

Основната разлика между българския закон и руския проект се състои в това, че в първия опасността за живота е разгледана в два текста – към тежка и средна телесна повреда, което не съществува в руския проект. Такова разделяне обаче е налице в по-горе цитирания научен труд на проф. Гвоздев, където също опасността за живота е включена към два текста: тежки и по-малко тежки телесни увреждания. В приетия 7 години по-късно руски кодекс делението на телесните повреди е тристепенно, но опасността за живота е отнесена само и единствено към текстовете за най-тежката степен.

Така българският наказателен закон е създаден с една много специфична особеност, която няма аналог в никоя Европейска страна. У нас се приема опасното за живота състояние да се разглежда както към тежки, така и към средни телесни повреди, което от медицинска гледна точка е несъстоятелно и създава много трудности при квалифициране на телесните повреди. Дискусиите по този въпрос започват от началото на XX век и продължават до днес.

След смяната на политическата система на страната през 1944 г., е приет нов наказателен кодекс през 1951 г., а в последствие – трети през 1968 г. [4, 5] В системата за преценка на тежестта на телесните повреди не са направени съществени изменения и тя остава в сила и до сега. Промените в текстовете за телесни повреди във времето са незначителни и обобщени в **Таблица 1**.

Същевременно медицинската наука и практика, достъпът до медицинска помощ и възможностите за диагностика и лечение са се променили принципно през последното столетие. Променените условия рефлектират върху философията и принципите на медикобиологичната квалификация на телесните повреди. Понастоящем липсата на специфичен нормативен документ, който да поставя преценката на телесните повреди на ясни, нормативно дефинирани правила, съобразени със съвременната медицинска практика, е една от основните причини за съществуването на многобройни проблеми.

Промени са крайно належащи и би следвало те да бъдат приети след дискусия в професионалните среди на съдебни лекари и юристи. Необходимо е при изготвяне на нов Наказателен кодекс да се вземат под внимание всички натрупани противоречия от досегашното прилагане на текстовете на наказателния кодекс по отношение на телесните повреди.

Библиография

1. Костадинова Р. Кодификация на българското наказателно законодателство. Годишник на Нов български университет, 2010, с. 461-466.
2. Михайлов, Д. Основни етапи в развитието на българското наказателно право. В: Проблеми на наказателното право, Обща част, София, Сиела, 2008, с. 45.
3. Наказателен Закон на княжество България, ДВ, бр. 40 от 21.02.1896 г.
4. Наказателен кодекс, ДВ, бр. 13 от 13.02.1951 г.
5. Наказателен кодекс, ДВ, бр. 26 от 02.04.1968 г. в сила от 01.05.1968 г.
6. Токушев, Д., История на новобългарската държава и право, 1878-1944, София, 2008, с. 224
7. Гвоздев, И. К учению о телесных повреждениях: По случаю проектируемого Уголовного Уложения, Казань, Типография Императорского университета, 1885, 32 с
8. Гофман Едуард, Учебник Судебной медицины, С. Петербург, 1891 г., стр 267-280
9. Гофман Едуард, Учебник Судебной медицины, С. Петербург, 1903 г., стр 263-284
10. Громов С.А., Краткое изложение судебной медицины для академического и практического употребления, С. Петербург, 1832 г., стр. 286-310
11. Ф. А. Брокгауз и И. А. Ефрон, Энциклопедический словарь, С. Петербург, 1902 г., Брокгауз-Ефрон, 1890-1907, Том XXXIV, стр. 297-300
12. Ф. А. Брокгауз и И. А. Ефрон, Энциклопедический словарь, С. Петербург, 1898 г., Брокгауз-Ефрон, 1890-1907, Том XXV, стр. 363-364
13. Краткий курс судебной медицины по новейшим источникам, Киев, 1891, стр 38-48
14. Новое уголовное уложение, С. Петербург, 1903, стр. 149-151
15. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных, С. Петербург, 1845 г.
16. Lacassagne A. *Precis de Medicine legale*, Paris, 1906, p. 382-482

Автор

В. Доков, УНС по съдебна медицина и деонтология, МУ – Варна

ДЕОНТОЛОГИЯ И ПРОФЕСИОНАЛИЗАЦИЯ, РЕАЛНОСТИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРИЯ В НАЧАЛОТО НА XXI ВЕК¹

Л. Катрова

Въведение

Здравето е ценност, неделима от ценностната система на обществото. Постигането на здраве за отделния човек и обществото като цяло е цел и идеал, а също и предмет на професионалната дейност на лекарите и здравните организации [1]. В процеса на институционализиране на подходите за опазване на здравето се срещат „социалното“ и „професионалното“. Системите за здравеопазване осигуряват достъп до здраве, а професионалните организации формулират самозадължението на лекарите да не злоупотребяват със знанията и уменията, които ги поставят в привилегирована позиция и да действат в интерес на пациентите. Етичните норми, събрани в кодексите за лекарска етика, представляват неизменна черта на професионалната и социална идентичност на лекаря [2, 3, 4]. От друга страна, промените в регулациите се отразяват и върху организацията и функционирането на

лекарската професия, както и в позициите на медицинските професионалисти.

През последните няколко десетилетия механизмите на влияние върху процеса на вземане на професионални решения и осъществяване на професионалната дейност стават все по-сложни. Днес между лекаря и пациента съществуват различни по характер, власт и мащаб „посредници“: концепции за здравна политика, системи на финансиране, пациентски организации, професионални сдружения, държавна администрация, квази-професионалисти, самообразование/самолечение, стратифициране/специализиране на компетенциите, либерализиране на пазара на лекарства, касови сдружения и т.н. Професионалистът и професията трябва да приемат ограниченията от социален, политически и финансов характер, които произтичат както от политическата и социална рамка, така също и от големината и сложността на здравната

¹ Доклад, изнесен на конференция “50 години Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването на МУ – Варна”, 30-31 май 2014 г.

организация. Дълг на лекаря е да лекува всички, които се нуждаят, но практически той приема тези, които са „осигурени“ и/или „платежоспособни“ [5]. Задълбочаването на *пазарните отношения в здравеопазването* води до повишаване на очакванията към лекарите, но не и към подобряване на техните възможности да осигуряват достъп на населението до здравни грижи, нито към гарантиране на по-добри условия за реализация и автономия.

Несъответствието между етичните принципи на медицинските професии и социалната действителност при предоставяне на здравни грижи в началото на ХХІ век става все по-значимо. Възниква закономерният въпрос: „Доколко и доколко лекарското съсловие може да поеме ангажимент към обществото и доколко лекарят към пациента, без да се изпадне в невъзможност за изпълнение на обещаното и как да се запази доверието на обществото“? Лекарите и лекарското съсловие и в България се срещат със същите сериозни предизвикателства, които рефлектират върху тяхната социална роля и позиции, както и върху ежедневната им професионална дейност.

Цел и задачи

Целта на настоящото изложение е да представи как променящата се социално-икономическа среда предпоставя професионализацията на лекарите в България и как предизвикателствата от национален, регионален и глобален характер влияят върху традиционните възгледи за професионална автономия и социална мисия днес.

Материал и методи

Използвани са литературни източници с теоретичен и емпиричен характер, вторични статистически данни, анализ на етапите на социално-групова идентификация на лекарите и лекарите по дентална медицина в България (*Таблица 1*). Използвани са категориите „професия“, „професионализация“, „професионализъм“, „професионална етика“ и „деонтология“.

Таблица 1. Професионализация на лекарите и зъболекарите в България

Етап	от събитие	до събитие
1	1878 Разкриване на първите лекарски и зъболекарски практики	1900 Основаване на първото лекарско дружество 1905 Основаване на първото одонтологично дружество
2	1905 Основаване на професионално-съсловните организации	1944 Установяване на комунистическия режим
3	1947 Забрана на частната собственост	1974 Забрана на частната практика
4	1974 Трайно установяване на системата «Семашко»	1991 Възстановяване на частната практика
5	1991 Възстановяване на автономията със закон	2000 Радикални здравни реформи
6	2000 Завършване на преходния период	2007 Европейска интеграция

Източник: Катрова, Л. Обществено дентално здраве. Дентална професия, дентална практика, учебник по дентална медицина, "WINI 1893"София, 2011, 319 с., ISBN: 978-954-9437-26-3. (с допълнения).

Резултати и обсъждане

Развитие на здравните професии в съвременния свят

Осемдесетте години на миналия век в развитите страни се приемат за „златен век“ на професиите, в частност на лекарската професия. Въвеждането на високи технологии и гарантираният „регулиран пазар“ на здравни грижи, при за-

пазване на автономията на професиите, довеждат до стабилно повишаване на доходите на професионалистите и завиден обществен авторитет на социо-професионалната група на лекарите и зъболекарите [6, 21].

През 90-те години на ХХ в. здравно-осигурителните системи в развитите страни започват да страдат от дефицит на ресурс и ограничават обема и асортимента на покритите здравни дейности. Свиването на пазара и настъпващите „квази професии“ в Западна Европа и Скандинавските страни допълнително затрудняват запазването на пазарните ниши [6].

В същото време, след 20 години забрана на частна практика и разпускане на автономните професионално-съсловни организации в България, лекарите, денталните лекари и фармацевтите в България се „репрофесионализират“ [4]. С приемането на новото законодателство и повишените възможности за избор както за пациентите, така и за лекарите и лекарите по дентална медицина, интересът към това професионално поприще в България нараства [7, 20].

Професионализация на лекарите и зъболекарите в България

В кодекса на лекарите в България се казва: „Лекарската професия е творчество, което съчетава наука, изкуство и техника. Тя служи на живота, здравето (психическо и физическо) и работоспособността на отделния човек и целия народ. Лекарската професия е свободна професия. Тя изисква от лекаря човечност, всеотдайност и чувство за отговорност. Лекарят е длъжен да упражнява своята професия по съвест и да отговаря на доверието, което му предоставя тя“ [8, 2].

Здравеопазване и обществено здраве в „златния век“ за професиите в България

По време на преходния период към пазарна демокрация, медицинските професии получават втори шанс да се самоорганизируют и самоуправляват. След възстановяване на частната практика се възстановяват и професионално-съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (БЛС и ССБ) като обществени организации с идеална цел с доброволно членство. С приемането на Закона за Професионално-съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина членството в организациите вече има задължителен характер [2, 8, 9].

Проблеми и предизвикателства

Основните проблеми пред автономните професии на лекарите в България след 1991 година могат да се групират в две основни групи: „наследство“ от предишния период и „грешки на прехода“. В първата група могат да се причислят: свръхпроизводството на кадри, „планирана“ свръхспециализираност на кадрите, изразена феминизация, липса на координация между различните сектори на здравната служба, неадекватна система за регистриране и планиране на работната сила и др. [10].

Не по-малко съществени са проблемите, които възникват като „грешки на преходния период“. Пазарът на медицинските услуги е либерализиран, но без да се проведе приватизация на здравните заведения. Последвалата и изпреварваща приватизацията регулация, с въвеждане на здравноосигурителната система, генерира „втора паралелна инфраструктура в здравеопазването“.

Във времето на най-сериозна икономическа криза, въпреки наличие на оптимален брой здравни заведения (голяма част от които отговарящи на съответните за времето си изисквания), България изгражда още една здравна мрежа, резултат от личните усилия на свободно-практикуващите (а по-късно и на външни инвеститори). Проблемът избухва в цялата си сила днес (20 години по-късно). Неприватизираните навреме здравни заведения се рушат пред очите на лекари

и пациенти, а оборудването им се оказва морално остаряло и амортизирано.

Парадоксално е, че почти удвоеният брой здравни заведения не може автоматично да подобри и улесни достъпа на населението до здравни грижи. Още един парадокс, тогавашната конкуренция не довежда до намаляване на обществените разходи за лечение.

От друга страна, в период на икономическа криза, държавата не би могла нито да започне да купува здравните услуги за населението на пазарна цена, нито да продължава да поддържа достатъчно голям, но неефективен държавен сектор в здравеопазването. В такива случаи експертите в здравеопазването препоръчват използването на "по-евтин персонал" (помощен персонал с разширени функции, ангажиран в долекарска и първична медицинска помощ). Печално известно е опитът да се въведат „парамедици“ в спешната помощ и механичното връщане на училищните кабинети. Привидно решението би могло да е икономически обосновано. В действителност, цената е огромна. Обучават се квалифицирани професионалисти, които заминават да се реализират извън страната, а тук се предлага обучение на квази-професионалисти с разход на двойно по-голям ресурс [18, 20].

Перспективата за професионална реализация на лекарите, които освобождават работни места за квази-професионалистите, в повечето случаи, е да бъдат наети в болници, функциониращи като търговски дружества [19, 22]. Последващото синдикализиране и бюрократизиране на професията създава условия за вторична депрофесионализация [14, 15]. *Въпреки това, нито отделният лекар, нито професията като цяло могат да решат проблема с осигуряване на достъп до лечение за всички граждани* [6, 16].

Обсъждане

Успоредно с общата бюрократизация и установяване на нова корпоративна култура в материалната сфера, се наблюдава стабилна тенденция към „индустриализиране“, „машинизиране“ и „маркетинизиране“ и на здравните грижи, предпоставка за дехуманизация и дефицит на човешко внимание към пациента и страдащия човек.

В глобален план, свободното движение на капитали, ноу-хау и технологии е предпоставка за повишаване на професионализма на лекарите, но пък мобилността на професионалистите предполага повече случаи на наетост [10].

Освен това, свободното движение „пробива“ територията на професиите и „пропуска“ представители на помощните професии [14]. Ако правителството в една страна реши, че „му е скъпо да се ползва от услугите на лекари за определени лечебни дейности и делегира компетенция на „квази-професионалисти“, протестите на професионалната организация не могат да предпазят съсловието от загуба на пазарните ниши, защото по силата на Европейското законодателство легитимни квази-професии от една страна могат да се установяват свободно в друга [17, 18, 20].

Заклучения и изводи

Лекарската и зъболекарската професии в България се формират през втората половина на XIX век, но за значителен период загубват своята автономия.

Предизвикателствата от локален, регионален и глобален характер предпоставят търсене на нови измерения на деонтологичното в реалните социални практики в рамките на един нов професионално-етичен дискурс по повдигнатите теми: „социално/пазарно“, „автономия/ регулации“.

Диалогът между професията и обществото, както и ценностно-ориентираното образование може да подпомогнат професията и професионалистите за вземане на адекватни етични решения в променената социално-икономическа среда.

Библиография

1. Katrova, L. Tzv. Katrova. Politique Sociale en Europe de l'Est: le cas de la sante. In La mondialization et les Nouvelles limites du politique, под редакцията на Анна Кръстева и Антоний Тодоров. ЕОН-2000, София, 2004; pp. 209-219.
2. Катрова Л. Стоматологичната професия, състояние и перспектива, „ЛТД“-София, 1998.
3. Ginter, P. M.; Swayne, L.E.; Duncan, W. J. Strategic Management of Health Care Organizations. Blackwell Pub. 2002; Edition. 4th.
4. Haas, J. W. Shaffir, The Professionalization of Medical Students: Developing Competence And A Cloak of Competence. Symbolic Interaction. 1977; 1:71-88.
5. Hall R. H. Professionalization and Bureaucratization. American Sociological Review. 1968; (1)33:92-104.
6. Muzio D D Hodgson, Towards corporate professionalization: The case of project management, management consultancy and executive search, Current Sociology, 2011 59: 443-464.
7. Bolton, S C., D. Muzio, B-Q Carol. Making Sense of Modern Medical Careers: The Case of the UK's National Health Service, Sociology, 2011 45:682-699.
8. Боснев, Ив. История на зъболекарството в България. Скрипта периодика, 2005, 1/Суплемент.
9. Hobdell, M. J. Sinkford, L. Katrova, al. 5.2. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. Eur. J Dent Educ. 2002; 6: (Suppl. 3):167-178.
10. Катрова, Л. Здравните реформи в преходния период и техните отражения върху професията и образованието по дентална медицина в България. Здравна политика и мениджмънт, 2009;1:69-75.
11. Lorentzon M. Professionalization strategy for nurses, cheap genuine improvement in patient care? Journal of Advanced Nursing. 1994 (19):835-836.
12. Morgan P I. E. Ogbonna Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals Human Relations 2008 (1); 61:39-65.
13. Suddaby, R T. Viale. Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project, Current Sociology, 2011 59:423-442.
14. Sherohman, J. Conceptual and Methodological Issues in the Study of Role-taking Accuracy. Symbolic Interaction 1977; 1:121-131.
15. Hicks J, PNair, C P. M. Wilderom. What if We Shifted the Basis of Consulting from Knowledge to Knowing? Management Learning, 2009 40: 289-310.
16. Dahlgren G. Whitehead M. Levelling. A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. Copenhagen, World Health O R O for Europe, 2006.
17. Cowpe J., Plasschaert A., W. Harzer, H. Vinkka-Puhakka and A. D. Walmsley. Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. Eur J Dent Educ 2010; 14:193-202.
18. McMurray R. The struggle to professionalize: An ethnographic account of the occupational position of Advanced Nurse Practitioners Hum Relat 2011; 64:801-822.
19. Parzefall M R, V G Kuppelwieser. Understanding the antecedents, the outcomes and the mediating role of social capital: An employee perspective. Human Relations 2012; (4) 65:447-472.
20. Leeming. W. Professionalization theory, medical specialists and the concept of "national patterns of specialization", Soc Science Information, 3, 2001;40:455-485.
21. Gorman E H. RL. Sandefur. "Golden Age," Quiescence, and Revival: How the Sociology of Professions Became the Study of Knowledge-Based Work, Work and Occupations, 2011 38:275-302.
22. Bart van den Hooff, S M M Agterberg, M Huysman. Leading to Learn in Networks of Practice: Two Leadership Strategies, Organization Studies, 2011 32:1005-1027.
23. Muzio, D I. Kirkpatrick. Introduction: Professions and organizations – a conceptual framework, Current Sociology, 2011 59:389-405.

Автор

Проф. д-р Лидия Катрова, дм, МУ-София, ФДМ, КОДЗ, „Георги Софийски“ №1, 1431 София, e-mail: Lydia_katrova@yahoo.com