалисти и лечебните заведения при оказване на медицинска помощ, а оттам – и на правните последици, които възникват в резултат на увреждане на пациенти при оказване на медицинска помощ.

§4. Глава трета

Глава трета е озаглавена “Гражданска отговорност на медицинските специалисти и лечебните заведения при предоставяне на некачествена медицинска помощ” и се състои от четири параграфа със съответната им подструктура.

В първия параграф се представят накратко теоретичните виждания за гражданската отговорност и нейните функции. Изследването на проблематиката за гражданската отговорност, която възниква при нарушаване на субективното право на качествена медицинска помощ, изисква да се определят кои са субектите на отговорността предвид обстоятелството, че правоотношението се развива между пациент, от една страна, и медицински специалисти и лечебно заведение, от друга. Когато гражданската отговорност възниква в резултат от неизпълнение на договор за медицинска помощ, субект на отговорността ще бъде страната по този договор.

Следователно е необходимо да се изясни в кои случаи насрещна страна по договора е конкретен медицински специалист, и в кои – лечебното заведение.

Съгласно чл. 2, ал. 1 ЗЛЗ лечебни заведения 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 оказват медицинска помощ. Макар медицинската помощ да се оказва от медицинските специалисти, тя се оказва в рамките на съответното лечебно заведение, което има своя организационно обособена структура, оборудване, организация на дейността и нает персонал. Затова в повечето случаи при оказване на медицинска помощ договорното правоотношение възниква между пациент и лечебно заведение, а не между пациента и работещите медицински специалисти в лечебното заведение. Това произтича от същността на медицинската помощ като комплексна дейност, в която се включват различни по вид специалисти, оборудване, инфраструктура и пр. В още по-голяма степен това важи за лечебните заведения за болнична помощ, в които медицинската помощ се оказва от различни по вид медицински специалисти (лекари, специализанти, медицински сестри и др.), които работят на смени и имат различни функции. Пациентът не може да посочва кой лекар да бъде негов лекуващ лекар или да избира кои лица от персонала да полагат медицински грижи, освен в предвидените от закона случаи. Правилото е, че медицинският персонал се определя служебно съгласно действащите графици на лечебното заведение за болнична помощ (чл. 29, т. 5 от Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ).

Пациентите, които имат качество на ЗЗОЛ, също сключват договори с лечебните заведения, а не с конкретни медицински специалисти, работещи в тях. Това е така, защото НЗОК сключва договори за предоставяне на медицинска помощ на ЗЗОЛ с „изпълнители на медицинска помощ“. Те се задължават да оказват медицинска помощ на ЗЗОЛ при определени условия. Съгласно чл. 58 ЗЗО изпълнители на медицинска помощ са лечебни заведения или техни обединения по ЗЛЗ, с изключение на лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 5 ЗЛЗ, и национални центрове по проблемите на общественото здраве по ЗЗ.

Възможни са и хипотези, в които пациентът сключва договор със съответния медицински специалист – например в случаите, в които специалистът предоставя медицинска помощ извън лечебно заведение, или когато лечебното заведение представлява индивидуална практика за първична медицинска помощ и се учредява от

физическо лице под формата на амбулатория за първична извънболнична медицинска или дентална помощ.

При възникване на деликтна отговорност субект на отговорността може да бъде както медицинският специалист, който конкретно е нарушил правото на качествена медицинска помощ, така и лечебното заведение – възложител на работата на основание чл. 49 ЗЗД²⁴. Дисертационният труд е ограничен до посочването на някои особености на отговорността по чл. 49 ЗЗД, които се отнасят до разглежданата проблематика.

За да възникне отговорност за лечебното заведение на основание чл. 49 ЗЗД, то следва да е възложило (натоварило с) работа съответния медицински специалист. Работата, с която лечебното заведение натоварва медицинските специалисти, е специфична – оказване на медицинска помощ. Натоварването най-често се извършва на основание правна сделка – сключване на трудов договор или на договор за оказване на конкретни медицински услуги на пациентите. Възлагането на работа на медицинските специалисти от лечебните заведения за болнична помощ най-често се осъществява чрез сключване на трудови договори. Това е така заради специфичните изисквания на чл. 19, ал. 2, т. 2 ЗЛЗ, в който е посочено, че лечебните заведения за болнична помощ извършват дейността си при осигуреност с медицински специалисти на основен трудов договор.

В този параграф за изследвани и някои специфични хипотези на възлагане на работа, например при оказване на консултативна медицинска помощ от републикански консултант или от специалист от друго лечебно заведение по повод на лечението на даден пациент.

Друга особеност, която е обсъдена във връзка с отговорността на лечебното заведение – възложител, е свързана с обстоятелството, че медицинската помощ е комплексна дейност, която се състои от различни по вид диагностично-лечебни дейности. Те, от своя страна, рядко се извършват само от един специалист. При това пациентът не притежава специални знания, за да определи кои са конкретните диагностично-лечебни дейности, които са го увредили, респ. не може да посочи кои конкретни служители са извършили тези действия, респ. са бездействали. В тези случаи отговорност от възложителя – лечебно заведение следва да се носи, дори когато не може да се установи кой е конкретният извършител на некачествената диагностично-лечебна дейност или не може да се посочи коя е конкретната част от оказаната медицинска

²⁴ Подробно за отговорността на възложителя вж. **Тосков, Ив.** Гражданска отговорност на възложителя по чл. 49 ЗЗД за вреди, причинени от изпълнителя, С.: Сиби, 2022.

помощ, която е некачествена. Това становище се подкрепя и от съдебната практика, според която възложителят ще отговаря за вреди и тогава, когато не е установено кой конкретно измежду неговите служители е причинил тези вреди²⁵.

В доктрината има спор дали отговорността на делинквента (в конкретния случай медицинския специалист) и възложителя (в конкретния случай лечебното заведение) е солидарна²⁶. Въпреки различията в становищата на различните автори в съдебната практика се застъпва становището, че отговорността е солидарна, съответно от процесуална гледна точка исковете срещу прекия извършител – медицински специалист и възложителя – лечебно заведение могат да се предявяват едновременно срещу двата субекта.

Вторият параграф разглежда видовете гражданска отговорност — договорна и деликтна, както и тяхното разграничение. По отношение на границите на отговорността уредбата на деликтната отговорност е по-строга²⁷. При нея подлежат на обезщетяване всички вреди, които са пряка и непосредствена последица на увреждането (чл. 51, ал. 1 ЗЗД), докато обемът на договорната отговорност може се степенува съобразно вината. При нарушение на договорно задължение обезщетението обхваща претърпяната загуба и пропуснатата полза, доколкото те са пряка и непосредствена последица от неизпълнението и са могли да бъдат предвидени при пораждаване на задължението.

Налице е и друга разлика, свързана с вредите. При деликтната отговорност вредите, които подлежат на обезщетяване, винаги следва да са настъпили реално, докато при договорната отговорност има изключения от това правило (напр. при уговорени неустойки или задатък).

По отношение на видовете вреди, подлежащи на обезщетяване, съществуваше съществена разлика между двата вида отговорност до приемането на ТР № 4/2012 г. на ОСКТК на ВКС, постановено на 29.01.2013 година. Преди постановяването му съдебната практика приемаше, че не се дължи обезщетение за неимуществени вреди, настъпили в резултат на неизпълнение на задължение, произтичащо от договор. В тълкувателното решение се приема, че неизпълнението на задължение, възникнало по

²⁵ ППВС № 7/30.12.1959 г., т. 7: „Държавните предприятия, учрежденията и организациите отговарят по чл. 49 ЗЗД за вредите, причинени от техни работници и служители при или по повод на възложената им работа и тогава, когато не е установено кой конкретно измежду тях е причинил тези вреди“.

²⁶ Тезата, че липсва солидарност между извършителя на деянието и възложителя се подкрепя от **Тасев, С.** Деликтната отговорност, С.: Нова звезда, 2016, с. 169, както и от **Тосков, Ив.** Гражданска отговорност на възложителя по чл. 49 ЗЗД за вреди, причинени от изпълнителя, 168-169. Обратната теза се застъпва от **Антонов, Д.** Цит. съч., 182-183, както и от **Голева, П, О. Томова-Куцарова.** Гражданската и административна отговорност в здравеопазването. С.: ИК „Труд и право“, 2012, с. 168.

²⁷ **Кожухаров, Ал.** Цит. съч., с. 322.

силата на договор, може да има като последица и настъпването на неимуществени вреди, които следва да бъдат обезщетени.

Друга съществена разлика между деликтната и договорната отговорност се отнася до възможността за намаляване на отговорността или за освобождаване от отговорност. При деликта отговорността на длъжника може да бъде намалена на основание чл. 51 ЗЗД при съпричиняване от страна на кредитора. Такива например са случаите, в които пациентът не е съобщил за наличието на придружаващи заболявания, алергии или продължителни оплаквания, както и при неполагане на дължимата грижа за лечение на дадено заболяване²⁸. При договорна отговорност се допуска намаляване и освобождаване от отговорност, ако неизпълнението се дължи и на обстоятелства, за които длъжникът не е отговорен. Такъв е примерът при поставяне на гръдни импланти, за които впоследствие е установено, че може да имат сериозни нежелани реакции за организма и да причинят вид злокачествено заболяване, което налага тяхното премахване и поставяне на нови²⁹.

Различия съществуват и по отношение на уговорките, свързани с дължимата грижа от страна на длъжника. Законът позволява в договора между страните да се уговаря, че грижата, която длъжникът ще положи при изпълнение на задължението му, ще бъде по-малка от дължимата грижа на добрия стопанин. Той може дори да уговори предварително изключване на отговорност в случай на небрежно изпълнение (чл. 94 ЗЗД). При деликтната отговорност такива уговорки не са допустими. Въпросът за допустимостта на уговорките за предварително изключване на отговорност в случай на небрежно оказване на медицинска помощ на пациент беше разгледан в глава втора.

Друга разлика между двата вида отговорност произтича от това, че деликтна отговорност може да възникне заради действия на трети лица само в предвидените от закона случаи. Такава е например отговорността за действията на деца или запрети (чл. 47, ал. 2 и чл. 48, ал. 1 и 2 ЗЗД), за действията на лица, на които е възложена работа (чл. 49 ЗЗД), както и в случаи, предвидени в специални закони. Такива ще са случаите,

²⁸ Така и Р. по гр. д. № 175/2017 г. на Окръжния съд – Русе; свързани дела: в. гр. д. № 236/2018 г. на Апелативния съд – Велико Търново: „*Като не са положили грижа за диагностика и лечение на заболяванията на своя баща и съпруг, ишците са съпричинили вредоносния за тях резултат до 50 %*“.

²⁹ Такъв е случаят с гръдните импланти на Алерган (Natrell BIOCELL Textured Breast Implants and Tissue Expanders), за които се установи, че могат да причинят вид лимфом. Повече информация може да бъде намерена тук: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/fda-requests-allergan-voluntarily-recall-natrell-biocell-textured-breast-implants-and-tissue>, последно достъпна на 7.12.2023 г.

при които лечебното заведение отговаря за противоправните виновни действия или бездействия на медицински специалист, на който е възложило работа. Освен по силата на чл. 49 ЗЗД, обективна (стриктна, безвиновна) отговорност от лечебни заведения може да се носи на основание чл. 50 ЗЗД (вреди от вещи) в случаите, когато например пациентът е пострадал в резултат на работа с дефектна апаратура.

Докато при договорната отговорност не е предвидена солидарна отговорност (освен при търговски договори на основание чл. 304 ТЗ), при деликтната отговорност е уредена солидарността при причиняване на вреди от неколцина на основание чл. 53 ЗЗД. Солидарност ще е налице например, когато са причинени вреди на пациент при извършване на операция, в която са взели участие няколко медицински специалисти като екип.

Друга разлика с важно практическо значение е свързана с началото на забавата на длъжника. За да е налице забава на длъжника, вземането трябва да е изискуемо. Задължението става изискуемо, когато настъпи неговият падеж. Ако длъжникът не изпълни на падежа, той изпада в забава³⁰. Падежът на вземането, възникнало на основание сключен договор между страните, настъпва с отправяне на покана от кредитора към длъжника. Такава покана не е необходима, когато страните са определили конкретен срок за изпълнение – страните могат да определят конкретна дата на изпълнение; могат да уговорят определен срок, в рамките на който да се изпълни; могат да определят срока с настъпването на бъдещо сигурно събитие и др. Покана не е необходима и когато задължението е възникнало от непозволено увреждане (чл. 84, ал. 3 ЗЗД). В този случай делинквентът дължи обезщетение веднага и без да е отправена покана до него.

Давността също тече от различен момент: при деликтите той се определя от момента на установяването на дееца, а при договорната отговорност – от момента, в който вземането е станало изискуемо (възможно е законът да предвижда друг момент – например от последния ден, за който се начислява неустойката, съгласно чл. 114, ал. 4 ЗЗД). Давностните срокове също са различни – при деликтната отговорност срокът е петгодишен, а при договорната е различен според вида на неизпълненото задължение (чл. 110, чл. 111 и чл. 114 ЗЗД).

Необходимо е да се посочи една специфика на деликтите при оказване на медицинска помощ. Давността принципно започва да тече от откриване на дееца (чл.

³⁰ Вж. напр. **Калайджиев, А.** Цит. съч., с. 221, както и **Апостолов, Ив.** Цит. съч., с. 144.

114, ал. 3 ЗЗД). В много случаи при оказване на медицинска помощ дадени усложнения от оказаната медицинска помощ се проявяват известно време след оказване на некачествена медицинска помощ – например по време на раждане на дете е причинено увреждане, което едва в по-късен момент води до появата на епилепсия и тежка степен на неврологично заболяване. В този случай деецът ще се смята за открит от деня, в който увреждането се е проявило, тъй като преди това пациентът не е знаел за причиняването на тази вреда, респ. за предоставянето на некачествена медицинска помощ.³¹

В съдебните спорове между пациенти и медицински специалисти или лечебни заведения въпросът за разликите между деликтната и договорната отговорност при или по повод оказване на медицинска помощ от медицински специалисти и лечебни заведения е значим и от гледна точка на правилното квалифициране на предявените искове. Квалифицирането на иска е задължение на съда, а неправилната правна квалификация представлява нарушение на материалния закон³². Освен това правилната правна квалификация на иска има значение за изготвянето на доклада по чл. 146, ал. 1 ГПК, върху разпределението на доказателствената тежест между страните и указанията на съда. Непълнотите и грешките в доклада на съда по чл. 146, ал. 1 ГПК имат съществено значение за правилността на първоинстанционното съдебно решение³³.

В практиката често възникват колебания за вида на отговорността, която възниква при оказване на некачествена медицинска помощ. Направеното разграничение между двата вида отговорност обосновава и практическото значение на обсъжданата тема.

В параграф трети са разгледани следните два въпроса: допустимо ли е възникването на деликтна отговорност при сключен договор между страните и възможно ли е при предоставяне на некачествена медицинска помощ да бъдат изпълнени фактическите състави едновременно на договорната и деликтната отговорност.

В случай че отговорът на първия въпрос е отрицателен, т.е. ако наличието на договор изобщо изключва възможността за възникване на деликтна отговорност, очевидно ще се отрича и възможността с едно и също деяние на бъдат изпълнени фактическите състави на двата вида гражданска отговорност. Ако се приеме обаче, че договорното правоотношение не е пречка между същите страни да възникне и деликтна

³¹ ТР на ОСТК на ВКС № 1/2015 г. по тълк. д. № 1/2014 г., т. 4; Вж. също и Р. № 952/201 г. по гр. д. № 1773/2009 г. на ВКС, III г. о.

³² Р. по гр. д. № 621/2010 г. на ВКС, IV г. о.

³³ Пак там.

отговорност, се поставя въпросът дали кредиторът ще има възможност да избира по кой ред да защити накърненото си право.

В българската правна доктрина по-често се застъпва становището, че наличието на сключен договор между страните не изключва възникването на деликтна отговорност между същите страни³⁴. Любомир Попов се противопоставя на тезата, че наличието на сключен договор не изключва възможността да възникне деликтна отговорност между същите страни. Според него общото правило да не се вреди другиму се замества от специалните правила на конкретния договор, сключен между страните³⁵. С оглед на това той не допуска и възможността с едно деяние да се изпълняват фактическите състави и на двете отговорности.

Разработваните в доктрината постановки, отнасящи се до съотношението между договорна и деликтна отговорност налагат едно терминологично уточнение. Беше посочено, че според някои автори е възможно едно и също деяние да осъществява фактическия състав както на договорната, така и на деликтната отговорност³⁶. За да означат това явление, някои автори, сред които В. Берон и Ал. Кожухаров, обаче използват термина „кумуляция“ или „кумулиране“³⁷. Според тях в тези случаи увреденият може да избере основанието, на което да претендира обезщетение. Ако увреденият бъде обезщетен по единия ред, той няма да може да търси обезщетение по другия, но ако съдът отхвърли претенцията на едното основание, ще се формира сила на пресъдено нещо само по отношение на това основание³⁸.

Дори да не се отрича възможността едно деяние да осъществява фактическия състав както на договорната, така и на деликтната отговорност, трябва да се отбележи, че терминът „кумуляция“ не е подходящ. Ако допуснем, че увреденият може да избере по реда на кой вид гражданска отговорност да претендира обезвреда, със сигурност той не може да получи обезщетение и на двете основания. Обезщетенията не могат да се кумулират, защото увреденият не може да бъде обезщетен два пъти за вреди, настъпили

³⁴ **Берон, В.** Съотношението между договорната и деликтната отговорност. С.: 1929., **Гоцев, В.** Договорна и деликтна отговорност – сравнение и конкуренция. С.: 1979. **Конов, Тр.** Основания на гражданската отговорност. – В: Подбрани съчинения. С.: Сиела, 2010. **Кожухаров, Ал.** Облигационно право. Общо учение за облигационното отношение. С.: Юриспрес, 2002. **Таков, Кр.** Анализ на измененията на Закона за задълженията и договорите от ДВ, бр. 12 от 1993 г., 46-47. – В: Гражданско право. Правни научни изследвания. Съст. проф. д. ю. н. В. Мръчков, С.: Сиби. 2018.

³⁵ **Попов, Л.** Конкуренция на договорната и деликтна отговорност според гражданското право, сп. „Правна мисъл“, бр. 3/1960, 41-51.

³⁶ Вж. **Берон, В.** Цит. съч., 141-142, както и **Гоцев, В.** Цит. съч., 89-92.

³⁷ Вж. също и **Кожухаров, А.** Цит. съч., с. 323.

³⁸ **Гоцев, В.** Цит. съч., с. 75

в резултат от едно и също деяние. Както правилно отбелязва В. Даскалов, най-същественният проблем по отношение на поставената проблематика за съотношението между договорна и деликтна отговорност е „доколко възникналите субективни права могат да съществуват паралелно и увреденият да има право на избор кое от тях да упражни“. Той приема, че е по-правилно да се говори за „конкуренция“ между двата вида отговорност, „макар в литературата да се предпочита терминът „кумуляция“.³⁹

Изложените по-горе тези на автори, представляващи българската правна доктрина, са относими и към гражданската отговорност, която възниква в резултат на оказана некачествена медицинска помощ. Нарушаването на договор за оказване на медицинска помощ може да обоснове възникване както на договорна, така и на деликтна отговорност. Правоотношението, което възниква при оказване на медицинска помощ между пациент от една страна и медицински специалист или лечебно заведение може да възникне както по силата на сключен договор, така и в резултат на осъществяване на други юридически факти. В рамките на това правоотношение се реализира субективното право на качествена медицинска помощ. Нарушаването му води до засягане на абсолютни права, каквито са правото на здраве и живот на пациента.

Наличието на правоотношение между страните, в това число и възникнало по силата на сключен договор, не е пречка между същите страни да възникне и деликтна отговорност. Медицинската помощ е комплексна дейност, състояща се от различни диагностично-лечебни дейности, насочени към съхраняване на здравето и живота на човека. Тази нейна същност води до това, че определени действия или бездействия на субектите, които я оказват, може да излязат извън предмета на сключения между страните договор и да водят до възникване на деликтна отговорност. Поля Голева също поддържа тезата, че макар между лекаря и пациента се сключва договор за лечение, но това не е пречка да възникне деликтна отговорност в случай на причинена вреда при или по повод оказване на медицинска помощ. Тя посочва, че отговорността на лекаря при увреждане на пациент е деликтна, защото, макар да има сключен договор между него и пациента, първият не е поел задължение да не причинява вреди, а да подобри здравословното състояние на болния. Когато е увредено здравето на пациента, се

³⁹ Даскалов, В. Имуществена отговорност на управителя за вреди, причинени на дружеството. С.: Сиела, 2019, 157-158.

нарушава общата повеля да не се вреди другиму, което води до възникване на деликтна отговорност.⁴⁰

Тази теза обаче е твърде опростена и не отчита особеностите на правоотношенията, възникващи между медицинските специалисти и пациентите. Увреждането на здравето на пациента може да бъде причинено както от неизпълнение на договорни задължения, така и от нарушаване на забраната да се вреди другиму. Наличието на причинено физическо увреждане на пациента не може да е единственото основание да се счита, че отговорността на медицинските специалисти е деликтна. При нарушаване на субективното право на качествена медицинска помощ винаги ще е налице някаква форма на физическо увреждане, но това съвсем не е основание да се твърди, че във всички случаи ще възникне деликтна отговорност.

Стоян Ставру също приема, че наличието на договорно отношение между две лица не изключва възможността едното от тях да причини непозволено увреждане на другото. Според него основанието за възприемането на деликтния характер на гражданската отговорност на лекаря се корени в това, че с неправомерното деяние се засягат „едни от най-важните блага, защитени от Конституцията и закона като абсолютни права – живот, здраве, свобода на придвижване“. Според него правилата на деликтната отговорност осигуряват по-пълна защита на тези блага.⁴¹ Действително съдебната практика в огромна част от своите решения квалифицира исковете на увредени пациенти или техните наследници на деликтно основание, но не липсват примери и в обратния смисъл. Видът на засегнатото благо обаче не може да бъде изцяло валиден аргумент, обосноваващ възникването на един или друг вид отговорност. Мислими са хипотези на засягане на здравето на пациента в резултат на неизпълнение на договор – например увреждане на устната кухина и зъбите при неизпълнение на договор за дентална услуга.

Изложеното дотук дава основание да се приеме, че при оказването на некачествена медицинска помощ може да възникне както договорна, така и деликтна отговорност. В повечето случаи основание за възникване на правоотношението между пациента и медицинските специалисти или лечебното заведение е договор за оказване на медицинска помощ. Това обстоятелство обаче не изключва възникването на деликтна отговорност при оказване на некачествена медицинска помощ. Не може обаче да се

⁴⁰ Голева, П., О. Томова-Куцарова. Гражданската и административната отговорност в здравеопазването. С.: Труд и право, 2012, 90-91.

⁴¹ Ставру, Ст. Лекарската грешка гражданска отговорност на лекаря в практиката на ВКС, Гражданска колегия, 22-27.

приеме тезата, че оказването на некачествена медицинска помощ може да доведе до паралелното възникване както на договорна, така и на деликтна отговорност. Това е така, защото възникването на единия или на другия вид отговорност е обективно предопределено както посочва и Тр. Конов, и не може увреденият да избира дали да търси обезвреда на едното или на другото основание.

В параграф четвърти са изведени обективни критерии, чрез които да се разграничат случаите, в които се осъществява фактическият състав на договорната или на деликтната отговорност.

Видове отговорност според юридическия факт, който поражда правоотношението:

В глава първа от дисертационния труд е посочено, че най-често правоотношението между пациентите и медицинските специалисти и лечебните заведения възниква по силата на сключен договор за оказване на медицинска помощ. Възможни са обаче и други хипотези – например при оказване на медицинска помощ при липса на съгласие на пациента или против неговата воля. В тези случаи, след като няма сключен договор между страните, отговорността на медицинския специалист или на лечебното заведение ще възникне на деликтно (извъндоговорно) основание.

Такива ще са и случаите, в които е оказана медицинска помощ въпреки изричния отказ на пациента или без той да е изразил съгласие. И в двата случая съгласие за оказване на медицинска помощ не е налице, респ. липсва договор, поради което отговорността ще е деликтна.⁴²

Деликтна ще бъде отговорността на лекаря или лечебното заведение и в случаите, в които те са били длъжни да окажат медицинска помощ, но такава е била отказана изрично или чрез конклюдентни действия.⁴³ В тази хипотеза липсва съгласието на медицинския специалист да окаже медицинска помощ, респ. не е налице договор между страните. Когато медицинските специалисти и лечебните заведения са длъжни да окажат медицинска помощ (напр. при спешни състояния) и не окажат такава, ще е налице забавяне в оказването на медицинска помощ, т.е. медицинската помощ ще е несвоевременна.

⁴² Вж. напр. Р. по гр. д. № 3326/2017 г. на Районния съд – Варна.

⁴³ Р. по гр. д. № 5243/2015 г. на Районния съд – Бургас; свързани дела: в. гр. д. № 1584/2016 г. на Окръжния съд – Бургас.

Деликтна ще бъде отговорността на лекарите или лечебните заведения и в случаите, когато близките⁴⁴ на починал пациент претендират обезщетение за вреди, претърпени в резултат на неговата смърт, доколкото между тях и лекарите или лечебното заведение не е налице договорно правоотношение. В този случай е без значение какво е било правоотношението между починалия пациент и лекаря или лечебното заведение, защото наследниците претендират обезщетение за вредите, които са претърпели от смъртта на близкия си, а не за вредите, които пациентът е претърпял във връзка с оказаната му медицинска помощ. Възниква обаче въпрос дали наследниците наследяват възникналото в полза на пациента право да търси обезщетение за вредите, настъпили в резултат на оказана некачествена медицинска помощ. Следва да се приеме, че наследниците наследяват възникналото в полза на пациента право да търси обезщетение за претърпени имуществени вреди. Правото на обезщетение за неимуществени вреди се наследява, само ако приживе пострадалият е предявил такава претенция. Тази теза се потвърждава и в практиката на ВКС.

Разграничаване на договорна и деликтна отговорност според теорията за интереса

Една от най-разпространените теории за разграничаване на деликтната от договорната отговорност е тази за позитивния и негативния интерес.⁴⁵ Според тази теория, когато интересът на кредитора „изисква запазване на статуквото“⁴⁶, той се стреми да защити своя негативен интерес, а когато търси „промяна на заобикалящата действителност“⁴⁷, кредиторът търси защита на своя позитивен интерес. Негативният интерес се нарушава, когато е настъпила нежелана промяна в правната сфера на кредитора. Неговата цел е да се възстанови предишното положение, което може да се постигне с ангажиране на деликтната отговорност. Когато е нарушен позитивният интерес, кредиторът не е постигнал желаната от него промяна на обективната действителност. В тези случаи той се стреми да компенсира нейното отсъствие чрез

⁴⁴ Р. от 21.06.2018 г. на ОСНГТК на ВКС, постановено по тълк. д. № 1/2016 г.: „Материално легитимирани да получат обезщетение за неимуществени вреди от причинена смърт на техен близък са лицата, посочени в Постановление № 4 от 25.V.1961 г. и Постановление № 5 от 24.XI.1969 г. на Пленума на Върховния съд, и по изключение всяко друго лице, което е създадо трайна и дълбока емоционална връзка с починалия и търпи от неговата смърт продължителни болки и страдания, които в конкретния случай е справедливо да бъдат обезщетени. Обезщетение се присъжда при доказани особено близка връзка с починалия и действително претърпени от смъртта му вреди“.

⁴⁵ Конов, Тр. Цит. съч., 44-45.

⁴⁶ Пак там.

⁴⁷ Пак там.

ангажиране на договорна отговорност.⁴⁸ Тази теза се застъпва и в някои съдебни решения.⁴⁹

Предложените критерии невинаги могат да бъдат приложени в случаите, в които са възникнали вреди при или по повод оказване на некачествена медицинска помощ. При несвоевременно лечение на пневмония например теоретично може да има нарушаване както на позитивния интерес на пациента (получаване навреме на съответната за състоянието на пациента медицинска грижа, в резултат на която да се постигне търсената от пациента промяна, т.е. подобряване на здравословното състояние), така и да се засегне негативният му интерес (да се влоши състоянието му). При нарушения в алгоритмите и правилата за провеждане или разчитане на образно изследване се накърнява позитивният интерес на пациента, тъй като той не получава резултат от рентгеновата снимка, съответстващ на обективната действителност, който да изпълни своята функция. В същото време е нарушен и негативният му интерес, защото това води до поставяне на неправилна диагноза и некачествено лечение. От дадените примери е видно, че позитивният и негативният интерес трудно могат да се използват като критерии за разграничаване на двата вида гражданска отговорност. Предоставянето на некачествена медицинска помощ на даден пациент може да обоснове засягането и на двата интереса едновременно, което води до невъзможност да се разграничи в кои случаи възниква деликтна и в кои – договорна отговорност.

Разграничаване на договорната и деликтната отговорност според съдържанието на предмета на договора

В случаите, в които е оказана некачествена медицинска помощ и от нея са произтекли вреди за пациента, за разграничението между двата вида гражданска отговорност като последица от това правонарушение може да служи предметът на договора. Необходимо е да се прецени дали е налице съвпадение между предмета на договора и фактически престираното или не. Когато не е налице съвпадение, отговорността ще бъде договорна. Така например при извършване на операция за уголемяване на бюст непостигането на уговорения между страните външен вид (форма, обем) е основание за възникване на договорна отговорност. При поставяне на импланти

⁴⁸ Така и **Калайджиев, А.** Цит. съч., с. 339. Има и други становища – С. Стефанов например поддържа, че договорна отговорност възниква само ако неизпълненото облигационно задължение може да бъде защитено и чрез уредения в чл. 79 ЗЗД способ за реално изпълнение, а когато увреденото лице не разполага с иск за реално изпълнение, отговорността е деликтна. Вж. **Стефанов, С.** Гражданска отговорност при развален договор. Търговско право, 2000, кн. 4, с. 49.

⁴⁹ Р. по гр. д. № 67/2016 г. на Софийския окръжен съд; свързани дела: гр. д. № 294/2013 г. на Районния съд – Ихтиман, гр. д. № 4869/2016 г. на ВКС.

в устната кухина недобрият външен вид или неизпълнението на тяхното предназначение (да заместят изгубени зъби, да улеснят дъвкателните си способности, да коригират несъвършенства) също ще е основание за възникване на договорна отговорност. Когато обаче при изпълнение на договора е налице съответствие между уговореното и постираното (постигнат е резултатът), но са допуснати противоправни действия или бездействия, довели до засягане на телесната неприкосновеност на пациента, отговорността е деликтна. Ако например при поставяне на гърдни импланти е постигнат уговореният външен вид като форма и обем, но по време на операцията е допуснато инфектиране на организма с вътреболнична инфекция, ще възникне деликтна отговорност в тежест на медицинския специалист или лечебното заведение. Ако при поставяне на импланти в устната кухина се постигне желаният естетичен вид и се изпълни тяхното предназначение, но по време на лечението е засегнат лицев нерв или неправилно е бил изваден зъб, отговорността ще е деликтна.

Следователно деликтна отговорност ще възникне, когато са настъпили вреди, които не са в закономерна връзка с договорното изпълнение, и тези вреди са в резултат на противоправното поведение на дееца.

Разграничаване на договорна и деликтна отговорност според съдържанието на информираното съгласие

Съдържанието на информираното съгласие, предхождащо извършването на дадена дейност, също може да бъде критерий за разграничаване на двата вида отговорност. Информиранието определя част от съдържанието на договора, защото чрез него пациентът определя границите на намеса в телесната му неприкосновеност. В случай че тези граници не бъдат спазени и пациентът претърпи вреди от тази противоправна намеса в неговата правната сфера (освен в предвидените от закона случаи), ще възникне деликтна отговорност. Деликтна отговорност ще възникне и в случаите, в които изразеното съгласие не е било информирано, защото пациентът е получил невярна информация в резултат от предоставяне на некачествена медицинска помощ. В този случай той се е съгласил да бъдат извършени медицински дейности, които не съответстват на състоянието му.

Информираното съгласие играе едновременно роля както на разграничителен критерий за възникване на една от отговорностите, така и на самостоятелно основание за възникване на гражданска отговорност. Във връзка с това следва да се направи разграничение между оказването на медицинска помощ при липса на информирано съгласие (което вече беше разгледано) и оказването ѝ при изразено съгласие, което обаче

страда от някакъв порок, който не води до неговата недействителност (когато пациентът не е информиран за определени факти и обстоятелства от значение за информирания избор). В някои държави (напр. САЩ) за да възникне деликтна отговорност, пациентът, който твърди, че е нарушено правото му на информиран избор, е длъжен да установи наличието на следните предпоставки: 1). че лекарят е нарушил задължението си да предостави информация за наличието на конкретен риск; 2). че този риск е възникнал (осъществил се е); 3). че ако пациентът е знаел за този риск, е щял да предприеме друго поведение и е нямало да направи този избор и 4). че не са били налице някои от изключенията от изискването за информиране.⁵⁰ В други държави (напр. Австрия, Холандия, Унгария) се прилага принципът за разпределяне на риска от настъпилите нежелани последици от лечението.⁵¹ Накратко, според тази концепция оказването на медицинска помощ е свързано с обективни рискове от възникване на определени усложнения. Такива рискове може да настъпят или защото са присъщи за съответния диагностичен или лечебен метод, или в резултат на неправомерни действия или бездействия на медицинските специалисти. В последния случай ще възникне юридическа отговорност за медицинските специалисти като правна последица от неправомерното им поведение, довело до настъпване на вредите за пациента.

Когато усложненията настъпят като резултат от протичане на някакъв природен процес или друго събитие, недължащо се на човешко поведение, следва да се определи кой носи рискът от настъпването им. Усложненията може да се изразят в кръвоизливи или инфекции след операция; в силни болки след манипулация; в тежка алергична реакция след прием на медикамент, в разкъсване на орган, забавено зарастване на рани и пр. Основна роля в тези случаи за прилагане на принципа за риска има информираното съгласие.

Когато пациентът се е съгласил с определено лечение, манипулация, процедура, операция, след като е получил необходимата информация, рискът от възникването на конкретни усложнения, присъщи за предприетите диагностично-лечебни дейности, преминава върху него. Това е така, защото пациентът е бил уведомен за възможността да настъпят определени неблагоприятни последици и се е съгласил с тяхното настъпване по силата на принципа „комуто ползите, нему и вредите“. Обратното, когато пациентът

⁵⁰ Vansweevelt, Thierry & Glover-Thomas, Nicola (eds.). Цит. съч., р. 105. Също и: Sheley, E. Rethinking injury: The case of informed consent, *BYU Law Review*, Vol. 2015, Issue 1.

⁵¹ Ставру, Ст. Лекарската грешка. Гражданска отговорност на лекаря в практиката на ВКС, *Гражданска колегия*, с. 24.

не е бил уведомен за тези обстоятелства, рискът не се е прехвърлил върху него и отговорност за настъпването му ще се носи от медицинските специалисти, макар вредата да не е настъпила в резултат на друго нарушение на правилата за предоставяне на качествена медицинска помощ. В този случай медицинският специалист отговаря, защото е предприел медицинска интервенция, без да информира напълно пациента за възможните рискове от оказаната медицинска помощ, съответно пациентът е взел решение, без обаче да ги е приел.⁵²

Изложеното дава основание да се предложат следните критерии за разграничаване на договорната и деликтната отговорност с оглед на информираното съгласие.

При оказване на медицинска помощ при липса на предоставено съгласие за извършване на диагностично-лечебни дейности отговорността ще бъде деликтна. При изразено съгласие за оказване на медицинска помощ е необходимо да се изследва какъв е обхватът и обемът на диагностично-лечебните дейности, с които пациентът се е съгласил, както и какви са рисковете от предложената медицинска помощ, които са разяснени на пациента. В случай че вредите са претърпени в резултат от оказване на медицинска помощ извън обхвата или обема, посочени в информираното съгласие, отговорността ще бъде деликтна. Деликтна ще бъде и отговорността в случай на настъпване на усложнения от проведените диагностично-лечебни дейности, които не се дължат на оказване на некачествена медицинска помощ в останалите ѝ три форми (несвоевременна, недостатъчна и небезопасна), но за които пациентът не е бил информиран.

В обобщение следва да се посочи, че при предоставяне на некачествена медицинска помощ, изразяваща се в някоя от четирите ѝ форми, или при отклонение от уговорките между страните по договора за медицинска помощ, възниква гражданска отговорност като отрицателна последица за страната в правоотношението, която е засегнала субективното право на пациента да получи качествена медицинска помощ. Тази отговорност може да бъде както договорна, така и деликтна – видът ѝ се преценява във всеки конкретен случай с оглед предложените критерии.

§5. Заключение

В заключението са направени обобщения на изводите и констатациите, до които достига направеното изследване, както и на предложенията *de lege ferenda*, които са направени на съответните места в дисертационния труд.

⁵² Голева, П. Отговорността на лекаря за вреди, причинени на пациенти, с. 121.

III. Публикации по темата на дисертацията

След зачисляване като докторант на 16.12.2021 г. са публикувани следните статии и студии в нереферирани списания с научно рецензиране или в редактирани колективни томове:

1. Sharkova, M. Medical Malpractice Litigation and Quality Improvement in Bulgaria: De lege ferenda Alternatives to Litigation in Health Care Policy. in Health Law and Policy from East to West: Analytical Perspectives and Comparative Case Studies, edited by Katherine Fireback and Joaquin Cayon, Thomson Reuters, 2022.
2. Шаркова, М. Отговорност на лечебните заведения за вреди, причинени от вътреболнични инфекции. Сп. Публични политики, Софийски университет „Св. Климент Охридски“, vol. 13, № 2, 2022.
3. Sharkova, M. Medical Liability for Healthcare Associated Infections — Between Public Health and Patient Safety in Quality in Healthcare — Can the Law Guarantee Safe and Reliable Care for the Patient. Book of Proceedings, 8-th European Conference on Health Law, edited by Tom Goffin and Tom Baltazar, EAML, 2022.
4. Шаркова, М. Дължимата грижа при оказване на медицинска помощ. Медицинско право, бр. 1/2024 г. С.: Сиела.

UNIVERSITY OF NATIONAL AND WORLD ECONOMY
FACULTY OF LAW
Department of Private Legal Studies

SUBSTANDARD MEDICAL CARE AS A BASIS FOR CIVIL LIABILITY

THESIS ABSTRACT

Presented for the Ph.D. degree in professional direction 3.6. *Law*, scientific specialty: “Civil and Family Law”

Ph.D. candidate:
Mariya Georgieva Sharkova

Supervisor:
As. Prof. Zahari Tormanov, Ph.D.

Sofia, 2024

I. General characteristics of the dissertation work

§1. Significance of the study

The provision of medical care is an important and sensitive topic for every person, as it guarantees and realises fundamental human rights such as the right to health and the right to life. According to data provided by WHO, patient harm due to incidents related to healthcare but not related to ongoing disease is in 14th place worldwide among the causes of morbidity and mortality, together with tuberculosis and malaria. WHO estimates that adverse events are approximately 42.7 million annually out of 421 million hospitalisations.

Contemporary medical science has demonstrated extraordinary progress in treating socially significant diseases, using new technologies and introducing new diagnostic and treatment methods. At the same time, patients are becoming more demanding and informed about their rights. In its report, the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) states that due to the activities of advocates and organisations, as well as the implementation of information campaigns organised by lawyers and the media, patients are better informed about their rights, including the right to receive quality medical care and to receive compensation for harm during treatment.

Therefore, the quality of medical care should be considered not only as a concept used in health systems management and health policies. It is necessary to analyse it as a concept with legal significance, directly related with medical liability. Such a study also deserves effort because, throughout the last twenty years, there has been a tendency worldwide towards a gradual increase in the number of medical malpractice lawsuits, including in Bulgaria. In our country, only from 2015 to 2021, there was a permanent increase in the average number of lawsuits for compensation of patients for damages that occurred during medical care, compared to 2007 to 2014.

Researching the issue of substandard medical care and its relationship with the civil liability of the relevant entities is particularly important. This problem affects everyone and is directly related realization of the right to health and life. The significance of the problem is also associated with the adoption in recent years of many legal acts in health care, which directly impact the rules for the work of medical specialists and medical establishments. The discussion of those Acts in the context of the definition of substandard medical care contributes to clarifying the problem of responsibility in this area.

Finally, the data collected through the analysis of 580 court cases on claims for compensation of patients for damages caused during the provision of medical care show not only a tendency to increase in their number but also an increase in the amount of compensation

awarded for non-pecuniary damages. This fact can seriously affect not only the financial condition and stability of medical facilities but also the behaviour of medical professionals. This requires the latter to recognise this phenomenon in their practice and to inform themselves of the legal consequences of providing substandard medical care.

Clarifying several concepts related to providing substandard medical care, the methods for recognising it as a legally relevant phenomenon, and its consequences will also support the future development of case law, which ensures the protection of the violated fundamental human rights to health and life.

§2. Subject and aims of the research

The study examines the concept of quality medical care as from the lenses of the administrative and civil law. By defining it, the research gets to the essence of its opposite image—substandard medical care, its relevance and content. We study substandard medical care from its civil liability aspects.

The dissertation does not include questions about the administrative and criminal liability of medical specialists and medical institutions in case of violation of patients' rights, including the right to quality medical care. Criminal liability for causing death or bodily injury while exercising the profession of a medical specialist remains outside the scope of work.

To clarify and highlight the researched concept, the thesis works on some comparisons between substandard medical care and similar concepts and institutes. Outside the scope of work are other facts that are grounds for medical liability—for example, violation of ethical rules when providing medical assistance.

The research does not aim to cover all the legal consequences of providing substandard medical care but mainly focuses on the most common consequence—civil liability. Other possible legal consequences are subject to study in the corresponding places in the work, but only for comparison or for the completeness of the presented theses and judgments.

Finally, it is essential to note that the work is mainly concerned with revealing the essence of the concept of “substandard medical care” and the following civil liability. The research also focuses on the subjective basis of civil liability - due care and its connection with “substandard medical care”. Due to the broad scope of the problem of the civil liability of medical specialists and medical facilities, the causal relationship and questions about damages that may occur as a result of providing substandard medical care remain outside the scope of the study.

The task set in the dissertation is to clarify the concept of “substandard medical care” and its legal consequences, particularly the occurrence of civil liability. In this aspect, the research aims to solve the following specific tasks:

- clarification of the concept of “quality medical care” as a subjective right of the patient;
- clarification of basic concepts related to the legal relationship arising in connection with the provision of medical assistance, including the specific subjects of the legal relationship, the subject of the legal relationship and the legal facts that give rise to it;
- Analysis of the contract for medical assistance as a source of the legal relationship between a patient, on the one hand, and a medical specialist and (or) medical establishment, on the other;
- clarifying the essence of the individual forms of substandard medical care and offering practical tools for their identification.
- comparison of the concept of “substandard medical care” with similar concepts (defective goods, medical error);
- discussion of the nature of civil liability as a consequence of providing substandard medical care;
- Analysis and systematisation of judicial practice in the field of civil liability for the provision of substandard medical care;
- discussion of the presented problems in a comparative legal aspect, comparing their decisions with those of the jurisprudence of other countries from the continental and Anglo-Saxon legal systems.

The goal of the research is to propose conclusions logically derived from the legal analysis, to be summarised in the conclusion in the form of proposals and recommendations:

- clarification and systematisation of separate concepts and their explanation as phenomena affecting the legal sphere of patients, medical specialists, and medical institutions;
- identification of specific practical and theoretical problems related to the analysed concepts and proposals for overcoming them;
- Formulation of proposals for amendments to the regulatory framework that could improve the quality of the provided medical services.

§3. Research methods

The research uses a legal-dogmatic and sectoral approach. It studies the essence of the discussed concepts and phenomena by considering them part of the legal system. Quality medical care is a subjective right, realised within a legal relationship between individual

subjects. Substandard medical care is examined through its manifestations and analysed in the context of civil liability as its logical consequence.

The author examines the concepts from the point of view of their sectoral legal nature. During the analysis, the thesis proves that the subjective right to quality medical care is possible within the framework of the civil legal relationship. Although public relations regulating the provision of medical assistance are subject to administrative law regulation, the work focuses on the civil law essence of legal relations and their civil law consequences.

The research tasks are mostly solved using the normative method.

Thus, the author uses the concepts of normative acts and case law to research the subject.

The comparative legal method is also used in the analysis since only a few studies in Bulgarian legal doctrine on the issue can be found. This necessitates a review of the doctrine of other countries from both legal systems and searching for appropriate answers to the problems posed. In addition, the research studies the jurisprudence of several other countries, comparing it with the jurisprudence in Bulgaria. Through this method, relevant conclusions are reached, including an answer to whether and to what extent the doctrinal and practical solutions to the considered problems are applicable in the Bulgarian legal system.

The research also uses the historical method, which tracks the development and actuality of the problem over time. This reveals the concepts' significance and their gradual development by science and practice.

The modelling method involves proposing new models to overcome the identified problems to the maximum extent.

The prognostic method is based on constructing a forecast for the future state of the considered problem, with a view to possible reforms and their reflection in the healthcare field.

In the process of researching the current state and prospects for the development of ways to compensate patients, case law was collected and analysed on 580 cases initiated in the period from 2007 to 2023 (pending and precluded with an effective judicial act). Various data relevant to the subject of the study were also collected and presented for analysis.

§4. The scientific novelty of the study

The problem of the medical liability is complex. Historically, the content of this liability has caused many discussions among medical specialists and legal doctrine. Even before the Middle Ages, attempts have been made to define the basis of this responsibility as “medical error”, “medical negligence”, and “medical malpractice”. Various definitions have also been discussed in Bulgarian jurisprudence (e.g. the concept of “medical error”), and attention has

been paid to the content of the illegal act as an element of the factual composition of civil, and in particular tort, liability.

The doctrine includes numerous studies of foreign scholars and representatives of the Anglo-Saxon and Continental legal systems. Several specialists who have devoted their scientific work to legal regulation in health care have investigated this issue in Bulgaria.

In 1946, Iv. Moskov discussed the legal nature of “medical liability”, including whether it is of contractual or of civil origin. Later, in 1992, P. Donchev also paid attention to the medical criminal, disciplinary, and administrative liability.

In 1990, P. Kornazhev examined medical liability as a way of redress for damages due to medical care and discussed some of the problems of the definition of medical liability. The author rightly dwells on the difficulty in determining due care owed by doctors - whether or not to apply a given treatment method. The article in question is beneficial because it gives a clear picture of the development of this problem in the early 1990s. However, this analysis and the previous ones were made under the effect of repealed laws and in the presence of scarce judicial practice.

Sv. Slavov published the monograph "Medical Mistakes and Medical Torts" in 1996, which is dedicated to the liability of medical specialists and medical institutions when causing harm to patients. It considers the medical error as an element of the tort. A substantial part of the research focuses mainly on the criminal law aspects of the medical liability.

In the textbook *Medical Law*, Darina Zinovieva examines the issue of medical liability, paying particular attention to civil liability and accepting that it is regulated by the so-called “general regime of civil liability”. She examines the two types of liability—contractual and tortious—and the various hypotheses under which indemnification can be sought for damages caused during the provision of medical care.

St. Stavru also discusses the issue of the medical liability in the monograph “Medical Error”, which analyses the practice of the Supreme Court of Justice in cases of medical liability. The study also examines many critical theoretical questions related to the nature of medical care and medical service, the legal relationship between doctor and patient, including the term “medical tort”. The cited jurisprudence is limited to the issues resolved by the Supreme Court within the framework of the legal disputes examined, and the issue of the quality of medical care remains on the periphery of the study.

In several of her articles, Polyana Goleva also clarifies many essential aspects of the medical liability.

The development of medical science leads to an increased number of people seeking medical help; new technologies, medicinal products, and medical devices are made available, and there is an improvement in access to medical care and hospital infrastructure. Therefore, the number of injured patients due to the provision of substandard medical care rose. This trend in the development of health care leads to a growing need for patients, on the one hand, and for medical professionals, on the other, to find fair methods of redress while at the same time improving patient safety. Given this, the clarification of the problem of the quality of medical care, the definition of this concept and the analysis of the relationship between the provision of substandard medical care and the occurrence of civil liability for medical specialists and medical facilities are particularly relevant.

Understanding the quality of medical care outlines the rights of patients subject to protection and the obligations of medical specialists and medical facilities in providing medical care. This helps clarify several problems in the engagement of civil liability for harm caused to patients.

Civil liability has been explored in depth in the doctrine. However, medical liability should be clarified considering the specifics of the relationship between the patient, medical professionals, and medical establishments. The legal relationship between those entities is more remarkable since the patient is the party that needs to gain more knowledge about the subject of the legal relationship (the provision of medical assistance) and is physically dependent on medical professionals and medical facilities. The specifics of the provision of medical care affect the specific subjects (patients on the one hand and medical specialists and medical facilities on the other), the legal facts giving rise to the legal relationship and the consequences of violating the subjective right to quality medical care.

Although there are important legal studies in the Bulgarian legal doctrine by the authors mentioned above, the concept of “substandard medical care” and its relationship with civil liability has not been sufficiently studied or has been the subject of research within other specialties — healthcare management, public administration, and others. Therefore there is a need for a detailed clarification of the concept of substandard medical care both from an international legal and comparative legal point of view and as part of the positive national law of the Republic of Bulgaria. In addition, the analysis of the judicial practice shows that the case law of the Bulgarian courts is complex and contradictory due to the lack of clarity regarding the essence of various concepts related to substandard medical care and its legal consequences.

§5. Practical significance of the study

Numerous legal acts regulate the provision of medical care. This scattered regulatory framework often creates conditions for internal contradictions between the acts, ambiguities, or gaps. The dissertation studies a large volume of sources of law regulating the studied issues, paying attention to their shortcomings and their impact on law enforcement and, in particular, on judicial practice. The study derives several definitions from this analytical activity and explains various concepts with practical application.

The concepts of “quality medical care” and its antipode — substandard medical care — are defined.

The definitions could help law enforcement and judicial authorities protect patients' rights, specifically the right of every patient to receive quality medical care. Attention has been drawn to substandard medical care as an unlawful legal fact, an important element of the medical liability, which finds application in judicial activity when considering the cases of patients against medical specialists and medical institutions.

Due to the need for different standards and guidelines for good medical practice in individual medical specialties, the study proposes to overcome these gaps. It proposes definitions of untimely and insufficient medical care as substandard medical care and criteria for their establishment through the rules of formal logic, analysis of judicial practice, and views in the doctrine.

The dissertation work contains a review of the medical liability case law in Bulgaria, brings out some significant trends and also offers a critique of the judicial acts where necessary and suggests solutions to some practical problems - for example, how to determine due care of good medical professionals; what is the volume of information that the patient should receive in order to express informed consent for treatment; what constitutes medical care provided in violation of the requirement of patient safety and security; distribution of the risks in the event of complications in the patient's treatment; the importance of medical protocols and algorithms for diagnostic and treatment.

The dissertation also makes proposals “*de lege ferenda*” aimed at overcoming existing problems in the provision of medical care — providing medical care to patients who are unable to consent to treatment; disputes between parents or parents and children in connection with the treatment of minors and juvenile patients; application of evidence-based medicine in determining the methods of providing medical assistance to patients, preparation of medical standards for individual specialities, etc.

The dissertation also includes three appendixes containing lists of Bulgarian and foreign case law, which are important, both for legal practitioners and in legal theory.

§6. Volume and structure of the dissertation work

The dissertation is 257 pages long. A bibliography (12 pages) and three appendices are attached to it: a list of judicial decisions of Bulgarian courts used in the dissertation, a list of foreign court judgments used in the dissertation, and a list of ECtHR and CJEU judgments used in the dissertation. There are 565 footnotes in the study, citing 65 doctrinal sources of Bulgarian authors, 91 foreign authors, and 18 other sources (reports, analyses, dictionaries, etc.). After analysing 580 court cases on medical liability, the dissertation cites 391 Bulgarian judgements, 64 judgments of foreign courts and 29 judicial acts of the ECtHR and CJEU.

The study consists of three chapters divided into separate paragraphs; some have their substructure.

The first chapter reveals the content of quality medical care. It consists of three separate paragraphs about the historical development of the problem in the world and Bulgaria, the international legal regulation of the quality of medical care and the concept of quality of medical care from the administrative and civil law perspective. Paragraph three examines the essence of the subjective right to quality medical care and its existence within the framework of the civil legal relationship with its separate elements – subjects, subject, object and legal facts giving rise to the right.

The second chapter deals with substandard medical care and contains four separate paragraphs. The first defines the concept of "substandard medical care". The second paragraph comprises four sub-structures discussing the separate forms of substandard medical care. The dissertation continues with the study of the problem of due care in medical care and its relation to substandard medical care in the third paragraph. The fourth paragraph compares "substandard medical care" and other similar phenomena - substandard contract performance, defective goods and medical error.

The third chapter is devoted to the civil liability arising from the provided substandard medical care. It consists of four paragraphs. The first paragraph discusses some general points regarding civil liability due to substandard medical care. The following paragraphs discuss the types of civil liability that arise as a legal consequence of substandard medical care and the problem of the concurrence between the two types of liability, proposing criteria for their distinction.

II. Content of the dissertation

§1. Introduction

The introduction of the dissertation raises the problem of the provision of substandard medical care as a ground for civil liability, its importance, relevance, and the need for in-depth

study. The objectives of the dissertation work, the set tasks, and the research methods are presented. A brief overview of the content of the dissertation is provided.

Chapter one of the dissertation is entitled “Concept of Quality Medical Care” and consists of three paragraphs with their respective sub-structure. Paragraph one provides a historical overview of the problem of medical malpractice. The development of the problem worldwide from ancient times to the present is followed, including in Bulgaria.

Historically, there have been two different approaches for redress of damages due to medical malpractice. In both the Anglo-Saxon and Continental legal systems, causing harm due to substandard medical care gives rise to civil (tort or contract) liability. Many researchers define this order of compensation as "fault-based liability". The study examines the development of the problem in the USA, Great Britain, and Germany. In other countries, such as Nordic countries and New Zealand, the redress is not based on tort or contract liability but on no-fault systems. Characteristic of this type of system is the fact that the right to compensation for damages suffered by patients is not based on civil liability, as the question of the fault of the specific medical specialists who participated in the diagnosis and treatment of the patient is not examined.

The paragraph pays attention to the historical development of the problem in Bulgaria and indicates many significant studies in the area under consideration.

The second paragraph of the first chapter discusses the international legal regulation of the quality of medical care. Quality medical care is considered in the context of the right to health, guaranteed by several international acts, including the WHO Constitution, adopted in 1946. It defines the right to the highest attainable standard of good health as a fundamental right of every person. According to the WHO, this standard can be achieved by providing quality medical care, which is perceived as medical care, increasing the likelihood of achieving the desired results. The right to health is also recognised by the Universal Declaration of Human Rights (1948), as in Art. 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (including General Comment No. 14). The right to health is also guaranteed by many other international legal acts - art. 24 of the Convention on the Rights of the Child (1989), art. 5 of the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965), art. 11, Art. 12 and Art. 14 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979), art. 25 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006), Art. 3 of the Convention for the Protection of Human Rights and Human Dignity in Connection with the Application of the Achievements of Biology and Medicine.

The analysis of the international legal framework of the right to health shows that this fundamental human right can only be realised by providing quality medical care. The relationship between the quality of medical care and the responsibility of medical institutions and medical specialists for harm caused to patients is found in several definitions of quality medical care (quality of healthcare), placing safe medical care among the main elements of the concept of quality.

The author also examines the international legal regulation of quality in health care in the context of the practice of the ECtHR in connection with the protection of the right to health and the right to life guaranteed in the ECHR. The study reviews several decisions defining states' positive and negative obligations to protect the right to life (Article 2 of the ECHR) and the right to private life (Article 8 of the ECHR). The analysis shows that when dealing with cases related to the provision of substandard medical care resulting in harm to patients, the ECtHR focuses on how states guarantee the right to quality and safe treatment within the framework of their positive obligations to protect the right to life and the right to physical and mental integrity of their citizens. The ECtHR directs its efforts to identify normative and organisational deficits in individual health systems. The court's actions play an essential role in building the concept of quality medical care and stimulating countries to improve their health systems to guarantee better the patient's right to safety in medical care.

Paragraph three discusses the concept of quality medical care in positive law. First, it examines the administrative and legal regulation of the issue, including concepts such as accessibility, timeliness, sufficiency and quality. The analysis allows us to derive a definition of quality medical care: timely and sufficient safe medical care provided with the consent of the patient, by the established rules for providing medical care contained in the medical standards and the rules of good medical practice, when created conditions for its accessibility.

After clarifying the definition, the research is focused on the right to quality medical care as a subjective right of the patient, that entitles him/her to demand the provision of timely and sufficient safe medical care following the established rules for its provision, contained in medical standards and rules of good medical practice.

Since the subjective right to quality medical care is realised within a legal relationship, the third part of paragraph three is devoted to the sources of the legal relationship, its subjects, and its object. It considers the patient as a specific subject of the legal relationship related to providing quality medical care. The other parties in the legal relationship are also subject to study, such as medical specialists and medical facilities and their role in the obligation to provide quality medical care. Medical specialists are natural persons with specific

qualifications defined in the legislation. They should be members of a professional organisation as a condition to practice and carry out a specific legally regulated activity in a medical institution. Medical facilities are legal entities or natural persons that have a specific subject of activity, personnel, and structure.

The study pays attention to the subject of the legal relationship — the provision of medical care and its object — health. It also discusses if medical care and medical service are synonymous. The analysis of various provisions of the current legislation allows us to conclude that there is no significant difference between “medical care” and “medical service” concepts. These terms do not refer to different types of activities. The conclusion is that medical assistance is a complex service consisting of separate activities aimed at diagnosis, treatment, rehabilitation or prevention of various disease and non-disease processes performed by medical specialists in medical facilities.

The last part of paragraph three of Chapter One is devoted to the sources of the legal relationship between the patient, medical professionals, and medical institutions. The primary source of this legal relationship is the contract for medical care. The study drew attention to a critical specific of this contract — limited freedom of agreement for medical specialists and medical facilities, which sometimes do not have the right to refuse medical assistance (such as in emergencies).

The contract for medical assistance is bilateral, and obligations arise for both the patient on the one hand and for the medical specialist and (or) the medical facility on the other. The latter must diagnose, prevent, treat, and rehabilitate activities according to the patient's condition. The patient also assumes certain obligations, some specified in Art. 94 of the Health Act or are derived from the essence of the legal relationship that has arisen: to observe the medical institution's internal order and to fulfil the instructions and prescriptions of the medical specialists.

The contract is remunerative - although according to Art. 52, para. 1 of the Constitution of the Republic of Bulgaria, citizens have the right to health insurance, which guarantees them free use of medical care under the conditions and order determined by law; this does not mean that the contract for medical care is free of charge. Health-insured persons have the right to receive a package of health activities defined in terms of type, scope and volume. For this purpose, the NHIF concludes contracts with medical institutions for outpatient and hospital care, to which it pays for the provided medical care, defined by type in Art. 45, para. 1 Healthcare Insurance Act. Under these administrative contracts, the NHIF pays the medical facilities for the medical assistance provided to the patients upon fulfilment of certain

conditions. Therefore, although the mentioned constitutional provision provides free medical care, the concluded contract for medical care is not gratuitous.

The contract for the provision of medical assistance is consensual and informal. The contract's validity does not require the performance of a specific factual action nor a written form for the validity of the concluded contract. Consent is often achieved through conclusory actions – the patient seeks medical help from a medical specialist or a medical facility and receives it accordingly.

Indeed, the patient's treatment usually begins with his consent; however, the contract is not the only source of the legal relationship between a patient, a medical professional, and a medical facility. There are other sources of the legal relationship: The first hypothesis is related to the provision of medical assistance to a patient whose life is in immediate danger while, at the same time, he is unable to express written informed consent or, if he is incapacitated or limited in his ability to act, not timely consent may be obtained from a parent, guardian or guardian art. 89, Para. 2 of the Health Act).

The second hypothesis is related to medical compulsion — forced treatment in a medical facility, mandatory treatment and quarantine.

§3. Chapter two

The second chapter, entitled “Substandard Medical Care—concept and Content” consists of four paragraphs with their corresponding substructures.

The first paragraph discusses the concept of substandard medical care as part of medical liability.

The conclusion is that the provision of substandard medical care is an illegal act, resulting in a violation of the patient's subjective right to receive quality medical care, which in terms of content should be accessible, timely, in sufficient volume, safe and compliant with medical standards and rules for good medical practice and for the provision of which the parties have agreed.

The second paragraph is devoted to the content of substandard medical care. First, substandard medical care is provided untimely and beyond the time frame necessary for undertaking diagnostic and therapeutic activities. Such medical care results in a delay in diagnosis and a delay in the initiation of treatment measures (e.g., a delay in undertaking surgical treatment of a patient with hemorrhage resulting in severe blood loss). Untimely medical care is a form of substandard medical care, such as untimely diagnosis, appointment of appropriate treatment, and conduct of appropriate treatment or a combination thereof. A comparison was also made between untimely medical care and delays in contract performance.

Next, the study draws attention to insufficient medical care, where there is a deviation from the necessary volume of activities provided for diagnosis and treatment or a deviation in their sequence (e.g., failure to perform a particular set of laboratory tests that are important for the placement of correct diagnosis). Insufficient medical care represents illegal inaction, failure to perform one or more due diagnostic and therapeutic activities, or illegal action - performing diagnostic and therapeutic activities, but not in the necessary volume, with the necessary depth and (or) in the necessary sequence, or a combination of the three types of insufficient medical care indicated. There is also a comparison between the partial performance of a contract and insufficient medical care.

The study also includes violating patient safety as part of the content of substandard medical care. Activities that create danger for the patient (working with faulty equipment, lack of hygiene among hospital staff, or lack of instruments) are also considered, and various hypotheses in this direction are presented.

Attention was paid to an essential part of the content of substandard medical care — medical care provided in violation of the patient's right to informed consent (when the patient agreed to an intervention without being informed about the risks of this intervention; when the patient is being treated without first being informed of the need for this treatment, or the patient was not informed of his diagnosis and the need to follow specific prescriptions or recommendations).

In the framework of the mentioned paragraph, substandard medical care is provided in violation of specific agreements between the doctor and the patient, which define additional requirements for the provision of medical care - for example, the use of a specific type of anesthesia during surgery; use of laparoscopic methods instead of laparotomy in surgical intervention; participation of additional specialists in the treatment.). The stipulations may be related to specific characteristics of the medical care results that benefit the patient - achieving the desired appearance and placing dental implants in the appropriate form and of the agreed material.

Paragraph three deals with due care in the provision of medical care. It occupies an essential place in the justification of civil liability in its two types — tort and contractual. The central provision to which the doctrine refers when examining the issue of due care is Art. 63, para. 2, Obligations and Contracts Act. It stipulates that the obligation must be fulfilled with the care of a good steward unless the parties have agreed otherwise.

Although the provision is systematically placed in the part of the Obligation and Contract Law relating to the performance of contractual obligations, most authors perceive it

as a general model of behaviour applicable to both types of liability. Illegality should not be equated with failure to exercise due care. However, they are interrelated insofar as they are separate elements of the factual structure of the civil liability of medical specialists and medical institutions.

Therefore, to incur liability for medical professionals and the medical facility, it is not enough to establish substandard medical care as its provision is only one element of the liability. Its occurrence and other elements (harm and causation) suggest a lack of due care. That is why due care ensures quality medical care to the patient and is a necessary condition for its performance. To determine whether the medical professional and the medical facility exercised due care, their conduct must be compared to a particular pattern. Deviation from this pattern will mean that due care has not been taken.

The study of Bulgarian judicial practice shows difficulties in law enforcement when determining due medical care. To define the figure of the “good medical specialist”, the study discusses the views in the Bulgarian legal doctrine and the comparative legal findings. The conclusion is that the proposals in the legal theory do not solve the problems posed, and the solutions of some of the studied jurisprudence (e.g. in England) are unacceptable because they attach too much importance to expert opinions and limit the role of the court in carrying out the logical activity in law enforcement. German jurisprudence also emphasises experts' opinions while underestimating the court's role in evaluating the expertise. Objective criteria are used – for example, scientific data supporting a professional opinion or behaviour. In the USA, there are objective criteria for evaluating the expert opinions and the proposed methods of diagnosis and treatment, which the medical specialist should have applied.

The dissertation supports the German approach because of the objective criteria used by the German courts. Moreover, this approach finds support in positive Bulgarian law. In Art. 79, para. 1 Healthcare Act states that medical assistance is provided by the methods approved by science and practice. Therefore, the yardstick by which due care is judged is not the figure of the standard or average medical professional, nor of the professional who has acted as some or all of his colleagues would have acted. The proper actions or omissions of a "good medical specialist" cannot be entirely ascertained either by a review of the medical literature or by the opinions of experts, as the doctrine has thus far stated.

The proper behaviour of a “good medical specialist” should be assessed according to the current methods of providing medical assistance approved by science and practice. They are established by applying the principles of evidence-based medicine and are contained in sources of medical scientific information that are graded according to their persuasiveness.

Different sources have different degrees of persuasiveness, resp. The recommendations and conclusions contained in them are of varying degrees of applicability. This approach makes it possible to define the figure of a good medical specialist - the specialist who applies the current scientific and practical methods in providing medical care, confirmed by applying the principles of evidence-based medicine.

This definition resolves several problems in judicial practice and overcomes the shortcomings of the existing doctrinal opinions. The scale of due care cannot be determined by the recommendations in the scientific literature or by expert conclusions alone. It should also be emphasised that there may be more than one current method of conduct in some instances. Due care requires medical professionals and medical facilities to choose the safer of the two methods, which carries fewer risks of side effects.

In addition to being safer, the chosen method should cause less pain to the patient and be associated with a faster recovery. Therefore, when there is an opportunity to apply a non-operative and an operative method for diagnosis and treatment, due care requires choosing the non-operative method.

Moreover, with several established methods of diagnosis and treatment, the “good medical specialist” should apply that method for which there is more evidence for efficacy and safety contained in sources of scientific information of high credibility. At the same time, the good medical specialist applies the relevant, up-to-date methods confirmed by science and practice after the express informed consent of the patient, except in the exceptions provided by law.

In the last paragraph of chapter two, a distinction is made between substandard medical care and substandard contract performance. In addition, there is a comparison between substandard medical care and defective products in the context of treatment with medicinal products and medical devices. Attention is drawn to “medical error” and its distinction from “substandard medical care”. The conclusion is that “medical error” creates contradictions in theory and practice. It is unclear and does not clarify the content of the medical care that should be provided to the patient, nor the due medical care. On the other hand, the use and clarification of the concept of “substandard medical care” enables a much more explicit and more precise definition of the patient's subjective rights and the obligations of medical specialists and medical institutions when providing medical care, and hence - and of the legal consequences that arise as a result of damage to patients during the provision of medical assistance.

§4. Chapter Three

Chapter three, entitled “Civil Liability of Medical Specialists and Medical Facilities in the Provision of Substandard Medical Care”, consists of four paragraphs with their sub-structure.

The first paragraph briefly presents the theoretical views on civil liability and its functions. The study of the issue of medical liability requires determination of the subjects of responsibility given the fact that the legal relationship develops between a patient, on the one hand, and medical specialists and a medical facility, on the other another. When medical liability arises the subject of liability will be the party to that contract. Therefore, it is necessary to clarify in which cases the other party to the contract is a specific medical specialist and in which cases - the medical facility.

According to Art. 2, para. 1 Healthcare Establishments Act medical facilities are organizationally separate structures on a functional principle, in which doctors or dentists alone or with the help of other medical and non-medical specialists provide medical care. They provide it within the relevant medical facility, which has its own organisational structure, equipment, organisation of activities and staff. Therefore, in most cases, when providing medical care, the contractual legal relationship arises between the patient and the medical facility and not between the patient and the medical specialists working in the medical facility. This stems from the essence of medical care as a complex activity involving different specialists, equipment and infrastructure. To an even greater extent, this applies to hospital care facilities, where medical care is provided by various medical professionals (doctors, interns, nurses, and other medical staff) who work in shifts and have different functions. The patient cannot indicate which doctor should be his attending physician or choose which personnel to provide medical care, except in the cases provided by law. The rule is that the medical staff is determined ex officio according to the current schedules of the medical facility for hospital care (Article 29, Item 5 of the Ordinance on the Implementation of the Right of Access to Medical Care).

The insured patients also conclude contracts with the medical facilities rather than with specific medical specialists working in them. This is because NHIF commissions providers to provide medical care to insured patients under certain conditions. According to Art. 58 of the Health Insurance Act, healthcare providers are medical facilities or their associations, except for medical facilities under Art. 8, para. 1, item 5 of the Health Insurance Act, and national centres on public health issues under the Health Act.

It is also possible for the patient to conclude a contract with the relevant medical specialist—for example, in cases where the specialist provides medical care outside a medical

facility or when the medical facility is an individual practice for primary medical care established by a natural person in the form of an outpatient clinic for primary outpatient medical or dental care.

In the event of tortious liability, the subject of liability can be the medical specialist, who specifically violated the right to quality medical care, and the medical facility—the contractor of the work based on Art. 49 of the Obligation and Contract Act. The dissertation is limited to indicating some features of the responsibility under Art. 49 of the Obligation and Contract Law refers to the issue under consideration.

Vicarious liability based on Art. 49 of the Obligation and Contract Act occurs in cases when medical specialist works for the entity based on an employment contract or a contract to provide specific medical services to patients.

In this paragraph, some specific hypotheses of assignment of work are also investigated, for example, when providing consultative medical assistance by a republican consultant or by a specialist from another medical institution on the occasion of the treatment of a given patient.

Another feature that has been discussed in connection with the responsibility of the medical institution - the contracting authority is related to the fact that medical assistance is a complex activity that consists of different types of diagnostic and therapeutic activities. They, in turn, are rarely performed by just one specialist. At the same time, the patient does not have special knowledge to determine which specific diagnostic and treatment activities damaged him or cannot indicate which specific employees carried out these actions, respectively, have been inactive. In these cases, the responsibility of the contracting authority - a medical institution should be borne, even when it is not possible to establish who the specific provider of the substandard diagnostic and treatment activity is. This opinion is also supported by the judicial practice, according to which the contracting authority will be liable for damages even when it is not established who specifically among its employees caused these damages.

In the doctrine, there is a dispute as to whether the responsibility of the delinquent (in the specific case, the medical specialist) and the contracting party (in the specific case, the medical facility) is joint and several. Despite the differences in the opinions of the different authors, in judicial practice, the opinion is advocated that the responsibility is joint and several, respectively, from a procedural point of view, the claims against the direct perpetrator - a medical specialist and the contracting party - a medical institution can be brought against both entities at the same time.

The second paragraph examines the types of medical liability — contractual and tort — and their distinction. Regarding the limits of liability, the regulation of tort liability is

stricter. In this case, all damages that are a direct and immediate consequence of the damage are subject to compensation (Article 51, Paragraph 1 of the Contract and Obligations Act). At the same time, the amount of contractual liability can be scaled according to the type of negligence. In the event of a breach of a contractual obligation, the compensation covers the loss suffered and the lost benefit as they are a direct and immediate consequence of the non-performance and could have been foreseen when the obligation arose.

Another difference is related to damage. In tortious liability, the damages subject to compensation must always have occurred, while in contractual liability, there are exceptions to this rule (e.g., in the case of agreed penalties or deposits).

Regarding the types of damages subject to compensation, there was a significant difference between the two types of liability until the adoption of a decision of the Supreme Court from 29.01.2013. Before its enactment, jurisprudence held that no compensation was due for non-pecuniary damages resulting from contractual liability. In the interpretative decision, it is accepted that the non-fulfilment of an obligation arising under a contract may also result in non-pecuniary damages, which should be compensated.

Another essential difference between tort and contract liability concerns the possibility of liability reduction or exemption from liability. In the case of tort, the debtor's liability can be reduced based on Art. 51 of the Obligation and Contract Act in case of complicity on the creditor's part. Such, for example, are the cases in which the patient has not reported the presence of accompanying diseases, allergies or long-term complaints, as well as in the failure to take due care for the treatment of a given disease. In the case of contractual liability, a reduction and exemption from liability is allowed if the non-performance is also due to circumstances for which the debtor is not responsible. Such is the example of the placement of breast implants, which were subsequently found to have serious side effects on the body and to cause a type of malignancy, necessitating their removal and placement of new ones.

Differences also exist concerning the stipulations related to due diligence on the part of the debtor. The law allows the contract between the parties to agree that the care the debtor will take to fulfil his obligation will be less than the care due to a good steward. He can even stipulate in advance the exclusion of liability in case of negligent performance (Article 94 of the Civil Code). In case of tortious liability, such stipulations are not admissible. The question of the admissibility of advance exclusion clauses in the case of negligent medical care to a patient was discussed in Chapter Two.

Another difference between the two types of liability stems from the fact that tortious liability can arise due to the actions of third parties only in the cases provided for by law. This

is, for example, the responsibility for the actions of children or prohibited persons (Art. 47, Para. 2 and Art. 48, Paras. 1 and 2 Obligation and Contract Act), for the actions of persons to whom work is assigned (Art. 49 Obligation and Contract Act), as well as in cases provided for in special laws. Such will be the cases in which the medical institution is responsible for the unlawful culpable actions or inactions of a medical specialist to whom it has assigned work. Except by Art. 49 Obligation and Contract Act, the objective (strict, no-fault) liability of medical institutions can be borne based on Art. 50 of the Obligation and Contract Act (property damage) in cases where, for example, the patient was injured due to working with defective equipment.

While joint and several liabilities are not foreseen in contractual liability (except for commercial contracts based on Art. 304 of the Commercial Code), they are regulated in tortious liability in the event of damage caused by several persons based on Art. 53 Obligation and Contract Act. Solidarity will be present, for example, when harm is caused to a patient during an operation involving several medical professionals as a team.

Another difference in practical importance is related to the beginning of the debtor's delay. For the debtor to be in default, the claim must be due. An obligation becomes due when it becomes due. If the debtor does not perform on the due date, he defaults. The due date of the claim, arising based on a contract concluded between the parties, occurs when the creditor sends an invitation to the debtor. Such an invitation is unnecessary when the parties have set a specific deadline for implementation – the parties can set a specific date for implementation; they can agree on a particular period within which it must be fulfilled; they can determine the term with the occurrence of a particular future event. An invitation is also unnecessary when the obligation arises from unlawful damage (Art. 84, Para. 3 Obligation and Contract Act). In this case, the delinquent owes compensation immediately and without an invitation being sent to him.

The statute of limitations also runs from a different moment: in the case of torts, it is determined from the moment the perpetrator is established, and in the case of contractual liability - from the moment when the claim became due (the law may provide for another moment - for example, from the last day for which charges the penalty, per Article 114, Paragraph 4 of the Obligation and Contract Act). The limitation periods are also different - in the case of tortious liability, the term is five years. In the case of contractual liability, it is different according to the type of unfulfilled obligation (Art. 110, Art. 111 and Art. 114 Obligation and Contract Act).

It is necessary to point out one specificity of the torts in providing medical assistance. In principle, the statute of limitations begins to run from the discovery of the one who performed the tort (Art. 114, Para. 3 Obligation and Contract Act). In many cases, during the provision of medical assistance, certain complications of the provided medical assistance manifest themselves some time after the provision of substandard medical care - for example, during the birth of a child, an injury was caused, which only later led to the appearance of epilepsy and severe degree of neurological disease. In this case, the delinquent will be considered discovered from the day the damage occurred since the patient did not know the cause of this damage, respectively, for the provision of substandard medical care.

In legal disputes between patients and medical specialists or medical facilities, the question of the differences between tort and contractual liability for or in connection with the provision of medical assistance by medical specialists and medical facilities is also significant from the point of view of the correct qualification of the claims made. The claim's qualification is the court's duty, and the incorrect legal qualification is a violation of the substantive law. In addition, the correct legal qualification of the claim is vital for preparing the report under Art. 146, para. 1 of the Civil Procedure Code, on distributing the burden of proof between the parties and the court's instructions. The incompleteness and errors in the court report under Art. 146, para. 1 of the Code of Civil Procedure is essential for the correctness of the first-instance court decision.

In practice, there are often doubts about the type of liability that arises when substandard medical care is provided. The distinction between the two types of responsibility also substantiates the topic's practical importance.

In the third paragraph, the following two questions are considered: Is tortious liability admissible in the event of a contract between the parties, and is it possible, in the case of substandard medical care, to meet the factual elements of contractual and tortious liability at the same time?

In case the answer to the first question is negative, i.e. if the existence of a contract at all excludes the possibility of tortious liability arising, the possibility of fulfilling the factual elements of both types of civil liability with the same act will be denied. Suppose it is assumed, however, that the contractual legal relationship is not an obstacle between the same parties to the occurrence of tortious liability. In that case, the question arises as to whether the creditor will have the opportunity to choose in which order to protect his violated right.

In the Bulgarian legal doctrine, most opinions support the theory that a concluded contract between the parties does not exclude tortious liability between the same parties.

Lyubomir Popov opposes the thesis that the existence of a concluded contract does not exclude the possibility of tortious liability arising between the same parties. According to him, the general rule not to harm another is replaced by the special rules of the specific contract concluded between the parties. Given this, he does not allow the possibility of fulfilling the factual composition of both responsibilities in one act.

The statements developed in the doctrine concerning the relationship between contractual and delict liability require a terminological clarification. It was stated that, according to some authors, the same act could carry out the factual composition of both contractual and tort liability—some authors, including V. Beron and Al. Kozhuharov, however, uses the term "cumulation" or "cumulation". According to them, the injured party can choose the basis for claiming compensation in these cases. If the injured party can receive compensation under one legal ground, he cannot seek compensation under the other. However, if the court rejects the claim on one ground, the force of a *res judicata* will be formed only concerning that ground.

Even if one does not deny the possibility that a single act constitutes the factual composition of both contractual and tort liability, it should be noted that the term "cumulation" is not appropriate. If we assume that the injured party can choose the order of which type of civil liability to claim indemnification, indeed, he/she cannot receive compensation on both grounds. The damages cannot be cumulated because the injured party cannot be compensated twice for damages resulting from the same act. As V. Daskalov rightly notes, the most significant problem regarding the relationship between contractual and tort liability is "to what extent the subjective rights that have arisen can exist in parallel, and the injured party has the right to choose which of them to exercise". He accepts that speaking of a 'correlation' between the two types of liability is more correct, although the literature prefers the term 'cumulation'.

The opinions mentioned above of authors representing the Bulgarian legal doctrine also apply to the civil liability arising from substandard medical care. Breach of a medical care contract can give rise to both contractual and tort liability. The legal relationship that arises during the provision of medical care between a patient, on the one hand, and a medical specialist or a medical facility may arise both by a contract and because of the realisation of other legal facts. The subjective right to quality medical care is realised within this legal relationship. Its violation leads to violating absolute rights, such as the patient's right to health and life.

The existence of a legal relationship between the parties, including one arising under a concluded contract, is not an obstacle to the occurrence of tortious liability between the same

parties. Medical care is a complex activity consisting of various diagnostic and therapeutic activities to preserve human health and life. This nature leads to the fact that specific actions or inactions of the entities that perform it may go beyond the scope of the contract concluded between the parties and lead to tort liability. Polya Goleva also supports the thesis that although a contract for treatment is concluded between the doctor and the patient, this is not an obstacle to tort liability arising in the event of damage caused during or on the occasion of providing medical assistance.

She points out that the doctor's liability in case of injury to a patient is delictual because, although there is a contract between him and the patient, the former did not undertake an obligation not to cause harm but to improve the patient's health. When the patient's health is harmed, the general precept not to harm another is violated, resulting in tort liability.

However, this thesis does not consider the specifics of the legal relationship between medical professionals and patients. Damage to the patient's health can be caused by non-fulfilment of contractual obligations and violating the prohibition to harm another. The presence of physical damage caused to the patient cannot be the only reason to consider that the liability of medical professionals is tortious. In violation of the subjective right to quality medical care, there will always be some form of physical damage, but this is by no means a reason to claim that tort liability will arise in all cases.

Stoyan Stavru also accepts that a contractual relationship between two persons does not exclude the possibility of one causing unlawful damage to the other. According to him, the basis for perceiving the tortious nature of the doctor's civil liability is rooted in the fact that the wrongful act affects "one of the most important goods protected by the Constitution and the law as absolute rights - life, health, freedom of movement". According to him, tort rules provide complete protection for these goods. Indeed, the judicial practice, in large part of its decisions, qualifies the claims of injured patients or their heirs based on delict, but there is no lack of examples in the opposite sense. However, the type of good affected cannot be an entirely valid argument justifying the occurrence of one or another type of liability. Hypotheses of affecting the patient's health due to non-fulfilment of a contract are conceivable – for example, damage to the oral cavity and teeth in the event of non-fulfilment of a dental service contract.

What has been stated so far gives reason to assume that contractual and tort liability may arise in the case of substandard medical care. In most cases, the basis for the emergence of the legal relationship between the patient and the medical specialists or the medical institution is a contract for providing medical assistance. However, this circumstance does not exclude tort liability in the case of substandard medical care. However, the proposition that

providing substandard medical care can lead to the parallel occurrence of contractual and tort liability cannot be accepted. This is because the occurrence of one or the other type of liability is objectively predetermined, as Tr indicates. Konov and the injured party cannot choose whether to seek compensation on one or the other basis.

In paragraph four, objective criteria are set forth to distinguish the cases in which the factual composition of contractual or delictual liability occurs. Types of liability according to the legal fact that gives rise to the legal relationship:

In the first chapter of the dissertation, it is stated that the legal relationship between patients, medical specialists, and medical institutions often arises from a concluded contract for the provision of medical assistance. However, other hypotheses are also possible - for example, when medical assistance is provided without the patient's consent or against his will. In these cases, since there is no contract between the parties, the liability of the medical specialist or the medical facility will arise on a tortious (non-contractual) basis.

Such cases will also include those in which medical assistance was provided despite the patient's express refusal or without his consent. In both cases, consent to provide medical assistance is not available, resp. There is no contract, so the liability will be tortious.

The liability of the doctor or medical facility will also be delictual in the cases in which they were obliged to provide medical assistance. However, such was refused expressly or through conclusory actions. In this hypothesis, the consent of the medical specialist to provide medical assistance, respectively, there is no contract between the parties. When medical specialists and medical facilities are obliged to provide medical assistance (e.g. in emergencies) and do not provide such assistance, there will be a delay in the provision of medical assistance, i.e. medical help will be untimely.

The liability of doctors or medical facilities will also be tortious in cases where the relatives of a deceased patient claim compensation for damages suffered as a result of his death insofar as there is no contractual legal relationship between them and the doctors or medical facility.

However, a question arises as to whether the heirs inherit the right arising in favour of the patient to seek compensation for the damages resulting from substandard medical care. It should be assumed that the heirs inherit the right arising in favour of the patient to seek compensation for property damage suffered. The right to compensation for non-property damages is inherited only if the injured party has made such a claim during his lifetime. This thesis is also confirmed in the practice of the Supreme Court.

Distinguishing contractual and tort liability according to the theory of interest

One of the most common theories for distinguishing tort from contractual liability is that of positive and negative interest. According to this theory, when the creditor's interest "requires the preservation of the status quo", he seeks to protect his adverse interest. When he seeks "a change in the surrounding reality", the creditor seeks to protect his positive interest. The adverse interest is violated when there is an undesirable change in the creditor's legal sphere. Its purpose is to restore the previous situation, which can be achieved by engaging in tort liability. When the positive interest is violated, the creditor has yet to achieve the desired change of the objective reality. In these cases, he seeks to compensate for her absence by engaging in contractual liability. This thesis is advocated in some court decisions.

The proposed criteria cannot always be applied in cases where damages have occurred during or in connection with the provision of substandard medical care. In the case of untimely treatment of pneumonia, for example, theoretically, there can be a violation of both the positive interest of the patient (receiving in time the relevant medical care for the patient's condition, as a result of which the change sought by the patient, i.e. improvement of the state of health, will be achieved), even to affect his adverse interest (to worsen his condition). In the event of violations in the algorithms and rules for conducting or reading an imaging study, the patient's positive interest is harmed since he does not receive a result of the X-ray image corresponding to the objective reality, which fulfils its function. At the same time, his adverse interest is also violated because this leads to incorrect diagnosis and substandard medical treatment. The examples clearly show that positive and negative interest can hardly be used as criteria for distinguishing the two types of civil liability. Providing substandard medical care to a given patient can justify affecting both interests simultaneously, which leads to the impossibility of distinguishing in which cases arise and in which - contractual liability.

Differentiation of contractual and tort liability according to the content of the subject of the contract

In cases where substandard medical care was provided, and harm to the patient resulted from it, the subject of the contract can serve to distinguish between the two types of civil liability as a consequence of this offence. It is necessary to assess whether there is a match between the subject of the contract and what was pretended or not. Where there is no match, liability will be contractual. For example, when performing a breast augmentation operation, failure to achieve the appearance agreed between the parties (shape, volume) is grounds for contractual liability. When placing implants in the oral cavity, the lousy appearance or the failure to fulfil their purpose (to replace lost teeth, to facilitate chewing abilities, to correct imperfections) will also be grounds for contractual liability. However, when, during the

execution of the contract, there is a correspondence between what was agreed and what was pretended (the result was achieved), but illegal actions or omissions were committed, which led to affecting the patient's physical integrity, the liability is tortious. If, for example, during the placement of breast implants, the agreed appearance, such as shape and volume, was achieved, but during the operation, the organism was allowed to become infected with an intra-hospital infection, the tort liability of the medical specialist or the medical facility will arise. If, when placing implants in the oral cavity, the desired aesthetic appearance is achieved and their purpose is fulfilled, but during the treatment, a facial nerve is affected, or a tooth is extracted incorrectly, the liability will be tortious.

Therefore, tortious liability will arise when damages occur that are not lawfully related to the contractual performance and are the result of the actor's wrongful conduct.

Differentiation of contractual and tort liability according to the content of the informed consent

The content of the informed consent preceding the performance of a given activity can also be a criterion for distinguishing the two types of liability. Informed consent determines part of the contract's content because the patient defines the limits of interference with his bodily integrity through it. Tort liability will arise if these limits are not respected and the patient suffers damages from this illegal interference in his legal sphere (except in cases provided by law). Tort liability will also arise in cases where the expressed consent was not informed because the patient received false information due to the provision of substandard medical care. In this case, he has consented to medical activities inappropriate for his condition.

Informed consent simultaneously plays a distinguishing criterion for one of the responsibilities and an independent basis for civil liability. In this regard, a distinction should be made between providing medical care in the absence of informed consent (which has already been discussed) and providing it with expressed consent, which, however, suffers from some defect that does not lead to its invalidity (when the patient is not informed of specific facts and circumstances relevant to informed choice). In some countries (e.g. USA), in order for tort liability to arise, a patient who claims that his right to informed choice has been violated must establish the presence of the following prerequisites: 1). that the doctor violated his duty to provide information about the existence of a specific risk; 2). that this risk has arisen (realised); 3). that if the patient had known about this risk, he would have taken a different behaviour and would not have made this choice and 4). that some of the exceptions to the notification requirement were not present. In other countries (e.g. Austria, the Netherlands, and Hungary), the principle of risk sharing is applied to the adverse effects of the treatment. In short, according

to this concept, the provision of medical care is associated with objective risks of certain complications. Such risks may occur because they are inherent in the respective diagnostic or treatment method or due to wrongful actions or omissions by medical professionals. In the latter case, legal liability will arise for medical professionals as a legal consequence of their wrongful conduct, leading to harm to the patient.

When complications occur due to some natural process or another event not due to human behaviour, it should be determined who bears the risk of their occurrence. Complications can be expressed in bleeding or infections after surgery, severe pain after manipulation, a severe allergic reaction after taking medication, rupture of an organ, delayed wound healing, etc. In these cases, informed consent is key in applying the risk principle.

When the patient has agreed to a specific treatment, manipulation, procedure, or operation after having received the necessary information, the risk of the occurrence of specific complications inherent in the diagnostic and therapeutic activities undertaken passes to him. This is because the patient has been made aware of the possibility of specific adverse effects occurring and has consented to their occurrence based on the principle of "to whom it benefits harm". On the contrary, when the patient was not informed of these circumstances, the risk did not transfer to him, and responsibility for its occurrence will be borne by the medical specialists. However, the harm did not occur due to another violation of the rules for providing quality medical care. In this case, the medical specialist is responsible because he undertook a medical intervention without fully informing the patient of the possible risks of the medical assistance provided, and the patient decided without accepting it.

The preceding proposes the following criteria for distinguishing contractual and tort liability concerning informed consent.

In the case of providing medical assistance in the absence of consent to carry out diagnostic and therapeutic activities, liability will be tortious. In the case of expressed consent for medical assistance, it is necessary to examine the scope and volume of the diagnostic and treatment activities to which the patient has agreed, as well as the risks of the proposed medical assistance, which have been explained to the patient. If damages occur due to the provision of medical care beyond the scope or volume specified in the informed consent, liability will be tortious. The responsibility will also be tortious in the event of complications arising from the diagnostic and therapeutic activities carried out, which are not due to substandard medical care in its other three forms (untimely, insufficient and unsafe) but about which the patient must be informed.

In summary, it should be stated that in case of provision of substandard medical care, expressed in any of its four forms, or case of deviation from the agreements between the parties to the contract for medical care, civil liability arises as a negative consequence for the party in the legal relationship, which is affected the patient's subjective right to receive quality medical care. Given the proposed criteria, this liability can be contractual and tortious - its type is assessed in each case.

§5. Conclusion

In the conclusion, summaries of the research's conclusions and findings are made, as are the propositions *de lege ferenda*, which are made in the relevant places in the dissertation work.

III. Publications on the topic of the dissertation

After enrollment as a PhD student on 12/16/2021, the following articles and studies have been published in non-refereed peer-reviewed journals or in edited collective volumes:

1. Sharkova, M. Medical Malpractice Litigation and Quality Improvement in Bulgaria: *De lege ferenda Alternatives to Litigation in Health Care Policy*. in *Health Law and Policy from East to West: Analytical Perspectives and Comparative Case Studies*, edited by Katherine Fireback and Joaquin Cayon, Thomson Reuters, 2022.
2. Sharkova, M. Liability of medical institutions for damages caused by nosocomial infections. *Sp. Public policies*, Sofia University "St. Kliment Ohridski", vol. 13, No. 2, 2022.
3. Sharkova, M. Medical Liability for Healthcare Associated Infections — Between Public Health and Patient Safety in Quality in Healthcare — Can the Law Guarantee Safe and Reliable Care for the Patient? *Book of Proceedings, 8th European Conference on Health Law*, edited by Tom Goffin and Tom Baltazar, EAHL, 2022.
4. Sharkova, M. Due Medical care. *Medical law and healthcare*, no. 1/2024 S.: Ciela.