МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
СВЕТИ НИКОЛЕ
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

ФАКУЛТЕТ ЗА ПРАВНИ НАУКИ
СТУДИСКА ПРОГРАМА: ПРАВНИ СТУДИИ

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

КАЗНЕНО ПРАВНИ АСПЕКТИ НА ЛЕКАРСКАТА ГРЕШКА

СТУДЕНТ: МАРИЈА ИЛИЕВСКА
БРОЈ НА ИНДЕКС: М237015
МЕНТОР: ПРОФ.Д-Р ВАСКО СТАМЕВСКИ

Свети Николе, 2025

МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
ФАКУЛТЕТ ЗА ПРАВНИ НАУКИ
СТУДИСКА ПРОГРАМА: ПРАВНИ СТУДИИ

Тема: Казнено правни аспекти на лекарската грешка

Кандидат:Марија Илиевска

Комисија за оценка:

1 претседател_____

2 член _____

3 член_____

Свети Николе, 2025

ИЗЈАВА ЗА ОРГИНАЛНОСТ

ЛИСТА НА ТАБЕЛИ,СЛИКИ И ГРАФИКОНИ

Табела бр. 1. Пол на испитаниците 57
Табела бр. 2 Возраст на испитаниците 57
Табела бр. 3 Моментална професија 58
Табела бр. 4 Години на работа во професијата 58
Табела бр. 5 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 59
Табела бр. 6 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 60
Табела бр. 7 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 61
Табела бр. 8 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 63
Табела бр. 9 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 64
Табела бр. 10 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 65
Табела бр. 11 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 66
Табела бр. 12 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 67
Табела бр. 13 Клучни аспекти и сумирање на одговорите 69

СОДРЖИНА

АПСТРАКТ 7

ВОВЕД 10

1 ТЕОРЕТСКИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЛЕКАРСКАТА ГРЕШКА

1.1 Дефинирање на медицинските грешки 15

1.2 Историски аспекти на медицинска грешка 20

1.3 Лекарска грешка и одговорноста 23

1.4 Лекарска грешка и кривично правна одговорност 24

1.4.1 Кривични дела поврзани со лекарска грешка 27

1.5 Компаративна анализа 29

1.5.1 Кривично правен третман на лекарската грешка во земји од регионот. 30

2 МЕТОДОЛОШКИ ПРИОД КОН ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1 Предмет на истражувањето 52

2.2 Цели и задачи на истражувањето 53

2.3 Хипотези на истражувањето 53

2.4 Варијабли на истражувањето 54

2.5 Методи, техники и инструменти на истражувањето 54

3 РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

3.1 Анализа на добиените резултати 57

3.2 Дискусија 69

ЗАКЛУЧОК 72

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА ..... А

АПСТРАКТ

Медицинската грешка вклучува неуспех на здравствениот работник да ги исполни прифатените стандарди на пракса, што резултира со штета на пациентот. Оваа штета може да варира од помали повреди до тешки компликации, па дури и смрт. Разликата помеѓу медицинската компликација и медицинската грешка често е нејасна, што го прави предизвикот на определувањето на кривичната одговорност. Според правната рамка на Северна Македонија, како што е наведено во Кривичниот законик, несовесното постапување со пациентите е примарен прекршок за справување со медицински грешки.

Беа спроведени интервјуа со 40 испитаника, вклучително и даватели на здравствени услуги и правни професионалци, за да се доловат различните перспективи за медицинските грешки. Овие интервјуа беа дополнети со преглед на релевантни правни документи, студии на случај и академска литература. Демографските податоци на учесниците беа анализирани за да се обезбеди сеопфатен контекст за одговорите. Истражувачките варијабли вклучуваат законска рамка, обука и сертификација, протоколи за комуникација и инциденца на медицински грешки. Резултатите откриваат неколку критични сознанија за системските и индивидуалните фактори кои придонесуваат за медицински грешки. Идентификуваните клучни теми вклучуваат несоодветна обука, недостиг на ресурси и неуспеси во комуникацијата. Анализата го истакнува значителното незадоволство од постојната законска рамка, при што испитаниците ја нагласуваат потребата од специјализирана обука за правните професионалци и формирање на етички комисии во рамките на здравствените институции.

Од истражувањето се заклучува дека координираниот одговор е важен за решавање на медицинските грешки во Северна Македонија. Реформите треба да имаат приоритет на правната јасност, зајакната професионална обука и системските промени за да се поттикне културата на безбедност и одговорност. Формирањето етички комитети и имплементацијата на транспарентни системи за пријавување грешки се клучни чекори кон постигнување на овие цели. Со интегрирање на овие мерки, здравствениот систем може да ја намали преваленцата на медицински грешки, да ја зајакне довербата и да ги подобри исходите на пациентите. На крајот на краиштата, студијата повикува на заеднички напори меѓу креаторите на

политиките, давателите на здравствени услуги и правните професионалци за да се создаде побезбедна и поефикасна здравствена средина.

Клучни зборови: медицински грешки, Кривично право, Северна Македонија, безбедност на пациентите.

ABSTRACT

Medical malpractice involves the failure of a healthcare professional to meet accepted standards of practice, resulting in harm to a patient. This harm can range from minor injuries to serious complications and even death. The distinction between medical complication and medical error is often unclear, making the determination of criminal liability challenging. Under the legal framework of North Macedonia, as set out in the Criminal Code, negligent treatment of patients is the primary offence for addressing medical errors.

Interviews were conducted with 40 respondents, including healthcare providers and legal professionals, to capture different perspectives on medical errors. These interviews were supplemented by a review of relevant legal documents, case studies and academic literature. Demographic data of the participants were analyzed to provide comprehensive context for the responses. Research variables included legal framework, training and certification, communication protocols and incidence of medical errors. The results reveal several critical insights into the systemic and individual factors that contribute to medical errors. Key themes identified include inadequate training, lack of resources, and communication failures. The analysis highlights significant dissatisfaction with the current legal framework, with respondents emphasizing the need for specialized training for legal professionals and the establishment of ethics committees within healthcare institutions.

The research concludes that a coordinated response is essential to address medical errors in North Macedonia. Reforms should prioritize legal clarity, enhanced professional training, and systemic changes to foster a culture of safety and accountability. The establishment of ethics committees and the implementation of transparent error reporting systems are key steps toward achieving these goals. By integrating these measures, the healthcare system can reduce the prevalence of medical errors, strengthen trust, and improve patient outcomes. Ultimately, the study calls for collaborative efforts among policymakers, healthcare providers, and legal professionals to create a safer and more efficient healthcare environment.

Keywords: medical errors, Criminal law, North Macedonia, patient safety.

ВОВЕД

Лекарска грешка, честопати наречена „медицинска грешка“, може да има длабоки импликации за пациентите, здравствените работници и општеството во целина. Во контекст на Северна Македонија, каде што здравствениот систем минува низ значајни реформи, разбирањето на кривичната одговорност поврзана со медицинските грешки е од клучно значење за обезбедување правда и одржување на довербата на јавноста во давателите на здравствени услуги.

Медицинската грешка вклучува неуспех на здравствениот работник да ги исполни прифатените стандарди на пракса, што резултира со штета на пациентот. Оваа штета може да варира од помали повреди до тешки компликации, па дури и смрт. Разликата помеѓу медицинската компликација и медицинската грешка често е нејасна, што прави предизвик и определување на кривичната одговорност. Според правната рамка на Северна Македонија, како што е наведено во Кривичниот законик, несовесното постапување со пациентите е примарен прекршок за справување со медицински грешки. Ова е дефинирано во член 207 од Кривичниот законик, кој прецизира дека само здравствените работници, како што се лекарите и стоматолозите, можат да одговараат за ова дело. Оваа категоризација го става под delicta propria, што значи дека само оние со специфични професионални квалификации можат да бидат сторители на ова кривично дело[1].

Еден од критичните аспекти на утврдување на кривичната одговорност во случаи на лекарска грешка е концептот на lege artis, кој се однесува на придржување до прифатените медицински стандарди за грижа. Од здравствените работници се очекува да обезбедат ниво на грижа што е во согласност со она што би го обезбедил разумно компетентен професионалец во истата област во слични околности. Доколку дејствијата на здравствениот работник значително отстапуваат од овие стандарди, што резултира со повреда на пациентот, тој може да биде кривично одговорен. Користењето очигледно несоодветен метод на лекување или неуспехот да

[1] Тупанчевски, Н., Деаноска Трендафилова, А., & Киприjановска, Д. (2012). *Медицинско казнено право*. Скопје: Правен факултет „Јустинијан Први“.

се спроведат потребните хигиенски мерки се сметаат за груби професионални грешки според Кривичниот законик на Северна Македонија[2].

Сепак, важно е да се напомене дека не секое отстапување од стандардот на грижа претставува кривична одговорност. Дејствијата мора да претставуваат значително отстапување од прифатените практики и да резултираат со штета на пациентот за да се утврди кривична одговорност. Правната рамка во Северна Македонија, исто така, се занимава со прашањето на каузалноста, што е од клучно значење за утврдување на кривичната одговорност. Мора да постои директна причинско-последична врска помеѓу несовесниот чин и штетата што ја претрпел пациентот. Ова значи дека влошувањето на здравјето на пациентот мора да биде директен резултат на активностите на здравствениот работник, наместо природна прогресија на основната болест или други фактори. Овој аспект на каузалноста може да биде комплициран, бидејќи природата и сериозноста на состојбата на пациентот може да придонесат за негативни исходи дури и во отсуство на невнимание. Во такви случаи, ако здравствениот работник може да покаже дека даденият третман бил во согласност со lege artis и дека негативниот исход бил неизбежен, тие не можат да бидат кривично одговорни[3].

Исто така, правната рамка во Северна Македонија препознава различни степени на небрежност, кои може да варираат од мало невнимание до грубо невнимание. Степенот на небрежност игра клучна улога во одредувањето на тежината на казната. Големата небрежност, која вклучува сериозно отстапување од стандардот на грижа, е поверојатно да резултира со кривични пријави во споредба со малата небрежност, што може да доведе само до граѓанска одговорност. Разликата помеѓу овие нивоа на небрежност често е прашање на правно толкување и бара внимателно разгледување на фактите и околностите околу секој случај[4].

[2] Камбовски, В. (2011). *Коментар на Кривичниот законик на РМ (I издание)*. Скопје: Матица Македонска.
[3] Кривичен законик на РМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 7 /08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/2011, 142/2012, 166/2012, 55/2013).
[4] Закон за здравствена заштита (Службен весник на РМ бр. 43/12, 145/12, 10/13, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16 и 37/16).

Криминализацијата на медицинските грешки има значителни импликации за здравствениот систем. Тоа може да создаде клима на страв меѓу здравствените работници, што ќе доведе до одбранбена медицина, каде што лекарите и другите здравствени работници може да избегнуваат високоризични процедури или случаи за да се минимизира нивната законска изложеност. Ова може да има штетно влијание врз грижата за пациентот, бидејќи здравствените работници може да им дадат приоритет на правните размислувања пред најдобриот интерес на пациентот. Затоа, иако е од исклучително значење здравствените работници да бидат одговорни за нивните постапки, правната рамка мора да воспостави рамнотежа помеѓу заштитата на правата на пациентите и дозволувањето на здравствените работници да ги извршуваат своите должности без страв од неправедно гонење[5].

Покрај аспектите на кривичното право, медицинската небрежност вклучува и граѓанска одговорност, каде што пациентите можат да бараат компензација за претрпената штета поради медицинска небрежност. Правната рамка во Северна Македонија обезбедува механизми пациентите да бараат отштета и за материјална и за нематеријална штета. Материјалните штети вклучуваат директни финансиски загуби, како што се: медицински трошоци и изгубени плати, додека нематеријалните штети покриваат болка и страдање, психичко вознемирување и губење на квалитетот на животот.

[5] Давитковски, Б., Тупанчевски, Н., Павловска Данева, А., Деаноска Трендафилова, А., Чакар, З., Караџинска Бислимовска, Ј., Спасовски, М., & Ќосевска, Е. (2009). *Право и јавно здравство*. Скопје: Универзитет „Св. Кирил и Методиј“.

ТЕОРЕТСКИ ПРИОД КОН ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.ТЕОРЕТСКИ ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЛЕКАРСКАТА ГРЕШКА

Медицинските грешки претставуваат една од најитните проблеми во модерната здравствена заштита, што значително влијае на безбедноста на пациентите и квалитетот на здравствената заштита ширум светот. Овие грешки може да варираат од помали инциденти со занемарливи ефекти врз здравјето на пациентите до катастрофални настани што резултираат со тешки повреди или дури и смрт. Во текот на изминатите неколку децении, има се поголемо признавање на распространетоста и влијанието на медицинските грешки, поттикнати од зголемениот акцент на безбедноста на пациентите и квалитетот на грижата. И покрај напредокот во медицинската технологија и практики, сложеноста на здравствените средини, во комбинација со ограничувањата на човековите перформанси, го прави појавата на медицински грешки речиси неизбежна. Сепак, систематскиот пристап за идентификување, известување и ублажување на овие грешки е од клучно значење за подобрување на безбедноста и ефикасноста на системите за испорака на здравствена заштита.

Светската здравствена организација проценува дека милиони пациенти на глобално ниво се погодени од медицински грешки секоја година, при што

значителен дел од овие инциденти може да се спречат[6]. Според Институтот за медицина, во нивниот историски извештај „To Err Is Human“, до 98.000 смртни случаи годишно само во Соединетите Држави може да се припишат на медицински грешки што може да се спречат [7]. Овој извештај беше повик за будење, што доведе до глобално движење насочено кон подобрување на безбедноста на пациентите и спроведување стратегии за намалување на инциденцата на такви грешки.

Медицинските грешки може да се категоризираат во различни видови, вклучувајќи: дијагностички грешки, грешки во третманот, превентивни грешки и грешки во комуникацијата. Дијагностички грешки се јавуваат кога дијагнозата е пропуштена, неточна или одложена, што често доведува до несоодветен третман и негативни исходи на пациентот[8]. Грешките во третманот вклучуваат грешки во администрирањето или управувањето со терапијата, како што се грешки во лековите или хируршки компликации[9]. Превентивните грешки се однесуваат на необезбедување соодветни превентивни мерки, додека грешките во комуникацијата се јавуваат поради погрешна комуникација помеѓу давателите на здравствена заштита или помеѓу давателите на услуги и пациентите[10]. Секоја од овие категории опфаќа широк спектар на сценарија, од кои сите може да имаат значителни последици за здравјето на пациентот.

Човечките фактори, како што се: когнитивните предрасуди, заморот и несоодветната обука, играат голема улога во појавата на грешки[11]. Системските прашања, вклучително и лошата комуникација, несоодветното екипирање и неисправните организациски процеси, придонесуваат за голем број медицински грешки[12]. Интеракцијата помеѓу овие човечки и системски фактори создава комплексна мрежа на потенцијални точки на грешка, што го прави предизвикот да се изолираат и да се решат основните причини за грешките во здравствените поставки.

---

[6] World Health Organization. (2024). Patient safety. September 09, 2024, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

[7] Institute of Medicine. (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press, pp.18.

[8] Graber, M. L., Franklin, N., & Gordon, R. (2005). Diagnostic error in internal medicine. Archives of Internal Medicine, 165(13), 1493-1499.

[9]Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). To err is human: Building a safer health system. National Academy Press.

[10] Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Quality and Safety in Health Care, 13(suppl 1), i85-i90.

[11] Reason, J. (2000). Human error: Models and management. BMJ, 320(7237), 768-770.

[12] Danzon, P. M. (1985). Medical malpractice: Theory, evidence, and public policy. Harvard University Press, 208.

Правните импликации на медицинските грешки варираат во различни правни системи, но тие генерално вклучуваат граѓански и кривични одговорности за давателите на здравствени услуги и институциите. Во многу земји, законите за медицински грешки обезбедуваат рамка за пациентите да бараат компензација за штетата предизвикана од медицински грешки[13].

Сепак, заканата од судски спор понекогаш може да доведе до одбранбена медицина, каде давателите на здравствени услуги даваат приоритет на правната заштита пред оптималната грижа за пациентите[14].

Овој феномен ја нагласува потребата за урамнотежен пристап кој ги држи давателите на услуги одговорни, а истовремено негува култура на учење и подобрување. Напорите за намалување на медицинските грешки доведоа до развој на различни системи за известување и безбедносни протоколи. Се покажа дека имплементацијата на електронски здравствени досиеја ги намалува грешките при земање лекови преку подобрување на точноста и пристапноста до информациите за пациентот[15]. Слично на тоа, стандардизираните хируршки контролни листи биле ефективни во намалувањето на инциденцата на хируршки компликации[16]. И покрај овие достигнувања, остануваат предизвиците во создавањето здравствена средина која постојано дава приоритет на безбедноста на пациентите. Иако е постигнат напредок во разбирањето и спречувањето на овие грешки, потребни се континуирани напори за да се развијат поефикасни стратегии за подобрување на безбедноста на пациентите. Ова бара соработка меѓу давателите на здравствени услуги, креаторите на политики и пациентите за да се создаде култура која ја вреднува транспарентноста, одговорноста и постојаното подобрување.

1.1 Дефинирање на медицинските грешки

Медицинските грешки често се мешаат со медицински грешки, но овие термини не се синоними. Медицинската грешка се однесува на неуспехот на давателот на здравствена заштита да го исполни стандардот на грижа што се очекува

[13] Studdert, D. M., Mello, M. M., & Brennan, T. A. (2004). Medical malpractice. New England Journal of Medicine, 350(3), 283-292.
[14] Исто така
[15] Bates, D. W., & Gawande, A. A. (2003). Improving safety with information technology. New England Journal of Medicine, 348(25), 2526-2534.
[16] Исто така

во нивната професија, што резултира со штета на пациентот. Тоа вклучува правна пресуда дека давателот на здравствена заштита ја прекршил својата должност за грижа[17]. Медицинската небрежност е подгрупа на малверзации што се фокусира на недостаток на соодветна грижа или непреземање на неопходните мерки на претпазливост за да се избегне штета[18]. Затоа, иако целата медицинска небрежност може да се смета за медицински грешки, не сите медицински грешки се класифицирани како небрежност или небрежност.

Грешките во комуникацијата, кои се вообичаени во здравствени услови, вклучуваат неуспеси во размената на информации помеѓу давателите на здравствени услуги или помеѓу давателите на услуги и пациентите, што може да резултира со несоодветна или одложена грижа[19]. Комплексноста на здравствените системи често придонесува за појава на медицински грешки. Едно истражување на Kohn откри дека над 70% од медицинските грешки се припишуваат на системски проблеми, а не на индивидуални грешки[20]. Тие вклучуваат фактори како што се: несоодветно екипирање, недостаток на соодветна обука, недоволни ресурси и неисправни организациски процеси. Интеракцијата помеѓу човечките фактори, како што се когнитивните предрасуди, и проблемите на ниво на системот создава плодна почва за појава на грешки.

Законските дефиниции за медицинската грешка значително се разликуваат помеѓу правните системи, но тие генерално се усогласуваат со концептот на штета што може да се спречи предизвикана од медицинска нега. Во Соединетите Американски Држави, медицинските грешки често се оценуваат во рамките на медицинските грешки, каде стандардот на обезбедената нега се споредува со она што разумниот здравствен работник би го направил под слични околности[21]. Во Обединетото Кралство, правниот систем, исто така, разгледува дали пружената

[17] Bates, D. W., & Gawande, A. A. (2003). Improving safety with information technology. New England Journal of Medicine, 348(25), 2526-2534.
[18] Grossman, S. A., Gurley, K. L., & Wolfe, R. E. (2020). The ethics of error in medicine. *Rambam Maimonides Medical Journal*, *11*(4), e0033.
[19] Kumar, S., & Steinebach, M. (2008). Eliminating US hospital medical errors. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *21*(5), 444-471.
[20]Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press.
[21] Miziara, I. D., & Miziara, C. S. M. G. (2022). Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics*, *77*, 100053.

грижа паднала под прифатливиот стандард, но вклучува понијансирана евалуација на факторите на ниво на системот кои можеби придонеле за грешката[22].

Третманот е процедура во која пациентот често е изложен на опасност и ризик од оштетување на здравјето. Иако постојат бројни дела достапни во литературата кои се занимаваат со дефинирање на разликата помеѓу професионална грешка и компликација, тоа не е секогаш толку едноставно. Критериумите што ги користиме се одредени од нивото на секојдневно медицинско знаење на меѓусебните односи, како и условите под кои се обезбедува здравствена заштита. Дефиниција на лекарска грешка како штетна последица на несоодветен третман, компликации како штета и покрај навременото и соодветно лекување со правилна опрема и организација на работата и неизбежен исход како последица на односот на состојбата на организмот и тежината на болеста, делумно се преклопуваат и имаат ист именител: продолжување на лекувањето, трајна или привремена неспособност или смрт. Често е невозможно да се процени колку неизбежниот исход е забрзан со можна грешка или компликација.[23]

Можеме да кажеме дека медицинска грешка е ненамерна, непосакувана штета за пациентот, предизвикана од штетен третман. Грешката може да ги вклучи сите грешки во дијагнозата, третманот и последователната грижа, како и грешките во третманот кои настануваат поради занемарување или отстапување од медицинската наука. За разлика од грешката, компликациите се јавуваат и покрај медицински правилната и навремена процедура, која е извршена со правилна употреба на правилна опрема, а неизбежниот исход настанува и покрај навремените и правилни постапки на лекарот и поради неможноста за излекување, т.е. фатална болест, старост, откажување на органите и слично. [24]

Од медицинска гледна точка, компликацијата е јасен термин и значи несакан и често неочекуван развој и исход на некоја ситуација (на пр. нова болест, неочекувана смрт итн.) , секоја влошена здравствена состојба која станала посложена и потешка отколку што беше пред да се појави компликацијата. Иако

[22] Mazor, K. M., Simon, S. R., & Gurwitz, J. H. (2004). Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Archives of internal medicine*, *164*(15), 1690-1697.
[23] Petrović, O. (2013). Treba li odlučivati između komplikacije i stručne pogreške. *Liječnički vijesnik*, 135(7), 135.
[24] Исто така

претходно јасно го дефиниравме поимот компликација, од судско-медицинска гледна точка, терминот медицинска компликација е често чувствителна тема, со многу нејаснотии, сомнежи и различни мислења. Причината треба да се бара во тоа што се работи за тешки и тешки последици кои вклучуваат кривична одговорност. Компликација може да настане како резултат на природниот тек на болеста, како и комбинација на случајни околности. Иако секогаш имплицира нешто несакано, неповолно и негативно, самиот факт на постоење на компликација не треба априори да се сфати како резултат на лекарска грешка и несовесни постапки на лекарот, ниту пак треба да ја прејудицира вината на лекарот, туку треба да не се сфати ниту како безбедно решение кое безусловно води кон ослободување од секаква одговорност (морална, материјална, кривична) за неговото потекло.[25]

Од друга страна, иако изгледа едноставна задача, дефинирањето на професионална медицинска грешка не е лесно. Имено, лекарот работи според правилата на професијата кога своите аргументирани одлуки и постапки ги заснова на важечката доктрина, принципи и постулати на лекарската професија, кога избира соодветна професионална дијагностичка метода врз основа на неговата клиничка проценка, и доколку во соодветни услови (на пр. во опкружување на операциона сала, болница, породилиште,...) правилно да ги применуваат достапните соодветни средства и методи на лекување (на пр. инструменти, методи, уреди,...). Затоа, кога некој сака да укаже на лекарска грешка, во одлуките или постапките на лекарот мора да се најдат докази за повреда на медицинската доктрина, за непочитување или занемарување на професионалните принципи, кршење или избегнување на важечки општи или посебни правила. на професијата, односно примена на очигледно погрешни, целосно несоодветни методи и методи на лекување. Исто така, медицинска грешка може да се квалификува како очигледна погрешна интерпретација на медицинските наоди што резултира со погрешна одлука, односно метод на лекување со негативен исход за пациентот.[26] Во клиничката пракса, медицинските грешки може да се поделат во четири основни категории: дијагностички, третмански, превентивни и други грешки, вклучувајќи и дефекти во

[25] Šobat, H. (2008). Razlika između pogreške i komplikacije u naknadi štete. *Liječnički vijesnik,* 130(7), 303.
[26] Bošković, Z. (2007). *Medicina i pravo*. Zagreb: Pergamena., pp.107.

комуникацијата[27]. Дијагностички грешки се јавуваат кога некоја состојба е пропуштена, погрешна или доцна дијагностицирана, што често доведува до несоодветен третман. Грешките во лекувањето вклучуваат грешки направени за време на хируршки процедури, грешки со лекови и неправилна администрација на терапии[28].

Превентивните грешки вклучуваат неуспех да се обезбедат соодветни превентивни мерки, како што се вакцини или скрининг, што доведува до компликации што може да се спречат[29]. Работењето според правилата на професијата е едно, а резултатите на таа професионална работа е сосема друга. Доколку лекарот работи според правилата на професијата, тоа сè уште не е гаранција за оптимално техничко изведување на процедурата, како и поволен краен резултат од лекувањето, така што крајниот резултат од лекувањето не може да биде клучниот критериум што утврдува (не)постоење на лекарска грешка.

Од ова може да се заклучи дека извршувањето на дијагностичка или терапевтска процедура, операција или која било друга мерка на третман, која би резултирала со неповолен исход, не може да се прогласи за професионална лекарска грешка доколку е направено lege artis, т.е. а правилата на медицината се почитувале цело време професијата и избирале признати и соодветни дијагностички методи, методи, средства и услови на лекување.25[30] Значи, лекарската грешка секогаш подразбира одредено отстапување од стандардите на лекарската професија, се јавува компликација и покрај навремено и правилно извршено лекување во согласност со тој стандард, исто како и неизбежниот исход кој секогаш е предизвикан од околности надвор од влијанието на лекарот.

Така, наједноставен пример е употребата на лек, односно медицинско помагало пропишано од лекар, по што може да се надоврзе појава на компликации кои се јавуваат од различни причини, како што се возраста на пациентот, природата и фазата на болест, фактори на ризик, други болести од кои страда или претрпел

[27] Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H., & Rosenthal, G. E. (2008). Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals. *Archives of internal medicine*, *168*(1), 40-46.
[28] Hayward, R. A., & Hofer, T. P. (2001). Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Jama*, *286*(4), 415-420.
[29] FitzGerald, R. J. (2009). Medication errors: the importance of an accurate drug history. *British journal of clinical pharmacology*, *67*(6), 671-675.
[30] Mujkić, E. (2015). Medicinska greška kao krivično-pravno pitanje. *Pravni savjetnik*, 5, pp.19.

пациентот, природата и тежината на повредата, биолошкиот одговор на организмот, кои се поврзани со несоодветната работа на лекарот. Исто така, во контекст на разгледуваниот пример, треба да се истакне дека употребата на лекот, иако во пропишаната доза и на пропишаниот начин, секогаш со себе носи ризик од појава на „несакан ефект на лекот “, како и „сериозен негативен ефект на лекот“, кој може да влијае на здравјето на состојбата и животот на пациентот.[31]

Лекарите и адвокатите инсистираат да се направи разлика помеѓу професионалната медицинска грешка, компликацијата и несаканиот исход. Инсистирањето на разликата се заснова, пред сè, на фактот дека, за разлика од медицинската грешка, компликацијата и несаканиот исход не претставуваат израз на неправилно лекување и не повлекуваат одговорност на лекарот.[32] Според дефиницијата и значењето, медицинската грешка и компликацијата не се во ист концептуален ранг и тие не треба да се гледаат како нужно зависни променливи. Во случај на медицинска компликација, секогаш треба да се постави прашањето дали воопшто има некои елементи на медицинска грешка и доколку постојат, дали може објективно и причински да се поврзат со неа. Вината и одговорноста на лекарот може да постојат само во случај кога ќе се воспостави причинско-последична врска помеѓу лекарската грешка и настанатата штета или компликација.

1.2 Историски аспкети на медицинска грешка

Концептот на медицинска грешка значително еволуираше низ вековите, под влијание на промените во медицинската пракса, законските рамки и општествените очекувања од здравствената заштита. Разбирањето на неговата историска позадина е од клучно значење за да се вреднуваат сегашните напори за безбедност на пациентите и квалитетна нега.

Во античките цивилизации, лекарите често се сметале за непогрешливи личности. Во општествата како древниот Египет и Месопотамија, исцелители се сметаа за посредници помеѓу божественото и човечкото, а нивните постапки ретко беа доведени во прашање. Кодексот на Хамураби (околу 1754 г. п.н.е.) е еден од

[31] Đurišić, J. (2017). Sporna pitanja u vezi krivičnim djelom nesavjesno pružanje ljekarske pomoći. *Anali Pravnog fakulteta u Beogradu* ,pp.161.
[32] Miličić, V. (1996). *Deontologija profesije liječnik: život čovjeka i integritet liječnika, ćudoredna raskrižja bioetike*. Zagreb: Pravni fakultet Univerziteta u Zagrebu, pp.34.

најраните познати правни документи за решавање на медицинските грешки. Тој предвидува строги казни за лекарите кои предизвикуваат штета на пациентите, вклучително и ампутација на рацете за хируршки неуспеси. Ова рано правно признавање на медицинската грешка ги истакна високите влогови на медицинската пракса, но направи малку за да се справи со системските прашања кои придонесуваат за такви грешки [33].

Во текот на средниот век, медицинската пракса била во голема мера под влијание на црквата, а грешките честопати се припишувале на морални или духовни пропусти, а не на технички грешки. Оваа перспектива почна да се менува со ренесансата и последователното просветителство, кое го нагласи научното истражување и рационалната мисла. Лекарите почнаа да се гледаат повеќе како професионалци обврзани со етичките стандарди, а фокусот беше префрлен на подобрување на медицинското знаење и техники за намалување на грешките. 19 век означи пресвртница во разбирањето и управувањето со медицинските грешки. Во Соединетите Држави, првиот значаен бран на судски спорови за медицински грешки се случи помеѓу 1835 и 1865 година. Подемот на тужби за небрежност ја поттикна медицинската заедница да започне со формализирање на професионалните стандарди и практики за заштита и на пациентите и на лекарите[34].

На почетокот на 20 век, извештајот на Флекснер од 1910 година значително го реформира медицинското образование во Соединетите Држави, промовирајќи научен и базиран на докази пристап кон медицинската обука. Ова ја постави основата за посистематски пристап кон намалување на медицинските грешки преку подобрено образование и клиничка пракса. Сепак, дури во втората половина на 20 век, прашањето за медицинската грешка почна да се решава посистематски. Современото движење за безбедност на пациенти започна сериозно кон крајот на 20 век. Објавувањето на студијата за медицинска пракса на Харвард во 1991 година беше клучен момент, откривајќи дека несаканите настани се случиле кај приближно 3,7% од хоспитализациите во државата Њујорк, а повеќе од половина од нив се должат на медицински грешки[35]. Оваа студија ја истакна распространетата природа

[33] Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA, 272*(23), 1851-1857.
[34] Institute of Medicine. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, pp.27.
[35] Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA, 272*(23), 1851-1857.

на проблемот и повика на систематски промени за подобрување на безбедноста на пациентите.

Објавувањето на извештајот на Институтот за медицина, „Да се греши е човек“, во 1999 година беше уште еден момент. Во извештајот се проценува дека медицинските грешки предизвикуваат до 98.000 смртни случаи годишно во Соединетите Држави, бројка што ја шокираше и јавноста и медицинската заедница. Овој извештај го катализираше глобалното движење за подобрување на безбедноста на пациентите преку спроведување на систематски промени во испораката на здравствена заштита, како што е усвојувањето на безбедносни листи за проверка и формирањето на организации за безбедност на пациентите[36].

И покрај напредокот постигнат во изминатите две децении, остануваат битни предизвици во намалувањето на медицинските грешки. Воведувањето технологии како што се електронските здравствени досиеја и компјутеризираните системи за внесување наредби од лекар беше наменето да ги намали грешките, но овие системи воведоа и нови типови на грешки, како што се оние поврзани со внесување податоци и употребливост на софтверот[37]. Понатаму, студиите покажаа дека интервенциите како што се листите за проверка на хируршката безбедност, иако ефективни во контролирани поставки, не доведоа до постојано намалување на несаканите настани во поширок обем[38]. Културната промена од пристапот „вина и срам“ кон поотворен и колаборативен модел е позитивен развој. Оваа промена ги охрабрува давателите на здравствени услуги да пријават и да учат од грешките без страв од одмазда. Иницијативите како што е воспоставувањето на програми за комуникација и решавање ги олеснија потранспарентните интеракции помеѓу давателите на здравствени услуги и пациентите, поттикнувајќи култура на безбедност и континуирано подобрување[39].

[36] Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system.* Washington, D.C: National Academy Press, pp.93-94.
[37] Dawidoff, D. J. (1966). The malpractice of psychiatrists. *Duke Law Journal, 1966*, 696-716.
[38] Grossman, S. A., Gurley, K. L., & Wolfe, R. E. (2020). The ethics of error in medicine. *Rambam Maimonides Medical Journal, 11*(4), e0033.
[39] Исто така

1.3 Лекарска грешка и одговорноста

Медицинските грешки и одговорноста се во развој области на законот за здравствена заштита, кои ги испреплетуваат одговорностите на давателите на здравствена заштита со правата на пациентите. Концептот на медицински грешки обично се однесува на ситуации кога дејствијата или неактивностите на давателот на здравствена заштита отстапуваат од прифатениот медицински стандард на грижа, што резултира со штета на пациентот[40]. Одговорноста од друга страна, ја опфаќа правната одговорност што овие даватели може да ја сносат доколку нивната небрежност предизвика штета. Овој однос не само што е клучен во одржувањето на довербата во здравствениот систем, туку и во обликувањето на правните и етичките стандарди на медицинската пракса.

Тековниот концепт на медицински грешки е обликуван од различни правни, етички и системски фактори. Еден од најдискутираните аспекти е влијанието на судските спорови за небрежност врз квалитетот на здравствената заштита и однесувањето на давателите на услуги. Истражувањата покажаа дека стравот од судски спор може да доведе до одбранбена медицина, каде што давателите на здравствени услуги нарачуваат непотребни тестови и процедури за да се заштитат од потенцијални тужби [41]. Оваа практика не само што ги зголемува трошоците за здравствена заштита, туку може да доведе и до оштетување на пациентот од прекумерно тестирање и прекумерно лекување. Спротивно на тоа, постојат докази дека ефективни системи за одговорност за небрежност може да го одвратат несовесното однесување и да промовираат подобра грижа за пациентот [42].

Друг значаен аспект на дебатата за небрежност е економското влијание на осигурувањето од небрежност врз здравствените системи. Пазарот на осигурување од небрежност доживеа неколку кризни периоди, особено во раните 2000-ти, кога зголемените премии ја загрозија достапноста на здравствените услуги во некои области. Неодамнешните извештаи покажуваат дека пазарот е повторно под

[40] Исто така
[41] Kachalia, A., Kaufman, S. R., Boothman, R., Anderson, S., Welch, K., Saint, S., & Rogers, M. A. (2010). Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Annals of internal medicine*, *153*(4), 213-221.
[42] Abbott, R. L., Weber, P., & Kelley, B. (2005). Medical professional liability insurance and its relation to medical error and healthcare risk management for the practicing physician. *American journal of ophthalmology*, *140*(6), 1106-1111.

притисок, со зголемување на премиите и опаѓање на профитабилноста што претставува предизвици за давателите на здравствени услуги, особено во високоризичните специјалности како акушерство и хирургија.[43]

На меѓународно ниво, правните рамки кои ги опкружуваат медицинските грешки и одговорноста многу варираат. Во Соединетите Американски Држави, системот е примарно противнички, при што пациентите често бараат обесштетување преку судскиот систем. Спротивно на тоа, многу европски земји имаат усвоено системи за компензација без вина, каде што пациентите добиваат компензација за медицински повреди без потреба да се докажува невнимание[44]. Овие системи имаат за цел да ја намалат контрадикторната природа на барањата за небрежност и да обезбедат побрз, поправеден надоместок на пациентите. Сепак, тие исто така се соочуваат со предизвици, како што е одредување на соодветното ниво на компензација и обезбедување дека давателите на здравствени услуги се одговорни за несовесно однесување.

1.4 Лекарска грешка и кривично правна одговорност

Медицинските грешки може да доведат до различни форми на одговорност, вклучувајќи професионална или дисциплинска одговорност, граѓанска одговорност (надомест за штети), кривична одговорност и одговорност за помали прекршоци. Најтешка последица од лекарската грешка е кривичната одговорност. Во правниот систем на Северна Македонија, најзабележително кривично дело поврзано со лекарска грешка е „несовесно постапување со пациенти“, како што е наведено во член 207 од Кривичниот законик [45]. Овој прекршок може да го направат само здравствените работници, што го прави таканаречена деликтна проприа, бидејќи само поединци со специфични професионални квалификации, како што се лекари, стоматолози и други здравствени работници, можат да бидат сторители.

[43] Mello, M. M., Studdert, D. M., Thomas, E. J., Yoon, C. S., & Brennan, T. A. (2007). Who pays for medical errors? An analysis of adverse event costs, the medical liability system, and incentives for patient safety improvement. *Journal of Empirical Legal Studies*, *4*(4), 835-860.
[44] Muller, J. G. (2013). Medical liability reform in the United States: A comprehensive approach to medical error. *Proceedings of GREAT Day*, *2012*(1), 10.
[45] Кривичен законик на РСМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17).

За дејството да се смета за кривично дело, дејствата на здравствениот работник мора да претставуваат грубо отстапување од правилата и стандардите на медицинската наука и практика, што ќе резултира со влошување на здравјето или смрт на пациентот. Според Кривичниот законик на Северна Македонија, грубите професионални грешки вклучуваат употреба на очигледно несоодветни средства или методи на лекување, неприменување на соодветни хигиенски мерки или генерално несовесно однесување[46]. Ова имплицира дека здравствените работници можат да бидат кривично одговорни само кога нивните постапки значително отстапуваат од општоприфатените правила на современата медицинска наука и практика, што не може да се толерира дури и од медицинска перспектива.

Кривичната одговорност се утврдува објективно според принципот lege artis, кој проценува дали здравствениот работник се придржувал до правилата на медицинската наука и професионалните стандарди во конкретниот случај.[47] Од клучно значење за медицинската наука е да утврди што е точно или неточно, а не правни критериуми. При одлучувањето дали здравствениот работник постапил во согласност со професионалните стандарди, неопходно е да се земат предвид и околностите под кои е донесена лекарската одлука. Лекарот можеби ќе треба да донесе критична одлука за третман за неколку секунди, додека на суд, соодветноста на таа одлука може да се дебатира со месеци.[48]

Вината на здравствениот работник ретко се заснова на намера да му наштети на пациентот. Обично се заснова на небрежност, која може да се категоризира како груба небрежност, крајна негрижа или обична небрежност[49]. Ова дело (член 207 од Кривичниот законик) може да се изврши или со потенцијална умисла или од небрежност. Доколку делото е извршено со директна умисла, тоа може да претставува различно кривично дело во зависност од исходот, како што е убиство, тешка телесна повреда или телесна повреда.

[46] Исто така
[47] Исто така
[48] Кривичен законик на РМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17).
[49] Закон за здравствена заштита (Службен весник на РМ бр. 43/12, 145/12, 10/13, 87/13, 164/13, 43/14, 164/13, 39/14, 43/14, 188/14, 10/15, 154/15, 192/15, 17/16, 37/16).

За едно дело да се смета за кривично дело поради лекарска грешка, потребно е да има последица, како што е влошување на здравствената состојба на пациентот. Влошувањето може да вклучи влошување на болеста што се лекува, нанесување на телесни повреди или предизвикување органска или психолошка состојба која претходно не постоела, намалување на можностите за успешно лекување, продолжување на времето за закрепнување итн [50].

За да постои кривична одговорност, не е од големо значење дали влошувањето на здравјето е благо или сериозно. Не е неопходно само појавата на штетната последица, туку и дека штетната последица произлегува од несовесното постапување на здравствениот работник. Ова значи дека е елементарно да се воспостави причинско-последична врска помеѓу несовесното лекување и штетната последица што резултира. Мора да се докаже дека влошувањето на здравјето е предизвикано токму од несовесното однесување на здравствениот работник, а не од природата на примарната болест, повредата или други фактори кои може да се сметаат за немили настани. Во некои случаи, природата и сериозноста на болеста или повредата може да доведат до влошување на здравјето или смрт и покрај соодветните и навремени дијагностички процедури и терапевтски мерки[51].

Во вакви случаи, доколку со добро одржувана медицинска документација конкретно може да се докаже соодветноста на лекувањето, нема основа за кривично гонење на здравствениот работник бидејќи штетната последица не настанала од несовесно однесување. Ова уште еднаш укажува на фактот дека дејствата кои се чини дека се очигледно несоодветни, но немаат причинско-последична врска со исходот (влошување на здравјето) не спаѓаат под кривична одговорност. Според тоа, ако може точно да се утврдат и дејството на извршување и штетната последица, но меѓу нив нема причинско-последична врска, тоа се само претпоставки. Следствено, здравствениот работник кој постапил според lege artis не може да биде одговорен за кривичното дело кога настапила забранетата последица, како што е опишана со законот.

[50] Камбовски, В. (2020). *Коментар на кривичниот законик на РМ: интегрален текст*. Скопје. pp. 820.
[51] Тупанчевски, Н., Деаноска Трендафилова, А., & Кипријановска, Д. (2012). *Медицинско казнено право*. Скопје. pp. 179-180.

1.4.1 Кривични дела поврзани со лекарска грешка

1.4.1.1 Несовесно лекување болни (член 207)

Кривичниот законик предвидува дека медицинско лице, како лекар или медицинска сестра, кое користи очигледно несоодветен метод или не примени соодветни хигиенски мерки, што доведува до влошување на здравјето на пациентот, може да се казни со парична казна или затвор до до три години. Ако делото е сторено од небрежност, казната може да се намали на парична казна или затвор до една година [52].

1.4.1.2 Неукажување медицинска помош (Член 208)

Медицинскиот работник кој спротивно на својата должност нема да му пружи итна медицинска помош на лице во животнозагрозувачка состојба, ќе се казни со парична казна или со затвор до една година. Доколку смртта е последица од недостиг на помош, казната може да се движи од шест месеци до пет години затвор[53].

1.4.1.3 Надрилекарство (Член 209)

Секој што се занимава со медицина без потребните стручни квалификации може да биде казнет со парична казна или затвор до една година. Оваа одредба е клучна за заштита на пациентите од штета предизвикана од неквалификувани поединци кои се преправаат дека се даватели на здравствена заштита[54].

[52] Кривичен законик на РМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17).
[53] Кривичен законик на РМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17).
[54] Кривичен законик на РМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17).

1.4.1.4 Недопуштено пресадување делови од човечкото тело (Член 210)

Извршувањето на трансплантација на органи спротивно на медицинските стандарди или без потребната согласност може да резултира со казна од три месеци до пет години затвор. Ова ја нагласува важноста од почитување на строгите етички и правни упатства кога се работи со трансплантација на органи.

Во членот се вели: (1) Тој што ќе земе дел од телото на друг заради пресадување или на друг ќе му пресади дел од телото иако земањето или пресадувањето е спротивно на медицинската струка или наука, ќе се казни со затвор од три месеци до пет години. Со казната од став 1 ќе се казни тој што со намера за пресадување ќе земе дел од човечкото тело пред да е утврдена смртта, според пропишан начин. (3) Тој што ќе земе дел од телото на друг или на друг му пресади дел од телото без согласност на давателот или примателот или на нивниот законски застапник, ако давателот или примателот не бил во состојба да даде согласност, ќе се казни со парична казна или со затвор до три години. Со казната од став 3 ќе се казни тој којшто спротивно на законот за награда продава или посредува при давање делови од телото на живи или умрени лица заради пресадување[55].

Во Република Северна Македонија, правната рамка се справува со оваа сложеност преку утврдување јасни основи за кривична одговорност во случаи на лекарска грешка. Системот вклучува различни криминални тела кои играат клучна улога во постапувањето со овие случаи, а секое придонесува за обезбедување правда и одржување на интегритетот на здравствениот систем. Јавното обвинителство игра фундаментална улога во покренувањето и спроведувањето на кривичната постапка против лица обвинети за лекарска грешка. Како примарен орган одговорен за спроведување на законот, ги оценува жалбите и утврдува дали има доволно докази за да се продолжи со кривичната пријава. Оваа канцеларија делува како чувар на судскиот процес, осигурувајќи дека пред судовите се изведуваат само мериторни случаи. Иако не е кривично тело, лекарските комори, како што е Лекарската комора на Северна Македонија, играат клучна улога во случаите на лекарска грешка. Тие се вклучени во дисциплински дејства против здравствените работници кои ги

[55] Кривичен законик на РМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17).

прекршуваат етичките и професионалните стандарди. Освен тоа, тие даваат стручни мислења за време на истрагите и испитувањата, што може да биде клучно во одредувањето дали пружената медицинска нега била во прифатливи стандарди. Нивната вклученост го истакнува пресекот на професионалната регулатива и кривичната одговорност.

Казните за медицински грешки во Северна Македонија се дизајнирани да ја одразат сериозноста на прекршокот и предизвиканата штета на пациентот. Тие имаат за цел да го спречат несовесното однесување додека дозволуваат соодветна казна во случаи на грубо недолично однесување или нелиценцирано работење.

За помалку тешки случаи, како што е мала небрежност или нелиценцирана практика што не резултира со значителна штета, казните обично вклучуваат парични казни или затвор до една година. Овие казни служат како пречка против прекршоци од пониско ниво и ја нагласуваат важноста од почитување на правните и професионалните стандарди. Во случаи кога несовесното работење резултира со тешка повреда или смрт, казните се значително построги. Затворот може да се движи од три месеци до пет години, во зависност од околностите и степенот на небрежност или намера. Овие казни ја рефлектираат тежината на предизвиканата штета и прекршувањето на довербата својствено за односот лекар-пациент. Покрај кривичните казни, здравствените работници прогласени за виновни за несовесно работење може да се соочат со професионални последици, вклучувајќи суспензија или одземање на нивните медицински лиценци. Овие дисциплински постапки, надгледувани од Лекарската комора, имаат за цел да го задржат интегритетот на лекарската професија и да обезбедат само квалификувани и компетентни поединци да им се дозволи да вршат пракса.

1.5 Компаративна анализа

Во овој дел на магистерскиот труд ќе направиме една анализа на кривичноправниот третман на лекарската грешка во одреден број на држави од регионот- држави членки на ЕУ како и други држави во светот.

1.5.1 Кривичноправен третман на лекарската грешка во земји од регионот

1.5.1.1 Босна и Херцеговина

Кривично-правните аспекти на одговорноста на лекарот се особено релевантни денес, имајќи го предвид напредокот на медицинската наука, бројот и видот на комплицирани и софистицирани медицински интервенции. Несомнено е дека лекарот, доколку не постапи според правилата на својата професија, може да предизвика фатални последици за поединец. Со оглед на природата на медицинскиот повик, ваквиот непрофесионализам може да се повтори кон неодреден број други луѓе. Бидејќи е насочена против здравјето на неопределен број луѓе, а не само на поединец, има општо опасен карактер. Затоа законодавецот оцени како одредени непрофесионално однесување на лекарите ги загрозуваат и ги нарушуваат човековите слободи и права, дека нивната заштита не може да се постигне без кривично-правна принуда.

Ставовите изразени во Кодексите на медицинската етика и деонтологија даваат одговори на некои суштински казнено-правни прашања во врска со одговорноста на лекарите. Притоа, секогаш мора да се имаат предвид хуманите одредници на таа професија и целата тежина на повикот што е посветен на заштита на поединецот. Зборувајќи за овој специфичен вид на казнено дело, треба да се истакне дека постапувањето на лекарите треба внимателно да се оценува од деонтолошки аспект, имајќи ги предвид сите релевантни околности под кои е преземена медицинска интервенција. Лекарот е должен да ги спроведе потребните мерки, превенција, дијагноза, третман и рехабилитација на сите пациенти за кои е избран лекар или кои се упатени од друг лекар заради обезбедување на здравствена заштита. Во итни случаи, лекарот е должен да му пружи помош на секој пациент, без одлагање, а тој е должен да прима други пациенти според степенот на медицински приоритет.

Затоа лекарот е должен да ги преземе сите интервенции заради лекување, согласно барањата на лекарската фела и науката. Правниот поредок ја препознава медицинската интервенција како средство за постигнување социјална цел - заштита на животот и здравјето на луѓето. Преземањето такви интервенции за пациентот значи поголема шанса за заздравување отколку неприфаќање. Од наведеното произлегува дека дејството преземено заради лекување, кое е во согласност со

достигнувањата на лекарската фела и науката, не се смета за незаконско. Лекарот треба да ги преземе сите неопходни активности овластени според признатите стандарди на лекарската професија, ослободен од страв од можно кривично гонење.

Кривичниот законик на Федерацијата Босна и Херцеговина регулира четири кривични дела, кои ги нарекуваме и посебни кривични дела, т.н. delicta propria, односно нивен сторител може да биде само доктор на медицина, доктор по стоматологија и друго здравје. работник. Тоа се: несовесно постапување (член 229), самоволно постапување (член 230), нелегална трансплантација на делови од човечко тело (член 231) и неукажување лекарска помош (член 232).[56] Со анализа на законските прописи може да се утврди и објасни кој може да биде сторител и под кои услови, меѓутоа, во теоријата и практиката сè уште се јавува проблем, а тој се однесува на концептуалното утврдување на преминот на лекарските дејства од областа, спасување во областа на загрозување на здравјето и животот на пациентот, односно влегување на такво однесување во сферата на кривичното право.

Медицинската интервенција доколку ја врши лекар и во согласност со правилата на лекарската струка и науката, а заради лекување и секако со доброволна согласност на пациентот, не навлегува во доменот на криминално однесување. Но, доколку некој од елементите недостасува, тогаш таквата постапка може да има кривично правни последици за лекарот што ја врши.[57] Лекарот не одговара за неуспехот на лекувањето доколку постапил според правилата на професијата, секој медицинската постапка носи одреден ризик, но не смее да се обвинува лекарот за секој неуспех. Во врска со утврдувањето на делото за извршување на кривичното дело несовесно постапување, правната теорија го поставува и прашањето за дозволеноста и оправданоста на примената како уште непроверен или недоволно тестиран метод или средства за лекување. Условот дека лекарот мора да ја извршува својата должност de lege artis претпоставува употреба на такви методи и средства за лекување кои, на пропишан начин, се научно тестирани и потврдени како корисни за лекување на одредена болест. Иако т.н експериментирањето врз луѓе не е дозволено, здравствената состојба на одредени пациенти и општите интереси на медицинската

[56] KRIVIČNI ZAKON BOSNE I HERCEGOVINE Neslužbeni – integralni prečišćeni tekst ("Službeni glasnik Bosne i Hercegovine", br. 3/2003, 32/2003 - ispr., 37/2003, 54/2004, 61/2004, 30/2005, 53/2006, 55/2006, 8/2010, 47/2014, 22/2015, 40/2015, 35/2018, 46/2021, 31/2023 i 47/2023)

[57] S. Warren, (2010) The development of medical liability in England and Wales, Cambridge University Press, Cambridge.

наука ја оправдуваат употребата на медицински методи кои сè уште не ја поминале експерименталната фаза под строго дефинирани услови.

Кривичниот законик на Федерацијата на Босна и Херцеговина толерира одреден степен на невнимание што не е санкционирано, а земајќи ја предвид најгрубата лекарска грешка, лекарската грешка и чинот на извршување на тоа дело „очигледно несоодветни средства“ и „очигледно несоодветни средства“. “, КЗФБиХ јасно става до знаење дека неговите одредби се однесуваат и се применуваат само на ситуации кога средствата за лекување или методот на лекување значително се разликуваат од вообичаените средства или метод на лекување, што е во согласност со лекарската професија и науката.[58]

1.5.1.2 Србија

Во Кривичниот законик на Република Србија , усвоен во 2005 година, голем број членови наведуваат кривични дела кои можат да произлезат од вршењето на медицината. Според нивната природа, овие кривични дела се класифицирани во различни категории (табела 1). Така, кривичните дела „Несовесно давање медицинска нега (чл. 251 КЗ) и „Необезбедување медицинска нега“ (чл. 253 КЗ) спаѓаат во групата „Кривични дела против здравјето на луѓето и човековата околина“.[59] Во медицинската литература, пак медицинската грешка значи „професионална грешка без елементи на невнимание“. Ваквото медицинско разбирање подразбира дека лекарот применил се што било во рамките на неговите субјективни и постоечки објективни можности во конкретниот случај, но и покрај тоа настанала грешка. Тоа е нешто што се случува, што е постојан и неизбежен ризик во медицината, односно она што е вклучено во рамките на медицинската толеранција. Во пракса, концептот на медицинска грешка најчесто може да се примени за случаи во кои лекарот и покрај примената на сите достапни адекватни дијагностички процедури, поставил погрешна дијагноза.

[58] KRIVIČNI ZAKON BOSNE I HERCEGOVINE Neslužbeni – integralni prečišćeni tekst ("Službeni glasnik Bosne i Hercegovine", br. 3/2003, 32/2003 - ispr., 37/2003, 54/2004, 61/2004, 30/2005, 53/2006, 55/2006, 8/2010, 47/2014, 22/2015, 40/2015, 35/2018, 46/2021, 31/2023 i 47/2023)

[59] KRIVIČNI ZAKONIK *("Sl. glasnik RS", br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019 i 94/2024)*

Причините за медицински грешки (според споменатото медицинско разбирање на терминот) најчесто се следните:[60]

- Нејасна клиничка слика и атипични симптоми и знаци на повреда или болест (на пр. симптомите и знаците на церебрална масна емболија често се погрешно интерпретирани во клиничката дијагностика како последица на контузија на мозокот);

- Недостапност на одредени технички помагала (многу полесно е да се постави точна дијагноза со употреба на компјутеризирана томографија или нуклеарна магнетна резонанца, отколку само врз основа на физички преглед);

- Ограничено познавање на лекарот - секој лекар кој е овластен да се занимава со одреден вид медицинска дејност мора да поседува соодветно ниво на знаење, кое мора да биде соодветно за специфичното ниво на лекување (доктор по општа медицина не може да знае се што општиот хирург може да знае сè што знае неврохирургот и обратно).

Со други зборови, за да може да се разговара за евентуално несовесно лекување, наместо медицинска грешка, прикажаното „незнаење мора да биде очигледно“ и тоа во однос на очекуваното ниво на знаење за одредена медицинска дејност. Меѓутоа, посебно прашање е колкаво треба да биде нивото на знаење и како да се овозможи тоа постојано да се подига во согласност со современите трендови во медицинската наука и практика (во хирургијата, воведување нови видови операции, современи оперативни техники итн.).

Во врска со овој проблем, понекогаш може да се појават прашања за одговорноста на младите лекари кои по кратка медицинска пракса, односно недоволно обучени (без соодветна специјализација и без доволно искуство) дежураат на итниот прием на одредени здравствени установи, особено доколку не постои можност за постојана и итна консултација и директни интервенции од страна на искусни хирурзи. Под поимот „несреќа“ се подразбираат оние ситуации во кои настанале неповолни последици при пружањето на медицинска помош поради некои околности кои не можеле да се предвидат, каде што лекарот ги применил сите

[60] Radisic J. (2008) *Medical law*. Belgrade: JP Official Gazette and Law School of the Union University, Belgrade.

неопходни мерки предвидени со современата медицинска наука и практика за да спречи појава на тие последиците и нивното штетно влијание врз здравјето на пациентот.[61]

Со други зборови, штетните последици од несреќата „дојдоа неочекувано, односно не излегоа од вообичаениот тек на настаните“. Факторите кои доведуваат до несреќа може да бидат од објективна природа (посебни околности на случајот на пр. прекин на струја, дефект на уредот) или може да потекнуваат од пациентот (т.н. лични карактеристики или посебни состојби на организмот). Во такви случаи, нема субјективна одговорност на лекарот. Во дадениот случај, изведувањето на гастроскопија веројатно предизвикало влошување на постоечкиот патолошки процес во ѕидот на аортата (цистична дегенерација на медиумот како лична карактеристика на пациентот), но за тоа не може да се обвини лекарот, чии сите дејствијата беа во согласност со принципите на современата медицинска наука и практика. Неповолниот исход беше резултат на сосема неочекуван тек на настаните, произлезени од посебна лична карактеристика на пациентот, за чие постоење лекарот претходно не знаел и не можел да знае. Прашањето за медицинска одговорност може да се појави само доколку лекарот со сигурност знаел дека пациентот има слабост на ѕидот на аортата, но сепак одлучил да направи гастроскопија, како потенцијално ризична процедура за здравјето и животот на прегледаното лице. Во литературата, ненадејната појава на алергиски реакции на лекови или други супстанции обично се наведува како пример за несреќен случај во медицината (на пр. јодни контрастни агенси кои се користат за рендгенско снимање на бубрезите и уринарниот тракт).

Кривичното дело несовесно постапување со пациент е наведено во член 251 од Кривичниот законик: член 251 од КЗ Несовесно давање лекарска помош (1) Лекар кој при давањето лекарска помош ќе примени очигледно несоодветно средство или очигледно несоодветен начин на лекување или не применува соодветни хигиенски мерки или воопшто очигледно постапува несовесно и со тоа предизвикува влошување на здравствената состојба на едно лице, ќе се казни со затвор од три месеци до три години. (2) Со казната од ставот 1 на овој член ќе се казни и друг здравствен работник кој при давање медицинска помош или нега или вршење на

[61] Konstantinovic M.(1992) *Foundation for liabitity for caused demages*. Pravni život 41(9 -10): 1153-63.

други здравствени работи очигледно несовесно постапува и со тоа ќе предизвика влошување на здравствената состојба на некое лице. (3) Доколку делото од ст. 1. и 2. на овој член сторено од небрежност, сторителот ќе се казни со парична казна или со затвор до една година. Сторител (субјект) на ова кривично дело може да биде лекар (ст. 1 од чл. 251 од КЗ), како и сите други здравствени работници (ст. 2 од чл. 251 од КЗ)[62]. Во законскиот текст јасно се наведени следните облици на несовесно постапување:

• примена на очигледно несоодветно средство или очигледно несоодветен метод на лекување;

• непримена на соодветни хигиенски мерки;

• генерално очигледно несовесно однесување.

Терминот „медицински агенс“ ги вклучува сите „средства кои се внесуваат во телото или се стават на телото заради дијагноза или третман или поради превентивни причини“. „Метод на лекување“ е методот што се користи при дијагностицирање и лекување. Употребата на очигледно несоодветно средство или очигледно несоодветен метод на лекување значи се што во дејноста на лекарот очигледно или драстично отстапува од важечките, општоприфатени принципи на медицинската наука и практика, односно она што претставува впечатлива грешка што оди подалеку од опсег на медицинска толеранција.[63] Медицинската толеранција се смета за она што е вклучено во претходно споменатото медицинско разбирање на концептот на медицинска грешка. Имајќи ги предвид сите претходно споменати факти, во пракса може да се смета за навидум несоодветно средство за лекување. Пеницилин даден на лице за кое во медицинската документација е утврдено дека е алергичен на овој антибиотик или дава трансфузија на крв од несоодветна крвна група. Очигледно несоодветен метод на лекување е на пр. одлуката за третман на пациент со дијагноза на пукната слезина со крварење во абдоминалната празнина конзервативно, наместо хируршки, т.е. со спроведување на спленектомија.

[62] KRIVIČNI ZAKONIK *("Sl. glasnik RS", br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019 i 94/2024)*

[63] Mujovic-Zornic H, Petrovic Z. (2012) Responsibility of medical institutions for damages resulting from treatment. Vojnosanit Pregl; 69(8): 692-9..

Од правен аспект, ова кривично дело може да биде последица на активното дејствување на лекарот, односно правење нешто што не треба да се направи, но и да не се направи она што требало да се направи во одредена ситуација (на пр. Да не се даде анти- шок терапија на лице кое имало анафилактична реакција) кога не се дава профилактична антикоагулантна терапија на пациент кој е имобилизиран поради повеќекратни фрактури на коските на долните екстремитети, што може да доведе до развој на тромбоза во вените на нозете и фатален тромбоемболизам-белите дробови). Неопходен услов за постоење на кривичното дело несовесно давање лекарска помош е поради несовесно постапување на лекарот да настапи штетна последица во вид на влошување на здравствената состојба на лицето. Затоа, неопходно е да се утврди постоењето на причинско-последична врска помеѓу несовесното лекување и штетните последици што произлегуваат од тоа. Притоа, мора веродостојно да се докаже дека влошувањето на здравствената состојба е предизвикано од несовесно постапување на лекарот, односно дека тоа не произлегло од самата природа на примарното заболување, односно повредата или други фактори кои претходно беа споменати кога објаснување на концептот на несреќа (посебни околности на случајот, лични карактеристики и посебни услови на организмот на пациентот). Во некои случаи, природата и сериозноста на болеста или повредата за која се лекува пациентот може да биде таква што може да доведе до влошување на здравствената состојба, па дури и до смрт на пациентот и покрај сите адекватно и навремено применети дијагностички процедури и терапевтски мерки. Во вакви случаи, доколку точно врз основа на современа медицинска документација може да се докаже соодветноста на применетиот третман, нема елементи за кривично гонење на лекарот бидејќи штетната последица во вид на влошување на здравствената состојба на лице не настанало поради несовесно работење на лекарот.

1.5.1.3 Хрватска

Најважните видови на законска одговорност на медицинските работници се кривичната и граѓанската одговорност. Не е можно да се следи граѓанскиот случај независно од кривичното дело, иако тоа е многу поретко во пракса. Лекарите во голема мера се противат на кривичната одговорност на лекарите за грешки, но кривичната одговорност е легитимен механизам за обезбедување на квалитетот на

медицинските услуги [64]. Суштинската разлика помеѓу овие два вида одговорност е во стандардот на должно внимание што лекарот мора да го прекрши за да следи одговорност и целта што се бара да се постигне со овие видови одговорност. Во случај на граѓанска одговорност на лекарите, главната цел е обештетување на жртвата, додека главната цел на кривичната одговорност е заштитата на општиот интерес и воспитната функција на самата кривична постапка и пресудата преку која одредени морални и социјални се одредуваат вредности. Покрај овие две, дефинитивно треба да се спомене и дисциплинската одговорност која ја санкционираат професионалните здруженија, а најстрога санкција најчесто е губењето на лиценцата. Одговорноста на докторот е лична и субјективна, бидејќи она што важи за другите области важи и за медицинските работници, а секој е одговорен за своите постапки и во границите на својата вина. Одговорноста на лекарот опфаќа одговорност за сопственото однесување, одговорност за средствата за лекување (инструменти и лекови - одговорност за производи) и одговорност за постапките на другите (членови на медицинскиот тим - викарна одговорност). Покрај одговорноста на лекарите, има и одговорност на здравствените работници, односно оние кои вршат одредени работи под раководство и под надзор на поединечни работници кои самостојно вршат здравствени задачи. Секако треба да се каже дека одговорноста на лекарот е сразмерна со обемот на должностите, при што важи правилото, колку е поголем обемот на обврските, толку е поголема одговорноста. Но, тоа не значи дека нема граници кога станува збор за одговорноста на лекарот, навистина одговорноста на лекарот има свои граници. Овие граници се поставени во човечката природа (ultra posse nemo tenetur), па ни докторот не изгледа одговорен за невозможното[65].

Кога се разгледуваат постапките на лекарот во конкретни случаи, важно е да се утврди дали лекарот направил се што е можно во дадените околности. Имено, можноста за извршување на ова кривично дело ќе постои и доколку укажаната медицинска помош не била соодветна, а околностите на случајот не влијаеле на тоа (Роксандиќ Видличка, 2010)[66]. Како и секое друго лице, лекарот не е должен да му

[64] Zečević D, Škavić J.(2012): *Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika-teorija i praksa*; Medicinska naklada, Zagreb.
[65] Bošković Z.(2007) *Medicina i pravo*, Pergamena, Zagreb.
[66] Roksandić Vidlička S.(2010) *Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrta izmjena hrvatskog kaznenog zakona*; Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, Vol.1 No.1 Prosinac

пружи помош на лице доколку тоа би го загрозило неговиот живот. Но, лекарот е должен да оди во област каде што има епидемија на заразна болест, иако тоа може да биде опасно по неговиот живот. Кривично дело има и во случајот кога била пружена помош, но не била пружена „како што требало“.

Во хрватското материјално казнено право, вината е основа на кривичните санкции, но и мерка на казна, бидејќи видот и мерката на казната судот меѓу другото ги избира и врз основа на степенот на вината. Вината ги вклучува следните елементи: квантификација, намера или небрежност и свесност за незаконитоста. Најпрво треба да се утврди дали постои способност за вина, односно броење, а потоа самото престапување како dolus, односно небрежност, а потоа свест за незаконитост. Поглавјето осумнаесет од Кривичниот законик на Република Хрватска содржи кривични дела против здравјето на луѓето. Тоа се кривични дела против здравјето на луѓето воопшто. На здравјето на луѓето се гледа како на јавно добро, јавното здравје, здравјето на сите луѓе (HS, 2011; HS, 2015; HS 2015a; HS 2015b). Лекарот како лице со посебни професионални квалитети може да одговара доколку стори некое од следниве дела:[67]

• несовесно постапување;

• самоволно постапување;

• незаконска трансплантација на делови од човечко тело;

• неукажување лекарска помош.

Одговорноста на давателите на здравствени услуги за кривични дела против здравјето на луѓето во Република Хрватска е регулирана, како што веќе напоменав, најмногу во Кривичниот законик, во посебно поглавје (глава XVIII, кривични дела против здравјето на луѓето). Кривичното дело недавање медицинска помош е многу ретко во судската практика, за да постои ова дело мора да постои „директна опасност“ по животот на жртвата. Самиот концепт на опасност е „меѓу најспорните и најмалку просветлените концепти на општиот дел на казненото право, а тука тешкотијата е уште поголема бидејќи карактеристика на делото не е било каква ,

67

туку само директна опасност.[68] Во литературата и јуриспруденцијата, позната е разликата помеѓу конкретна опасност и апстрактна опасност. Концептот на директна опасност треба да се ограничи на конкретна опасност, иако е прашање дали сите форми на конкретна опасност може да се сметаат за директна опасност. Директната опасност по животот како карактеристика на недавање медицинска помош треба да се утврди согласно спецификите на тоа кривично дело, што подразбира препуштање на критериумите за негово оценување на судската медицина, а одлуката во поединечните случаи на медицинските вештаци.

Тешкотиите околу толкувањето на терминот „директна опасност по животот“ упатуваат на дискутабилноста на оваа карактеристика, која се среќава и во описот на кривичното дело недавање помош од чл. 104. Св. 1 од Кривичниот законик, потешкотии се јавуваат и на субјективен план, бидејќи во намерата на сторителот мора да биде вклучена и свеста дека животот на жртвата е во директна опасност, што не е лесно да се докаже.[69] Меѓутоа, ограничувањето на необезбедувањето помош само на лице кое е во директна животна опасност е исто така неоправдано стеснување на казната. Според сите овие толкувања на директната закана по животот, таа е излишна од гледна точка на нашето право, како и на многу други закони, бидејќи непосредноста на давање помош е веќе вклучена во описот како посебна карактеристика, независно од директна закана по животот.

1.5.1.4 Германија

Во Германија, кривичната одговорност на медицинските работници за грешки во лекувањето е тема што привлекува значително внимание низ годините, првенствено поради неговата чувствителна рамнотежа помеѓу безбедноста на пациентите и заштитата на лекарите од прекумерни правни ризици. Медицинските грешки, кога резултираат со повреда или смрт, може да предизвикаат кривични истраги и постапки, иако таквите случаи се релативно ретки во споредба со приватните правни барања или професионалните дисциплински мерки. Германската правна рамка ја става кривичната одговорност за медицинска небрежност во

68
69

поширок опсег на кривични дела како што се: телесна повреда од небрежност (fahrlässige Körperverletzung) и убиство од небрежност (fahrlässige Tötung). Тие се регулирани според деловите 229 и 222 од германскиот Кривичен законик (Strafgesetzbuch – StGB),[70] соодветно и бараат доказ за небрежност во форма на прекршување на професионалната должност за грижа.

Секоја година, околу 3.000 кривични истраги се поведуваат против лекари во Германија во врска со наводни медицински грешки (Улсенхајмер, 2008, како што е наведено во Стауч, 2011 година). Овој релативно мал број го одразува фактот дека кривичната одговорност е резервирана за најтешките случаи, особено оние кои вклучуваат грубо невнимание или очигледно непочитување на медицинските стандарди. Кривичното гонење на медицински грешки вообичаено се јавува кога пациентот починал, како што се гледа во случаите кога лекарот може да се соочи со обвинение за убиство од небрежност според член 222 StGB. За да се утврди одговорност, обвинителството мора да докаже дека постапките на лекарот значително отстапувале од професионалниот стандард на грижа и дека отстапувањето било каузално поврзано со смртта на пациентот. За разлика од приватното право, каде што може да настане строга одговорност во одредени околности, германското кривично право бара јасно докажување на индивидуалната вина, што значи дека лекарот мора да бил способен да ја избегне грешката преку придржување кон својата професионалност. [71].

Небрежната телесна повреда според член 229 StGB е почеста основа за гонење. Дури и во случаи кога штетата предизвикана од медицинската грешка е релативно мала, законот им дава можност на пациентите да го пријават инцидентот во полиција. Сепак, важно е да се забележи дека огромното мнозинство на криминални истраги - приближно 95% , на крајот се затворени без обвинениja поради недоволни докази или недостаток на јавен интерес за спроведување на гонење[72]. Ова ги истакнува строгите доказни барања во кривичното право, кои се во целосна спротивност со претпоставките кои често се поволни за пациентот, кои се применуваат во граѓанските случаи. Поточно, обвинителството мора да покаже дека

[70] Stauch, M. S. (2011). Medical malpractice and compensation in Germany. Chicago-Kent Law Review, 86(3), 1139-1159.
[71] Bergmann, K. O., & Wever, C. (2009). Die Arzthaftung [Medical malpractice liability] (3rd ed.).
[72] Ulsenheimer, K. (2008). Arztstrafrecht in der Praxis [Medical practitioners and criminal law in practice] (4th ed.).

однесувањето на лекарот претставува значително прекршување на должноста и дека директно предизвикало повреда или штета на пациентот. Товарот на докажување останува цврсто на обвинителството, бидејќи германското кривично право не ги усвојува доказните промени што се гледаат во случаите на приватна одговорност.

Еден единствен аспект на германското кривично право во врска со медицинските грешки е неговиот строг третман на согласноста на пациентот. Несоодветното откривање на ризиците или неуспехот да се обезбеди валидна согласност може да ја трансформира инаку законската медицинска процедура во незаконски чин на телесна повреда според член 223 StGB.[73] Германскиот закон признава дека валидна согласност се заснова на целосни и транспарентни информации во врска со постапката, нејзините ризици и можните алтернативи. Дефицитот во овој процес на обелоденување може да ја направи согласноста на пациентот неважечка, изложувајќи го лекарот на кривична одговорност, дури и ако третманот е извршен компетентно[74]. За разлика од приватното право, каде што фокусот често е на исходот и на штетата на пациентот, кривичната одговорност во случаите на невалидна согласност се фокусира на принципот на телесен интегритет и барањето медицинските интервенции да се случуваат само со целосно информирано овластување. За кривичната пресуда, сепак, мора да се покаже и дека пациентот би го одбил третманот доколку бил соодветно информиран, прашање што го комплицира доказниот товар со кој се соочува обвинителството[75].

И покрај формалната достапност на кривични лекови, германските судови генерално не сакаат да ги криминализираат медицинските грешки што се случуваат во рамките на обичната медицинска пракса. Ова е делумно поттикнато од препознавањето на вродените несигурности и ризици во медицинскиот третман, каде што исходите не се секогаш предвидливи. Покрај тоа, судовите историски ја нагласуваат потребата да се направи разлика помеѓу грешките „оправдани“ и „неоправдани“, фокусирајќи се на тоа дали однесувањето на лекарот било објективно разбирливо во светлината на стандардите што се очекуваат од совесниот медицински професионалец. Во врска со ова, Федералниот суд на правдата појасни

73
74
75

дека само грубите неуспеси - оние кои веќе не се разбирливи со оглед на професионалната обука и квалификациите на лекар - веројатно ќе го исполнат прагот за кривична одговорност[76]. Овој пристап се обидува да постигне рамнотежа помеѓу заштитата на пациентите од огромни медицински неуспеси и заштитата на лекарите од несоодветна криминална изложеност за чесни грешки.

Понатаму, последиците од кривичната пресуда за лекарска грешка може да бидат тешки. Иако паричните казни се најчестиот облик на казнување, судовите може да наметнат и привремени или трајни забрани за вршење на медицина според член 70(1) StGB. Ваквите забрани обично се резервирани за случаи кои вклучуваат грубо прекршување на должноста или покажан ризик од повторување на прекршоци. Покрај самите кривични казни, осудата може да има поширок професионални реперкусии, вклучително и дисциплински санкции од регионалните медицински совети и потенцијално губење на лиценцата за вежбање на лекарот според Федералниот закон за лекари (Bundesärzteordnung – BÄO)[77]. Овие колатерални последици ја нагласуваат тежината на кривичната постапка за медицинските професионалци и делумно ја објаснуваат релативно ниската стапка на пресуди.

Додека пациентите понекогаш може да се закануваат со кривично гонење како стратегија за притисок врз лекарите да ги подмират барањата за приватна штета, правните експерти генерално го обесхрабруваат овој пристап. Ваквите закани честопати се контрапродуктивни, бидејќи ризикуваат да го отуѓат обвинетиот и да ги комплицираат преговорите за компензација. Наместо тоа, германскиот правен систем го става примарен акцент на граѓанските правни лекови за медицински небрежност, при што кривичното право служи како секундарен механизам резервиран за најтешките и виновни случаи.

Во последниве години, фокусот на безбедноста на пациентите и управувањето со ризикот доведе до реформи насочени кон намалување на инциденцата на медицински грешки и подобрување на механизмите за одговорност. Сепак, овие реформи првенствено беа насочени кон обезбедување квалитет и

[76]Federal Court of Justice (BGH). (1983). Judgment on standards of gross failure in medical malpractice cases.
[77] Idem

заштита на пациентите во граѓанските и административните рамки, наместо да го прошират опсегот на кривичната одговорност. Германскиот пристап одразува пошироко признание дека криминализирањето на медицинските грешки може да има несакани последици, како што се обесхрабрување отворено пријавување грешки и негување култура на одбранбена медицина. Како такво, иако кривичното право останува важна алатка за справување со големата небрежност и прекршување на согласноста на пациентот, неговата примена е внимателно ограничена за да се избегне поткопување на довербата и транспарентноста кои се битни за ефективно обезбедување на здравствена заштита.

Криминалните аспекти на медицинската грешка во Германија се дефинирани со деликатна рамнотежа помеѓу заштитата на пациентите од огромна штета и заштитата на медицинските работници од несоодветно казнување. Правната рамка, вкоренета во деловите 222, 223 и 229 од StGB, наметнува строги доказни товари на обвинителството и резервира кривична одговорност за случаи кои вклучуваат голема небрежност или невалидна согласност на пациентот. Иако кривичните постапки остануваат релативно ретки, нивните потенцијални последици - и правни и професионални се значајни, обезбедувајќи дека лекарите се одговорни за сериозни прекршувања на нивните професионални должности. Во исто време, акцентот на одговорноста заснована на грешки и објективните стандарди на грижа помага да се зачува рамнотежата што ја поттикнува и одговорноста и континуираното унапредување на медицинската пракса во Германија.

1.5.1.5 Велика Британија

Кривичната одговорност на медицинските работници за грешки во Обединетото Кралство е важно правно и етичко прашање, првенствено врамено во контекст на убиство од небрежност и прекршување на информирана согласност. За разлика од Германија, каде што кривичните постапки за медицински небрежност се релативно чести, Велика Британија усвојува повоздржан пристап, резервирајќи кривични санкции за екстремно недолично однесување што покажува бесрамно непочитување на безбедноста на пациентите. Овој внимателен став одразува поширок акцент на професионалната регулатива и граѓанските правни лекови како примарни механизми за решавање на медицинските грешки.

Концептот на грубо убиство од небрежност служи како главна кривична пријава во случаите кои вклучуваат фатални медицински грешки во Велика Британија. Дефинирано во случајот R v Adomako (1994), кривичното дело бара обвинителството да докаже дека однесувањето на здравствениот работник паднало толку далеку под стандардот на грижа што се очекува од разумно компетентен лекар што претставува кривично дело.[78] Адомако тестот поставува висок праг, бара докази за грубо отстапување од стандардите на обичната медицинска пракса. Во овој значаен случај, судот ја нагласи неопходноста од разгледување на околностите околу наводната небрежност, вклучувајќи ја сложеноста на медицинската процедура и притисоците со кои се соочува лекарот (Stauch, 2008).[79]Еден од критичните предизвици во гонењето на убиство од небрежност е воспоставување на причинско-последична врска. Обвинителството мора да покаже дека постапките на здравствениот работник не само што биле крајно небрежни, туку и директно предизвикале смрт на пациентот. Примената на тестот „но за“ во англиското право, како што е илустрирано во случаи како Комитетот за управување со болницата Барнет против Челзи и Кенсингтон (1969), ја нагласува тешкотијата да се поврзе однесувањето на лекарот со фаталниот исход со доволна сигурност[80]. Овој доказен товар често служи како значајна пречка, ограничувајќи го бројот на успешни гонења во случаи на медицинска небрежност. Покрај убиството од голема небрежност, прекршувањето на информираната согласност може да ги изложи здравствените работници на кривична одговорност.

Според англискиот закон, медицинскиот третман извршен без валидна согласност претставува незаконски напад, дури и ако постапката е корисна за пациентот. Случајот Честер против Афшар означи критичен развој во оваа област, нагласувајќи ја должноста на лекарите да им дадат на пациентите соодветни информации за ризиците поврзани со медицинските процедури. Неисполнувањето на оваа обврска може да ја поништи согласноста на пациентот, правејќи ја медицинската интервенција незаконска. Сепак, гонењето за напад во медицински контекст останува ретко, при што судовите вообичаено ги разгледуваат таквите

[78] R v. Adomako [1994] 3 All ER 79. https://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1994/3.html
[79] Stauch, M. (2008). *The Law of Medical Negligence in England and Germany: A Comparative Analysis*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing.
[80]Idem

случаи низ призмата на професионално недолично однесување или граѓанска одговорност.[81]

Друг значаен аспект на кривичната одговорност во Велика Британија е нејзиното вкрстување со професионалните дисциплински постапки. Генералниот медицински совет игра клучна улога во регулирањето на медицинската пракса, адресирање на наводите за недолично однесување што можеби не го исполнува прагот за кривично гонење. GMC има овластување да наметне низа санкции, од издавање предупредувања до одземање на лиценцата за лекар. Оваа регулаторна рамка служи како комплементарен механизам на кривичното право, нагласувајќи ја санацијата и заштитата на пациентите пред казнените мерки. Додека кривичната одговорност за медицински грешки е критичен аспект на правната одговорност, таа останува релативно периферен механизам во Велика Британија.[82] Огромното мнозинство од случаите се решаваат преку граѓански парници или професионални дисциплински постапки, што ја одразува предноста за компензаторни наместо казнени правни лекови. Овој пристап се усогласува со пошироките цели на медицинското право, кои даваат приоритет на безбедноста на пациентите и довербата во здравствениот систем пред одмаздата.

Воздржаната примена на кривичните санкции во случаите на медицинска небрежност не помина без критики. Критичарите тврдат дека високиот праг за грубо убиство од небрежност и доказните предизвици поврзани со причинско-последичната врска може да овозможат некои случаи на тешка злоупотреба да останат неказнети. Спротивно на тоа, други тврдат дека проширувањето на кривичната одговорност може да има застрашувачки ефект врз медицинската пракса, одвраќајќи ги практичарите од преземање неопходни ризици или пријавување грешки. Случајот на д-р Хадиза Бава-Гарба ги прикажува овие тензии, предизвикувајќи национална дебата за рамнотежата помеѓу одговорноста и правичноста во гонењето на медицинските професионалци[83].

[81] *Chester v. Afshar* [2004] UKHL 41.://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/2004/41.html
[82] General Medical Council (GMC). (2008). *Professional Standards and Ethics in Medicine*.
[83] General Medical Council (GMC). (2008). *Professional Standards and Ethics in Medicine*.

1.5.1.6 Франција

Француското право, за разлика од системите на обичајното право, се потпира на кодифицирана правна структура која прецизно ги опишува околностите под кои медицинските работници може да се соочат со кривични санкции за несоодветно работење. Рамката се фокусира на грубо невнимание, намерно недолично однесување и прекршување на информираната согласност, што ги одразува двојните цели за заштита на безбедноста на пациентите и одржување на професионалниот интегритет.

Француското казнено право се однесува на медицинските грешки првенствено преку одредбите за убиство од небрежност (ненамерно убиство) и ненамерни повреди (blessures involontaires), кодифицирани според членовите 221-6 и 222-19 од францускиот Кривичен законик (Кодекс пенал).[84] Овие одредби нагласуваат дека одговорноста произлегува од невнимание или недостаток на претпазливост што резултира со штета или смрт. За да се утврди кривичната одговорност, грешката мора да претставува грубо отстапување од прифатените медицински стандарди. Овој праг има за цел да направи разлика помеѓу човечката грешка, која е неизбежна во медицинската пракса и грубото недолично однесување, што покажува јасно прекршување на должноста. Принципот на причинско-последична врска игра критична улога во утврдувањето на кривичната одговорност. Француските судови бараат директна и сигурна причинско-последична врска помеѓу постапките на лекарот и штетата што ја претрпел пациентот. Овој стандард често го ограничува опсегот на кривичната одговорност, бидејќи бара убедливи докази дека небрежноста на лекарот била дефинитивната причина за штетата. Во случаи кои вклучуваат веќе постоечки состојби или мултифакторни причини за повреда, утврдувањето на причинско-последична врска може да биде особено предизвик.

Една област каде францускиот закон покажува строги стандарди е во доменот на информирана согласност. Медицинските работници се обврзани да им дадат на пациентите сеопфатни информации за предложениот третман, вклучувајќи ги потенцијалните ризици и алтернативи, како што е наведено во член L1111-2 од

[84] *Code Pénal* (French Penal Code), Articles 221-6, 222-19, 223-1, 223-8, and 223-10.

Францускиот законик за јавно здравје (Code de la Santé Publique).[85] Неуспехот да се добие валидна согласност ја трансформира инаку законската медицинска интервенција во незаконско дело, што потенцијално привлекува кривични санкции. Овој принцип е вкоренет во основното право на телесен интегритет и автономија, нагласувајќи ја улогата на пациентот во донесувањето информирани одлуки за нивната грижа. Доктрината за информирана согласност во Франција е дополнително нагласена со историскиот случај Cour de Cassation, Assemblée Plénière, 6 ноември 2000 година. Во овој случај, судот смета дека дури и мали отстапувања од обврската за информирање може да резултираат со одговорност доколку доведат до штета . Меѓутоа, за да се прикачи кривичната одговорност, неуспехот мора да го достигне прагот на грубо невнимание, како што е дефинирано во член 223-1 од францускиот Кривичен законик. Овој двоен стандард гарантира дека кривичното право останува последна мерка, резервирана за најеклатантните прекршувања на професионалната должност.

Француското кривично право, исто така, опфаќа одредби кои се однесуваат на несовесно или неовластено медицински експериментирање. Членовите 223-8 и 223-10 од Кривичниот законик наметнуваат строги казни за спроведување медицински истражувања или интервенции без соодветно овластување или кршење на етичките упатства.[86] Овие одредби го одразуваат поширокиот европски акцент на правата на пациентите и етичките стандарди во медицинската пракса, како што е вградено во инструментите како Конвенцијата на Овиедо на Советот на Европа. Додека кривичната одговорност на медицинските професионалци во Франција е тесно толкувана, последиците од осудата се далекусежни. Санкциите може да вклучуваат затвор, парични казни и професионално лишување, како што е наведено во членовите 131-26 и 131-27 од Кривичниот законик. Дополнително, кривичната пресуда често предизвикува дисциплинска постапка од професионални регулаторни тела, како што е Ordre des Médecins, кои може да наметнат дополнителни казни, вклучувајќи суспензија или одземање на медицинска лиценца.[87]Пресекот на кривичното право и професионалната регулатива во Франција ги истакнува комплементарните улоги на овие механизми во обезбедувањето одговорност и одржувањето на довербата на јавноста во здравствениот систем. Додека кривичното

[85] *Code de la Santé Publique* (French Public Health Code), Article L1111-2.
[86] Code Pénal. *Code pénal français*. https://www.legifrance.gouv.fr
[87] Ordre des Médecins. (2023). *Professional Standards and Disciplinary Proceedings in France*.

право се однесува на грубото недолично однесување и еклатантните прекршувања на должноста, професионалната регулатива се фокусира на санација и почитување на етичките стандарди. Овој двоен пристап осигурува дека медицинските грешки се решаваат пропорционално, балансирајќи ги интересите на пациентите, професионалците и општеството во целина. Во пракса, примената на кривичното право за медицински грешки во Франција останува ретка, што ги одразува високите прагови за докажување и претпочитањето за решавање на повеќето случаи преку граѓански парници или професионално регулирање. Сепак, случаите од висок профил, како што е скандалот „Медијатор“, ја нагласија важноста од силни правни механизми за справување со системски неуспеси и да ги повикаат поединците одговорни за грубо недолично однесување.

1.5.1.7 Соединетите американски држави

Законот за медицински небрежност во Соединетите Држави работи првенствено под државните јурисдикции, водени од принципите на небрежност во поширокаата рамка на законот за деликти. Овој систем наметнува строги стандарди на медицинските работници за да обезбедат грижа која е усогласена со прифатените практики. Случаите кои вклучуваат кривична одговорност, сепак, се релативно ретки и се фокусираат на случаи каде што може да се покаже голема небрежност или несовесно непочитување на безбедноста на пациентот. Додека граѓанските парници доминираат во пејзажот на барањата за медицински небрежност, кривичните аспекти ја нагласуваат тежината на прекршувањата на професионалните должности што резултираат со повреда или смрт на пациентот.

Во САД, законот за медицински небрежност бара доказ за четири елементи: постоење на должност, прекршување на таа должност, причинско-последична врска што го поврзува прекршувањето со штета и резултирачка штета. Ова се добро воспоставени законски барања насочени кон одржување на одговорност додека ги штитат лекарите од несериозни тврдења.[88] Поважно, кривичната одговорност се јавува во случаи кога прекршувањето на должноста оди подалеку од обичното невнимание и опфаќа дејства кои се сметаат за непромислени или крајно небрежни. Ваквите постапки покажуваат намерно непочитување на безбедноста и

[88] *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972). Retrieved from https://law.justia.com/cases/federal/appellate-courts/F2/464/772/308175/

благосостојбата на пациентите, усогласувајќи се со прагот за кривична одговорност во други професионални контексти.[89]

Лекарите мора адекватно да ги информираат пациентите за ризиците, придобивките и алтернативите на предложените третмани. Доколку не се стори тоа, може да дојде до кривична пријава за батерија доколку постапката се изврши без валидна согласност. Во значителниот случај Кантербери против Спенс (1972) ја нагласи должноста на лекарот да открие информации дека разумно лице ќе најде материјал за нивниот процес на донесување одлуки.[90] Иако прекршувањето на информираната согласност генерално се решава преку граѓански тужби, особено за еклатантните случаи може да се бара кривична постапка, особено ако тие вклучуваат лажно претставување или намерно прикривање на ризиците.

Тешкото убиство од небрежност претставува еден од основните начини за кривично гонење во случаите на медицински небрежност. Ова плаќање се применува кога однесувањето на давателот на здравствена заштита толку далеку отстапува од стандардните практики што претставува бесрамно непочитување на човечкиот живот. Администрирање на смртоносна доза на лек без придржување до основните дозирани протоколи може да го исполни овој стандард. Обвинителството мора да воспостави причинско-последична врска помеѓу крајно небрежното дело и смртта на пациентот, барање што често поставува значителни предизвици. Неопходноста од докажување на каузалноста надвор од разумно сомневање е главна пречка во кривичната постапка, разликувајќи ги од граѓанските случаи каде стандардот на докажување е помал[91].

Концептот на причинска поврзаност е комплициран од инхерентните несигурности во медицинските резултати. Судовите често се потпираат на вештачење за да утврдат дали дејствијата на давателот на здравствена заштита биле блиска причина за штета. Во случаи кога повеќе фактори придонесуваат за неповолен исход, како што се веќе постоечки состојби или истовремени третмани, докажувањето на каузалноста станува особено важно. Употребата на вештаци е од

[89] Guirguis-Blake, J., Fryer, G. E., Phillips, R. L., & Green, L. A. (2006). The U.S. medical liability system: Evidence for legislative reform. *Annals of Family Medicine,* 4(3), 240–246.
[90] Hellinger, F. J., & Encinosa, W. E. (2006). The impact of state laws limiting malpractice damage awards on health care expenditures. *American Journal of Public Health*, 96(8), 1375–1381.
[91] Bal, B. S. (2008). An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2), 339–347.

клучно значење во овие случаи, бидејќи тие го обезбедуваат потребниот медицински контекст за судот да го оцени однесувањето на лекарот според прифатените стандарди.

Додека повеќето случаи на небрежност се решаваат преку граѓански спорови, кривичната одговорност има застрашувачки ефект, нагласувајќи ги етичките и професионалните одговорности на давателите на здравствени услуги. Присуството на криминални последици го зајакнува општественото очекување дека лекарите постапуваат со најголема грижа и интегритет. Сепак, криминализацијата на медицинските грешки останува спорно прашање. Критичарите тврдат дека тоа може да го обесхрабри отвореното известување за грешки и да поттикне култура на одбранбена медицина, потенцијално поткопувајќи ја грижата за пациентите. Оваа загриженост е особено релевантна кај високоризичните специјалности каде што се поверојатни негативни исходи и покрај придржувањето до најдобрите практики[92].

Како одговор на овие предизвици, различни држави донесоа закони за Добар Самарјан за да ги заштитат давателите на здравствени услуги од одговорност кога даваат итна помош со добра волја. Овие статути имаат за цел да ги поттикнат медицинските работници да помагаат во итни случаи без страв од правни последици. Додека законите на Добриот Самарјан генерално се применуваат на граѓанската одговорност, тие ја нагласуваат поширокаата цел на политиката за балансирање на одговорноста со потребата да се поттикне средина за поддршка за медицинската пракса.

Кривичната одговорност во медицинските небрежности е исто така под влијание на системски прашања, како што се несоодветниот персонал, ограничувањата на ресурсите и институционалните притисоци. Овие фактори можат да придонесат за грешки кои инаку би можеле да се спречат. Лекар кој работи под екстремни временски ограничувања во оддел за итни случаи со недоволно персонал може ненамерно да отстапи од стандардните практики. Судовите честопати ги земаат предвид овие контекстуални фактори кога ја проценуваат кривичната вина, препознавајќи ја сложеноста на модерната испорака на здравствена заштита.

[92] Idem

И покрај релативно ниската инциденца на кривично гонење, случаите од висок профил го привлекоа вниманието на јавноста и на правото на ова прашање. Овие случаи често вклучуваат груби прекршувања на должностите, како што се:лажна документација, намерна повреда или несовесно непочитување на безбедноста на пациентот. Фалсификувањето на медицинските досиеја за да се прикрие грешка може да резултира со кривични пријави за попречување на правдата покрај несовесното работење. Слично на тоа, извршувањето на непотребни операции за финансиска корист претставува јасно прекршување на етичките и правните стандарди, што гарантира кривично гонење.

Правната рамка за справување со медицинските грешки продолжува да се развива, под влијание на промените во општествените очекувања, напредокот во медицинската технологија и менувањето на моделите за испорака на здравствена заштита. Иницијативите за реформи во деликтите се обидоа да ги ограничат несериозните тужби и да го намалат финансискиот товар од осигурувањето од небрежност. Сепак, овие реформи често се фокусираат на граѓански парници, со ограничено влијание врз кривичните аспекти на медицинските небрежности. Предлозите за алтернативни механизми за решавање спорови, како што се специјализирани медицински судови или системи за компензација без вина, имаат за цел да ги решат овие прашања преку обезбедување побалансиран пристап за решавање на споровите.

2 МЕТОДОЛОШКИ ПРИОД КОН ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1 Предмет на истражувањето

Предметот на истражувањето се фокусира на правните и медицинските аспекти на медицинските грешки во Република Северна Македонија, со специфичен акцент на законодавството, судската пракса и процедурите за компензација. Трудот ќе истражува различни видови медицински грешки, вклучувајќи дијагностички грешки, терапевтски грешки и неуспеси во информациите за пациентот. Ги испитува законските и регулаторните рамки кои ги дефинираат должностите и одговорностите на здравствените работници, како и процесите за разрешување на случаи на медицински грешки. Анализата има за цел да разбере како овие рамки се имплементираат во пракса и степенот до кој тие обезбедуваат соодветна заштита за пациентите и одговорност за давателите на здравствени услуги.

Истражувањето навлегува во спецификите на случаите на медицински грешки во Северна Македонија, истражувајќи ги факторите кои придонесуваат за медицински грешки и правните последици што следат. Ова вклучува истражување на улогата на кривичната и граѓанската одговорност во случаи на медицинска небрежност, како и влијанието на таквите случаи врз здравствениот систем и општеството во целина. Предметот, исто така, опфаќа компаративна анализа со правните системи на другите земји за да се истакнат сличностите и разликите во справувањето со медицинските грешки.

Истражувањето има за цел да ги идентификува потенцијалните празнини во сегашните правни и здравствени системи кои можат да придонесат за распространетоста на медицинските грешки. Ова вклучува истражување на ефективноста на постојните закони, соодветноста на судските процеси и достапноста на ресурси и за пациентите и за давателите на здравствена заштита. Преку испитување на овие аспекти, истражувањето има за цел да обезбеди преглед на состојбата со медицинските грешки во Северна Македонија и да предложи потенцијални области за реформи и подобрување.

2.2 Цели и задачи на истражувањето

Примарната цел на ова истражување е сеопфатно да се испита феноменот на медицински небрежност во Северна Македонија, фокусирајќи се на неговите правни, медицински и етички димензии. Истражувањето има за цел да постигне неколку конкретни цели:

- Разбирање на правната рамка;
- Идентификување на фактори кои придонесуваат за медицински грешки;
- Оценување на влијанието на медицинските грешки;
- Компаративна анализа.

2.3 Хипотези на истражувањето

Главна хипотеза:

Имплементацијата на сеопфатна правна рамка во Северна Македонија значително ја намалува инциденцата и влијанието на случаите на лекарските грешки.

Помошни хипотези:

1. Воведувањето на задолжително осигурување за лекарските грешки за здравствените работници ја намалува зачестеноста на барањата за лекарските грешки.

2. Зголемените барања за обука и сертификација за здравствените работници доведуваат до намалување на сериозноста на инцидентите со лекарските грешки.

2.4 Варијабли на истражувањето

- Независни варијабли
    - Имплементација на сеопфатна правна рамка;
    - Задолжително осигурување за лекарските грешки;
    - Подобрени барања за обука и сертификација.
- Зависни варијабли
    - Инциденца на случаи на лекарските грешки;
    - Влијание на случаи на лекарските грешки;
    - Фреквенција на барања за лекарските грешки;
    - Тежина на инциденти со лекарските грешки.

2.5 Методи, техники и инструменти на истражувањето

Трудот ќе користи мешан пристап, кој ќе ги комбинира квалитативните и квантитативните техники. Овој пристап ќе обезбеди детално разбирање на правните и медицинските аспекти на медицинските грешки, како и на пошироките импликации за здравствениот систем. Примарните методи ќе вклучуваат интервјуа со здравствени работници и членови на судството, заедно со преглед на релевантни правни и медицински документи. Целта е да се соберат длабински сознанија кои ќе помогнат да се тестираат главните и подхипотезите на истражувањето. Во интервјуата ќе бидат вклучени здравствени работници од различни нивоа на здравствениот систем, вклучително и даватели на примарна, секундарна и терцијарна заштита. Овој разновиден избор има за цел да долови широк спектар на искуства и перспективи во врска со медицинските грешки. Учесниците ќе вклучуваат општи лекари, специјалисти, медицински сестри и администрацијата. Ќе бидат интервјуирани и адвокати, обвинители и судии кои имаат искуство со случаи

на медицинска небрежност. Критериумите за избор на учесници ќе се фокусираат на поединци кои имаат директно искуство со медицинска небрежност, било како даватели на здравствени услуги или како правни професионалци вклучени во сродни случаи. Интервјуата ќе бидат полуструктурирани, овозможувајќи флексибилно, но сепак фокусирано истражување на темите релевантни за истражувањето. Оваа структура ќе му овозможи на интервјуерот да следи предефиниран сет на прашања додека дозволува отстапувања врз основа на одговорите на учесниците.

Интервјуата ќе се спроведуваат лично, телефонски или преку видео конференција, во зависност од достапноста и преференциите на учесниците. Се очекува секое интервју да трае од 50 минути до еден час, овозможувајќи доволно време за темелна дискусија на темите. Квалитативните податоци добиени од интервјуата ќе бидат анализирани со користење на тематска анализа.

Покрај интервјуата, трудот ќе користи и анализа на документи како комплементарен метод. Ова ќе вклучи темелно испитување на правни документи, судски случаи, медицинска евиденција и други релевантни материјали.

3 РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

Интервјуто за ова истражување беше спроведено онлајн со користење на Google Forms, обезбедувајќи беспрекорен и ефикасен процес за собирање увиди од учесниците. Учествуваа вкупно 40 испитаници, вклучувајќи професионалци од медицинската и правната област, вклучително и даватели на здравствени услуги како што се: општи лекари, специјалисти и медицински сестри, како и правни професионалци како судии, обвинители и адвокати. Различноста на испитаниците овозможи сеопфатно разбирање на правните и медицинските димензии на медицинските грешки во Северна Македонија. Просечната возраст на испитаниците беше 35,6 години, што ја одразува рамномерната распределба на помлади и поискусни професионалци. Покрај тоа, просечниот стаж во нивните професии беше приближно 10,2 години, што покажува дека учесниците имале значително професионално искуство за да дадат веродостојни и проникливи одговори.

Прашањата поставени за време на интервјуто беа внимателно изработени за да се усогласат со предметот на истражувањето, целите и хипотезите. Тие истражуваа различни аспекти на медицинските грешки, вклучувајќи ги и нивните причини, правни и етички импликации и потенцијални решенија. Овие прашања имаа за цел да соберат детални квалитативни податоци кои би ја надополниле квантитативната анализа на студијата. Со тоа, истражувањето се обиде да ја потврди примарната хипотеза дека имплементацијата на сеопфатна правна рамка значително ја намалува инциденцата и влијанието на медицинските грешки во Северна Македонија. Дополнително, интервјуто даде вредни сознанија за секундарните хипотези, како што е улогата на задолжителното осигурување за медицински небрежност и зголемените барања за обука за ублажување на медицинските грешки.

Кредибилитетот на испитаниците беше дополнително зајакнат со нивното директно вклучување во медицинските и правните процеси поврзани со медицинската небрежност. Нивното професионално потекло и искуствата од прва рака со случаи

на медицински грешки ги направија нивните одговори особено релевантни и вредни. Различноста во нивните улоги и перспективи овозможи сеопфатна анализа, опфаќајќи ги и системските и индивидуалните фактори кои придонесуваат за медицински грешки. Овој пристап осигурува дека наодите од интервјуата не само што се цврсти, туку и ја одразуваат сложената интеракција помеѓу здравствениот и правниот систем во Северна Македонија. Накратко, интервјуто послужи како клучна компонента на ова истражување, нудејќи нијанси на увид во факторите кои влијаат на медицинските грешки и ефективноста на постојните законски рамки.

3.1 Анализа на добиените резултати

Табела бр. 1. Пол на испитаниците

Пол	**%**
Ж	79.3
М	20.7

Во интервјуто доминираат женски испитаници со 79.3%, додека мажите сочинуваат 20.7%. Оваа распределба е очекувана, со оглед на тоа што медицинските професии често имаат поголем број женски вработени.

Табела бр. 2 Возраст на испитаниците

Возраст	**%**
25-34	48.3
35-44	31.0
18-24	13.8
45-54	6.9

Најголемиот број испитаници се во возрасната група од 25 до 34 години, што претставува 48.3%. Возрасната група од 35 до 44 години е втора по големина, со 31.0%.

Табела бр. 3 Моментална професија

Професија	**%**
Друго (наведете)	41.4
Правник (судија, обвинител, адвокат)	31.0
Лекар	27.6

Испитаниците доаѓаат од различни професионални групи, со најголем процент во категоријата „друго“, каде спаѓаат различни професии. Правниците и лекарите претставуваат значителен дел од испитаниците, соодветно 31.0% и 27.6%.

Табела бр. 4 Години на работа во професијата

Години на работа	**%**
1-5 години	34.5
Над 20 години	20.7
Помалку од 1 година	17.2
6-10 години	17.2
11-20 години	10.3

Повеќето испитаници (34.5%) имаат искуство од 1 до 5 години, додека 20.7% имаат повеќе од 20 години работен стаж.

Прашање бр.1. Можете ли да опишете ситуација во која Вие или колега се соочивте со случај на лекарска грешка (доколку сте се соочиле досега)?

Одговорите на ова прашање значително се разликуваа меѓу учесниците. Голем дел од испитаниците изјавиле дека никогаш не наишле на лекарска грешка. Ова може да укаже или на недостаток на директно искуство со такви инциденти или на неподготвеност отворено да се разговара за нив. За многу здравствени работници, признавањето на медицински грешки може да носи стигма или страв од правни последици, што ќе доведе до недоволно пријавување.

Сепак, неколку испитаници дадоа конкретни примери на медицински грешки. Тие вклучуваат погрешни дијагнози, доцнење во обезбедувањето соодветен третман или грешки во администрирање на лекови. Ваквите случаи го истакнуваат потенцијалот и за индивидуални и за системски неуспеси. На пример, еден испитаник опишал случај кога задоцнета дијагноза на апендицитис довела до тешки компликации. Друг раскажа ситуација кога недоволната комуникација меѓу членовите на тимот резултираше со неточни дози на лекови.

Некои одговори беа нејасни, при што учесниците даваа општи забелешки за здравствениот систем, а не за конкретни случаи. Оваа двосмисленост може да укаже на недостаток на детално знаење или неподготвеност да се обелоденат чувствителни информации. Така, одговорите откриваат мешавина од директни и индиректни искуства со медицински грешки, нагласувајќи ја потребата за култура на отвореност и одговорност во здравствените установи.

Табела бр. 5 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Недостаток на директно искуство	Укажува на можност за недоволно известување за грешки.
Системски и индивидуални	Потреба од подобра комуникација и процеси.

пропусти	
Нејасни одговори	Потенцијални празнини во знаењето или неподготвеност за споделување.

Прашање бр. 2. Според Вас, кои се најчестите причини за лекарските грешки во здравствениот систем?

Ова прашање имаше за цел да ги открие перцепциите на учесниците за основните причини за медицинските грешки во здравствениот систем. Најчесто наведената причина беше несоодветната обука и професионалната компетентност кај здравствените работници. Многу учесници ја истакнаа потребата од континуиран професионален развој и построги стандарди за сертификација. Еден од испитаниците изјавил: „Медицинските грешки често произлегуваат од недостаток на ажурирано знаење и недоволно практично искуство“.

Друг главен идентификуван фактор беа системските прашања, како што се: недоволно кадар, несоодветни ресурси и неефикасни организациски процеси. Доцнењето во грижата за пациентите често се припишува на преоптоварен персонал и недостаток на современи дијагностички алатки. Еден испитаник спомнал дека „големиот обем на работа доведува до исцрпеност, што значително ја зголемува веројатноста за грешки“.

Неуспесите во комуникацијата беа уште една значајна причина. Тие вклучуваат недоразбирања меѓу лекарите и медицинските сестри или меѓу медицинскиот персонал и пациентите, што може да резултира со неточни третмани или одложени интервенции. Конечно, некои испитаници веруваа дека неусогласеноста на пациентот или недоволната историја на пациентот, исто така, придонеле за медицински грешки, што ја нагласува важноста од ефективна комуникација и едукација на пациентот.

Табела бр. 6 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа

Недоволна обука	Води до грешки кои би можеле да се избегнат
Системски проблеми	Значително придонесуваат за грешки.
Пропусти во комуникацијата	Резултираат со неточни или одложени третмани.

Прашање бр. Како го оценувате сегашниот правен систем во Северна Македонија во однос на лекарските грешки?

Ефективноста на правниот систем во справувањето со медицинските грешки беше критична област на истражување. Одговорите откријa општо незадоволство, при што многу учесници го оценија системот како „сиромашен“ или „многу лош“. Многумина ги наведоа недостигот на транспарентност и долгите судски процеси како клучни прашања. Еден од испитаниците забележа: „Правниот систем е бавен и честопати не успева да ја испорача правдата за погодените пациенти“. Од друга страна, некои испитаници дадоа неутрална оценка, сугерирајќи дека иако системот има свои недостатоци, тој не е целосно неефикасен. Овие учесници често ги забележуваа неодамнешните подобрувања, како што се построгите регулативи и подобар надзор, но нагласија дека се потребни дополнителни реформи. Помал дел од учесниците дадоа позитивна оценка, пофалувајќи ги специфичните аспекти како што се воведувањето на осигурување од медицински небрежност и специјализирана обука за судии кои постапуваат по медицински случаи. Сепак, дури и меѓу оваа група, имаше консензус дека дополнителни подобрувања би можеле да ја подобрат ефективноста и правичноста на системот.

Табела бр. 7 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Незадоволство од системот	Наведен недостаток на транспарентност и одолговлекување.
Неутрални ставови	Признаваат напредок, но бараат реформи.

Позитивни аспекти	Укажуваат на реформи, но потенцираат потреба од понатамошни подобрувања.

Прашање бр.4 Како мислите дека стравот од правни последици влијае на донесувањето на медицински одлуки?

Стравот од правни последици е важен елемент во медицинското одлучување, како што се гледа во одговорите. Многу учесници се согласија дека овој страв води до премногу претпазливо однесување, како што се непотребни тестови или упатувања до специјалисти. Иако ваквите практики на одбранбена медицина може да го намалат ризикот од грешки, тие исто така придонесуваат за повисоки трошоци за здравствена заштита и подолго време на чекање за пациентите.

Некои испитаници веруваат дека стравот од правна постапка има умерено влијание, првенствено влијае на помалку искусните здравствени работници. Еден испитаник објасни: „Младите лекари често се повнимателни затоа што немаат доверба во своите одлуки“.

Помала група сметаше дека правните стравови имаат мало или никакво влијание врз одлучувањето, особено кај искусни професионалци кои се потпираат на нивното долгогодишно искуство и расудување. Оваа група тврдеше дека добро дефинираната правна рамка, комбинирана со соодветна обука, може да ги ублажи таквите стравови и да поттикне посигурно донесување одлуки.

Прашање бр.5 Кои системи на поддршка постојат за здравствените работници кои се соочуваат со последиците од лекарските грешки?

Системите за поддршка за здравствените работници кои се соочуваат со последиците од медицински грешки се разликуваат по обем и ефективност. Многу учесници забележаа недостаток на формални структури за поддршка во Северна Македонија. Услугите за психолошко советување за здравствените работници кои се занимаваат со емоционалниот број на грешки честопати се недостапни. Ова отсуство може да ги влоши чувствата на вина, стрес и исцрпеност, што негативно влијае на перформансите и грижата за пациентот. Други испитаници истакнаа дека иако некои институции нудат неформална поддршка од врсници или менторство, тие не се

стандардизирани или универзално достапни. Таквата поддршка често зависи од културата и раководството на индивидуалните здравствени установи. Мал број учесници го спомнаа осигурувањето од професионална одговорност како форма на финансиска заштита, но ова не помага малку да одговори на емоционалните и професионалните предизвици со кои се соочуваат здравствените работници.

Недостатокот на структурирани системи за поддршка може да доведе до неподготвеност кај здравствените работници да пријават грешки или да бараат помош, овековечувајќи ја културата на страв и обвинување. Спроведувањето на сеопфатни системи за поддршка, како што се задолжително советување, групи за поддршка од врсници и програми за обука, може значително да ја подобри благосостојбата на здравствените работници и да поттикне поотворена и поодговорна здравствена средина.

Табела бр. 8 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Недостаток на формални системи	Влошува емоционалната состојба на здравствените работници
Неформална поддршка	Зависи од културата на установата, но не е унифицирана
Потреба од стандардизирана поддршка	Предлага воведување на задолжителни советувања и групи за поддршка

Прашање бр.6 Каква улога игра медицинската етика во контекст на лекарските грешки?

Медицинската етика игра клучна улога во разбирањето и управувањето со медицинските грешки. Многу учесници нагласија дека придржувањето до етичките принципи, како што се добродетелството, нелојалноста и автономијата на пациентот, е од витално значење за минимизирање на грешките и обезбедување одговорност.

Етичката обука, тврдат тие, треба да биде составен дел од медицинското образование и тековниот професионален развој.

Сепак, неколку испитаници забележаа празнини во практичната примена на етичките стандарди. На пример, еден учесник забележа дека „во многу случаи, економските притисоци или временските ограничувања доведуваат до компромиси во етичкото одлучување“. Други споменаа дека недостатокот на механизми за етички надзор во здравствените институции може да резултира со недоследно придржување до етичките упатства. Одговорите, исто така, ја истакнаа важноста од создавање етичка култура во здравствените организации. Ова вклучува поттикнување отворена комуникација, промовирање на транспарентност и обезбедување дека здравствените работници се чувствуваат поддржани во пријавувањето грешки без страв од одмазда. Зајакнувањето на етичката рамка во здравствените установи може да доведе до поконзистентна и сочувствителна грижа, што на крајот ќе ја намали појавата на медицински грешки.

Табела бр. 9 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Важност на етичките принципи	Потребна за минимизирање на грешките и обезбедување одговорност
Пречки во примената на етиката	Економски и временски притисоци водат до компромиси.
Потреба од етичка култура	Поддршка за отворено пријавување и транспарентност

Прашање бр.7 Како го доживувате односот меѓу медицинските работници и пациентите во контекст на доверба и транспарентност?

Довербата и транспарентноста помеѓу здравствените работници и пациентите се критични компоненти на ефективната грижа. Многу испитаници изразија загриженост дека моменталната врска е често напната поради недостаток на јасна

комуникација и нереални очекувања на пациентите. Овој недостаток на доверба може да ги попречи отворените дискусии за потенцијалните ризици и опциите за третман, што може да придонесе за недоразбирања или незадоволство од грижата. Некои учесници забележаа дека воспоставувањето доверба бара од давателите на здравствени услуги активно да ги слушаат пациентите, да даваат јасни објаснувања и да ги вклучат во процесите на донесување одлуки. Други ја истакнаа важноста на културната компетентност, сугерирајќи дека разбирањето на позадината и вредностите на пациентот може да помогне да се изгради однос и да се подобрат резултатите.

Одговорите, исто така, ја истакнаа улогата на здравствените институции во поттикнувањето на транспарентноста. Обезбедувањето на пациентите со пристап до нивните медицински досиеја, јасни практики за наплата и можности за давање повратни информации беа меѓу препораките за зајакнување на довербата. Подобрувањето на овие аспекти може да доведе до повеќе соработка и доверлив однос помеѓу пациентите и давателите на здравствена заштита.

Табела бр. 10 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Лоша комуникација	Го намалува нивото на доверба и доведува до недоразбирања
Потреба од активна соработка	Вклучување на пациентите во процесот на одлучување
Реформи во институционалната транспарентност	Подобрување на пристапот до податоци и практики за наплата

Прашање бр.8 Можете ли да го коментирате влијанието на медиумското покривање врз перцепцијата на јавноста и правниот процес во случаите на лекарски грешки?

Медиумското покривање важен дел во обликувањето на јавната перцепција и влијанието врз правните постапки во случаи на медицински грешки. Многу испитаници се согласија дека сензационалистичкото известување често може да создаде пристрасност, што доведува до бес на јавноста и непотребен притисок врз правните системи. Ова може да резултира со избрзани пресуди или претерана перцепција за распространетоста на медицинските грешки. Спротивно на тоа, некои учесници забележаа дека одговорното медиумско покривање може да ги нагласи системските проблеми и да промовира одговорност во здравствениот сектор. Со подигање на свеста за конкретни случаи, медиумите можат да поттикнат реформи и да ги охрабрат институциите да усвојат побезбедни практики. Сепак, за постигнување на оваа рамнотежа потребно е новинарите да се придржуваат до стандардите за етичко известување и да избегнуваат сензационализам.

Во одговорите беше нагласена и потребата здравствените институции проактивно да се ангажираат со медиумите. Јасната и транспарентна комуникација од болниците и регулаторните тела може да помогне во спротивставувањето на дезинформациите и да и обезбеди на јавноста балансирано разбирање за случаите на медицински грешки. Зајакнувањето на овој однос може да придонесе за поинформиран јавен дискурс и поправедни правни резултати.

Табела бр. 11 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Сензационалистичко известување	Води до јавна паника и притисок врз правниот систем
Позитивно влијание од одговорно известување	Помага во идентификација на системски проблеми и поттикнува реформи
Потреба од транспарентна комуникација	Важност од соработка меѓу медиумите и здравствените институции

Прашање бр.9 Кои мерки сметате дека би можеле да се имплементираат за да се подобри правното и етичкото постапување со случаите на лекарски грешки?

Решавањето на правните и етичките димензии на медицинските грешки бара спроведување цврсти мерки кои ја подобруваат одговорноста и обезбедуваат правичност. Многу учесници предложија создавање јасни и транспарентни правни упатства за стандардизирање на начинот на постапување со медицинските грешки. Тие ја истакнаа потребата од специјализирана обука за судиите и адвокатите кои постапуваат со случаи на медицински небрежност, што ќе го подобри нивното разбирање за медицинските процеси и ќе овозможи правични пресуди. Неколку испитаници, исто така, предложија да се воведе задолжително осигурување за здравствените работници поради небрежност. Оваа мерка ќе ги заштити и пациентите и медицинскиот персонал со обезбедување финансиски надомест во случај на докажани грешки, а истовремено ќе го минимизира ризикот од банкротирање на давателите на здравствени услуги. Понатаму, испитаниците ја истакнаа важноста на институционалните реформи, како што е формирање на етички комитети во болниците. Овие комисии би можеле да служат како советодавни тела за проценка на сложени случаи и да препорачаат соодветни активности.

Друга често споменувана мерка беше негување култура на континуирана едукација и етичка обука за медицинскиот персонал. Со потемелно интегрирање на етиката во медицинското образование, здравствените работници би можеле да бидат подобро опремени да се движат по предизвикувачки сценарија, намалувајќи ја веројатноста за грешки. Конечно, многу учесници го истакнаа значењето на отворената комуникација помеѓу пациентите и давателите на здравствени услуги. Тие предложија имплементација на формализирани системи за пријавување грешки и повратни информации од пациентите за да се промовира транспарентноста и довербата.

Табела бр. 12 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Стандарди за правни постапки	Јасни насоки за поефикасно ракување со случаи на лекарски грешки
Обука за правни	Специјализирани обуки за судии и адвокати во

професионалци	областа на медицинските грешки
Малпрактис осигурување	Финансиска заштита за пациенти и медицински лица
Реформи во болничките структури	Етички комитети за проценка и совети за комплексни случаи
Непрекинато образование	Постојана етичка и професионална обука за медицинскиот персонал

Прашање бр.10 Дали имате дополнителни коментари или предлози во врска со постапувањето со случаите на лекарски грешки во Северна Македонија?

Последното прашање покани отворени повратни информации од учесниците, овозможувајќи им да споделат дополнителни сознанија и предлози. Многу одговори ја нагласуваа итната потреба од системски промени во здравствениот и правниот систем. Повторувачка тема беше недостатокот на доверба во постоечките механизми за справување со медицинските грешки, при што учесниците повикаа на поголема транспарентност и одговорност. Неколку учесници се залагаа за кампањи за подигање на јавната свест за да се едуцираат и пациентите и давателите на здравствени услуги за медицинските грешки и нивните правни и етички импликации. Тие тврдеа дека таквите иницијативи можат да помогнат да се намали стигмата и да се поттикнат поотворени дискусии за грешките, што на крајот ќе доведе до подобрување на безбедноста на пациентите.

Друг вообичаен предлог беше воведувањето на централизирана база на податоци за следење на случаите на медицински грешки. Оваа база на податоци може да обезбеди вредни податоци за идентификување на трендовите, разбирање на основните причини и имплементација на насочени интервенции. Учесниците, исто така, препорачаа подобрување на системите за поддршка на пациентите, вклучувајќи советување и правна помош за оние кои се погодени од медицински грешки. Испитаниците ја истакнаа важноста од поттикнување на неказнувачко опкружување каде што здравствените работници се чувствуваат безбедно при пријавувањето на

грешките. Тие предложија да се усвојат практики од земји со успешни модели, како што е воспоставување на системи за компензација „без вина“, кои се фокусираат на закрепнување на пациентите наместо да се префрлаат вината.

Табела бр. 13 Клучни аспекти и сумирање на одговорите

Клучни аспекти	Анализа
Потреба за системски промени	Подобрување на транспарентноста и одговорноста во системите
Кампањи за подигање на свеста	Едукација на јавноста и здравствените работници за медицинските грешки
Централизирана база на податоци	Следење на случаи и анализа за подобрување на безбедноста на пациентите
Поддршка за пациентите	Советување и правна помош за погодените од лекарски грешки
Неказнувачка култура	Поттикнување на отворено пријавување и учење од грешките

3.2 Дискусија

Анализата на одговорите на интервјуто дава сеопфатен преглед на предизвиците и потенцијалните решенија во справувањето со медицинските грешки во здравствениот систем на Северна Македонија. Дискусиите околу согледувањата на учесниците ги истакнуваат системските, етичките, правните и практичните прашања кои значително влијаат на распространетоста и управувањето со медицинските грешки. Одговорите укажуваат дека и системските и индивидуалните фактори придонесуваат за медицински грешки. Учесниците често ги наведуваа несоодветната обука, недостатокот на ресурси и неуспесите во комуникацијата како примарни причини. Системските прашања како што се: недоволно персонал и застарената опрема создаваат средина каде што е поверојатно да се појават грешки,

додека празнините во професионалната компетентност ги влошуваат овие предизвици. Комбинацијата на овие фактори ја нагласува итната потреба за реформи кои ќе ги адресираат и структурните недостатоци и индивидуалната одговорност. Интересно е што значителен број учесници ја истакнаа улогата на неуспесите во комуникацијата, не само помеѓу давателите на здравствена заштита, туку и со пациентите. Погрешната комуникација може да доведе до одложени третмани, погрешни дијагнози или неправилна администрација на лекови, а сето тоа претставува сериозен ризик за безбедноста на пациентот. Воспоставувањето појасни протоколи за комуникација и негувањето на културата на тимска работа во здравствените поставки се суштински чекори кон ублажување на овие ризици.

Сегашната правна рамка за справување со медицински грешки во Северна Македонија беше широко критикувана од испитаниците. Многумина изразија незадоволство од недостигот на транспарентност и бавното темпо на судските постапки. Овие грижи се надополнети со ограничената експертиза на правните професионалци во случаите на медицински небрежност. Како што сугерираа испитаниците, специјализираната обука за судии и адвокати би можела значително да ја подобри нивната способност да се справат со сложеноста на таквите случаи, што ќе доведе до поправедни и поинформирани резултати. Задолжителното осигурување од медицински небрежност се појави како повторлива препорака меѓу испитаниците. Оваа мерка ќе обезбеди финансиска сигурност и за пациентите и за давателите на здравствени услуги, обезбедувајќи дека жртвите на медицински грешки добиваат соодветна компензација без да им се наметне прекумерно финансиски оптоварување на медицинските работници. Таквото осигурување може да ги поттикне давателите на здравствена заштита да усвојат побезбедни практики, бидејќи осигурениците може да бараат усогласеност со специфични безбедносни стандарди.

Друга истакната тема во одговорите беше потребата од континуирана едукација и обука за здравствените работници. Учесниците ја истакнаа важноста од интегрирање на медицинската етика во програмите за обука за да се подготват здравствените работници за етичките дилеми со кои може да се сретнат. Тековните можности за професионален развој не само што ќе ја подобрат компетентноста на медицинскиот персонал, туку и ќе поттикнат култура на одговорност и етичко

одлучување. Довербата и транспарентноста меѓу давателите на здравствени услуги и пациентите се клучни за ефикасна медицинска нега. Одговорите откри ја дека моменталната состојба на доверба честопати е компромитирана поради несоодветна комуникација и согледан недостаток на одговорност. Учесниците препорачаа имплементација на системи за транспарентно известување и адресирање на грешките. Со охрабрување на отворен дијалог и вклучување на пациентите во нивните одлуки за грижата, давателите на здравствени услуги можат да ја обноват довербата и да поттикнат поколаборативен однос со своите пациенти.

Улогата на јавната свест во обликувањето на перцепциите за медицинските грешки не може да се потцени. Учесниците се залагаа за кампањи за подигање на свеста за да се едуцира јавноста за природата и зачестеноста на медицинските грешки, како и за чекорите што се преземаат за нивно решавање. Ваквите иницијативи би можеле да ја намалат стигмата, да го поттикнат известувањето и да промовираат побалансирано разбирање на предизвиците со кои се соочуваат давателите на здравствени услуги. Негувањето на неказнената култура во здравствените институции е од витално значење за поттикнување на пријавување грешки и учење од грешките. Со префрлање на фокусот од вината на подобрување, здравствените организации можат да создадат средина каде што професионалците се чувствуваат безбедно да ги откријат грешките и да соработуваат за решенија.

ЗАКЛУЧОК

Истражувањето за медицинските грешки во здравствениот систем на Северна Македонија открива повеќеслоен проблем кој бара итна и системска интервенција. Одговорите на интервјуто ја нагласуваат интеракцијата помеѓу системските, индивидуалните и културните фактори кои придонесуваат за распространетоста на медицинските грешки. Решавањето на овие предизвици бара поинаков пристап кој комбинира правни, образовни, етички и структурни реформи. Еден од примарните заклучоци извлечени од интервјуата е потребата од транспарентна и ефикасна правна рамка за справување со случаите на медицински небрежност. Недостатокот на јасност на постоечкиот систем и бавните процеси ја нарушија довербата и кај пациентите и кај давателите на здравствени услуги. Со обезбедување специјализирана обука за правните професионалци и воспоставување стандардизирани правни процедури, правосудниот систем може подобро да им служи на сите вклучени засегнати страни.

Во тандем со правните реформи, негувањето на културата на етичка одговорност е приоритетно. Имплементацијата на етичките комисии во здравствените институции може да обезбеди робусен механизам за разгледување на случаите и обезбедување дека се почитуваат етичките принципи. Оваа мерка, заедно со задолжителното осигурување за небрежност, ќе ја зголеми одговорноста, а истовремено ќе го заштити финансискиот и професионалниот интегритет на здравствените работници.

Континуираното професионално образование и обука се појавија како уште една критична област на фокус. Комлицираната природа на медицинската пракса бара здравствените работници да бидат во тек со најновите случувања во нивните области. Вклучувањето на етиката и безбедноста на пациентите во програмите за обука не само што ќе ја подобри компетентноста, туку и ќе промовира подлабоко разбирање на импликациите на медицинските грешки. Истражувањето исто така ја нагласува важноста на довербата и транспарентноста во односите пациент-давател. Учесниците истакнаа дека отворената комуникација и можноста за пријавување грешки без страв од одмазда се клучни за градење побезбеден и посигурен здравствен систем. Транспарентните системи за пријавување грешки, заедно со кампањите за подигање на јавната свест, можат да придонесат за намалување на

стигмата и поттикнување на поподдржувачка средина за справување со медицински грешки. Не смее да се занемари културниот аспект на здравствената заштита. Преминувањето од култура ориентирана кон обвинување и култура која поттикнува учење и подобрување е од голема важност за одржливи промени,со усвојување на најдобри практики од земји со успешни модели на здравствена заштита, Северна Македонија може да го отвори патот за поодговорен, поетички и здравствен систем фокусиран на пациентите.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Abbott, R. L., Weber, P., & Kelley, B. (2005). Medical professional liability insurance and its relation to medical error and healthcare risk management for the practicing physician. American journal of ophthalmology, 140(6), 1106-1111.
- Bal, B. S. (2008). An introduction to medical malpractice in the United States. Clinical Orthopaedics and Related Research, 467(2), 339–347.
- Bates, D. W., & Gawande, A. A. (2003). Improving safety with information technology. New England Journal of Medicine, 348(25), 2526-2534.
- Bergmann, K. O., & Wever, C. (2009). Die Arzthaftung [Medical malpractice liability] (3rd ed.).
- Bošković Z.(2007) Medicina i pravo, Pergamena, Zagreb.
- Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972). Retrieved from https://law.justia.com/cases/federal/appellate-courts/F2/464/772/308175/
- Chester v. Afshar [2004] UKHL 41.://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/2004/41.html
- Code de la Santé Publique (French Public Health Code), Article L1111-2.
- Code Pénal (French Penal Code), Articles 221-6, 222-19, 223-1, 223-8, and 223-10.
- Code Pénal. Code pénal français. https://www.legifrance.gouv.fr
- Danzon, P. M. (1985). Medical malpractice: Theory, evidence, and public policy. Harvard University Press, 208.
- Dawidoff, D. J. (1966). The malpractice of psychiatrists. Duke Law Journal, 1966, 696-716.
- Đurišić, J. (2017). Sporna pitanja u vezi krivičnim djelom nesavjesno pružanje ljekarske pomoći. Anali Pravnog fakulteta u Beogradu ,pp.161.
- Federal Court of Justice (BGH). (1983). Judgment on standards of gross failure in medical malpractice cases.
- FitzGerald, R. J. (2009). Medication errors: the importance of an accurate drug history. British journal of clinical pharmacology, 67(6), 671-675.
- General Medical Council (GMC). (2008). Professional Standards and Ethics in Medicine.

- Graber, M. L., Franklin, N., & Gordon, R. (2005). Diagnostic error in internal medicine. Archives of Internal Medicine, 165(13), 1493-1499.
- Grossman, S. A., Gurley, K. L., & Wolfe, R. E. (2020). The ethics of error in medicine. Rambam Maimonides Medical Journal, 11(4), e0033..
- Guirguis-Blake, J., Fryer, G. E., Phillips, R. L., & Green, L. A. (2006). The U.S. medical liability system: Evidence for legislative reform. Annals of Family Medicine, 4(3), 240–246.
- Hayward, R. A., & Hofer, T. P. (2001). Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. Jama, 286(4), 415-420.
- Hellinger, F. J., & Encinosa, W. E. (2006). The impact of state laws limiting malpractice damage awards on health care expenditures. American Journal of Public Health, 96(8), 1375–1381.
- Institute of Medicine. (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press, pp.18.
- Kachalia, A., Kaufman, S. R., Boothman, R., Anderson, S., Welch, K., Saint, S., & Rogers, M. A. (2010). Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Annals of internal medicine, 153(4), 213-221.
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H., & Rosenthal, G. E. (2008). Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals. Archives of internal medicine, 168(1), 40-46.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). To err is human: Building a safer health system. National Academy Press.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press, pp.93-94.
- Konstantinovic M.(1992) Foundation for liabitity for caused demages. Pravni život 41(9 -10): 1153-63.
- KRIVIČNI ZAKON BOSNE I HERCEGOVINE Neslužbeni – integralni prečišćeni tekst ("Službeni glasnik Bosne i Hercegovine", br. 3/2003, 32/2003 - ispr., 37/2003, 54/2004, 61/2004, 30/2005, 53/2006, 55/2006, 8/2010, 47/2014, 22/2015, 40/2015, 35/2018, 46/2021, 31/2023 i 47/2023)

- KRIVIČNI ZAKONIK ("Sl. glasnik RS", br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019 i 94/2024)
- Kumar, S., & Steinebach, M. (2008). Eliminating US hospital medical errors. International Journal of Health Care Quality Assurance, 21(5), 444-471.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. JAMA, 272(23), 1851-1857.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Quality and Safety in Health Care, 13(suppl 1), i85-i90.
- Mazor, K. M., Simon, S. R., & Gurwitz, J. H. (2004). Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. Archives of internal medicine, 164(15), 1690-1697.
- Mello, M. M., Studdert, D. M., Thomas, E. J., Yoon, C. S., & Brennan, T. A. (2007). Who pays for medical errors? An analysis of adverse event costs, the medical liability system, and incentives for patient safety improvement. Journal of Empirical Legal Studies, 4(4), 835-860.
- Miličić, V. (1996). Deontologija profesije liječnik: život čovjeka i integritet liječnika, ćudoredna raskrižja bioetike. Zagreb: Pravni fakultet Univerziteta u Zagrebu, pp.34.
- Miziara, I. D., & Miziara, C. S. M. G. (2022). Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. Clinics, 77, 100053.
- Mujkić, E. (2015). Medicinska greška kao krivično-pravno pitanje. Pravni savjetnik, 5, pp.19.
- Mujovic-Zornic H, Petrovic Z. (2012) Responsibility of medical institutions for damages resulting from treatment. Vojnosanit Pregl; 69(8): 692-9..
- Muller, J. G. (2013). Medical liability reform in the United States: A comprehensive approach to medical error. Proceedings of GREAT Day, 2012(1), 10.
- Ordre des Médecins. (2023). Professional Standards and Disciplinary Proceedings in France.
- Petrović, O. (2013). Treba li odlučivati između komplikacije i stručne pogreške. Liječnički vijesnik, 135(7), 135.

- R v. Adomako [1994] 3 All ER 79. https://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1994/3.html
- Radisic J. (2008) Medical law. Belgrade: JP Official Gazette and Law School of the Union University, Belgrade.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. BMJ, 320(7237), 768-770.
- Roksandić Vidlička S.(2010) Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrta izmjena hrvatskog kaznenog zakona; Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, Vol.1 No.1 Prosinac
- S. Warren, (2010) The development of medical liability in England and Wales, Cambridge University Press, Cambridge.
- Šobat, H. (2008). Razlika između pogreške i komplikacije u naknadi štete. Liječnički vijesnik, 130(7), 303.
- Stauch, M. (2008). The Law of Medical Negligence in England and Germany: A Comparative Analysis. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing.
- Stauch, M. S. (2011). Medical malpractice and compensation in Germany. Chicago-Kent Law Review, 86(3), 1139-1159.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., & Brennan, T. A. (2004). Medical malpractice. New England Journal of Medicine, 350(3), 283-292.
- Ulsenheimer, K. (2008). Arztstrafrecht in der Praxis [Medical practitioners and criminal law in practice] (4th ed.).
- World Health Organization. (2024). Patient safety. September 09, 2024, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
- Zečević D, Škavić J.(2012): Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika-teorija i praksa; Medicinska naklada, Zagreb.
- Давитковски, Б., Тупанчевски, Н., Павловска Данева, А., Деаноска Трендафилова, А., Чакар, З., Карацинска Бислимовска, Ј., Спасовски, М., & Ќосевска, Е. (2009). Право и јавно здравство. Скопје: Универзитет „Св. Кирил и Методиј“.
- Закон за здравствена заштита (Службен весник на РМ бр. 43/12, 145/12, 10/13, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16 и 37/16).

- Камбовски, В. (2011). Коментар на Кривичниот законик на РМ (I издание). Скопје: Матица Македонска.
- Кривичен законик на РСМ (Службен весник на РМ бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 87/07, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17).
- Тупанчевски, Н., Деаноска Трендафилова, А., & Кипријановска, Д. (2012). Медицинско казнено право. Скопје: Правен факултет „Јустинијан Први“.