

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПРОФ. Д-Р П. СТОЯНОВ“ - ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“  
КАТЕДРА „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“

**ДЕСИСЛАВА АТАНАСОВА АТАНАСОВА-ПИЙТЪРСЕ**

**ВЪВЛИЧАНЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕ НА  
РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА  
МЕСТНО НИВО**

**АВТОРЕФЕРАТ**

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА  
СТЕПЕН „ДОКТОР“

Професионално направление: 7.1. – Медицина

Научна специалност: „Социална медицина  
и организация на здравеопазването и фармацията“

**Научни ръководители:**

Проф. Д-р Стоянка Попова

Доц. Д-р Албена Кереевска

**Официални рецензенти:**

Доц. Д-р Невяна Г. Фесчиева, д.м.

Проф. Д-р Асен Петков д.м.н.

Варна, 2014 г.

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита на разширено заседание на катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“ при Медицински университет „Проф. Д-р П. Стоянов“ – Варна.

Дисертационният труд е написан на 244 страници и е онагледен с 31 фигури, 11 таблици и 3 приложения .

Използвани източници: 111, от които 46 на кирилица и 65 на латиница.



*George Aldridge*

Публичната защита ще се състои на .....01.2014 г. в III аудитория на МУ-Варна.

## **СЪДЪРЖАНИЕ:**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>5</b>
<b>1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ .....</b>	<b>6</b>
<b>2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО .....</b>	<b>7</b>
2.1. ПЪРВИ ЕТАП: ПОДГОТВИТЕЛЕН .....	7
2.2. ВТОРИ ЕТАП: ПРОУЧВАНЕ НА ОБЩИНИ .....	10
<b>3. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ .....</b>	<b>14</b>
3.1. ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА УЧАСТИЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ.....	14
3.2. НОРМАТИВНА УРЕДБА НА УЧАСТИЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА МЕСТНО НИВО В БЪЛГАРИЯ.....	16
3.3. ОБЩА ПРЕДСТАВА ЗА ВЪВЛИЧАНЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО .....	18
3.4. ТЕМАТИЧНИ ОБЛАСТИ СВЪРЗАНИ С ВЪВЛИЧАНЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ ПО ВЪПРОСИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА МЕСТНО НИВО23	
3.5. ТЕХНИКИ ЗА ВЪВЛИЧАНЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО .....	27
3.6. НИВА ЗА ВЪВЛИЧАНЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ПРИ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО .....	36
3.7. ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ВЪВЛИЧАНЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА МЕСТНО НИВО.....	44
<b>4. ИЗВОДИ .....</b>	<b>53</b>
<b>5. ПРЕПОРЪКИ .....</b>	<b>57</b>
<b>6. ПРИНОСИ .....</b>	<b>60</b>
<b>7. ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА.....</b>	<b>62</b>

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЕС – Европейски съюз

ЛЗ – лечебно заведение

МЗ – Министерство на здравеопазването

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НПО – неправителствена организация

ОбС – общински съвет

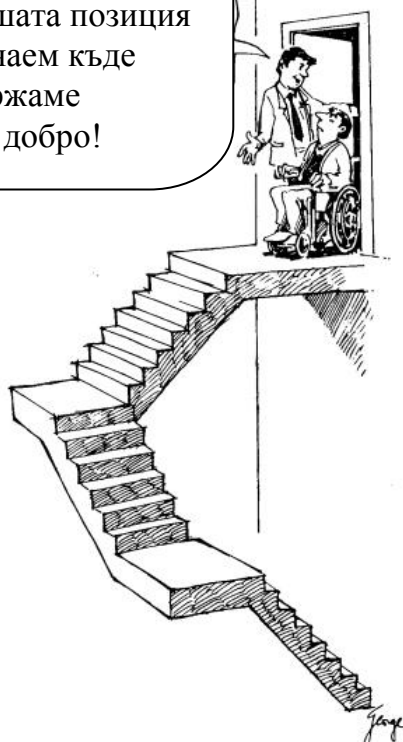
ПК – постоянна комисия

СЗО - Световна здравна организация

УГ – участие на гражданите

УГ в З – участие на гражданите в здравеопазването

-И благодаря за вашата  
помощ!  
-Тя ни е от голяма полза.  
Сега ние напълно оценяваме  
и разбираме вашата позиция  
и определено знаем къде  
сме. Ще поддържаме  
връзка! Всичко добро!



*George Aldridge*

## ВЪВЕДЕНИЕ

В резултат на различни социални, икономически и политически промени идеята за участие на гражданите в областта на здравеопазването търпи силно развитие през последните 30-40 години. Тя еволюира от *възможност*, през *право и отговорност* през 70те години на 20 век, до *необходимост и принцип* заложен в здравната политиката на редица страни по света.

По силата на своето членство към Световната здравна организация, Европейския съюз, Съвета на Европа, Организацията на Обединените Нации и други институции, България е ратифицирала и приела редица международни документи, които признават гражданското участие като важен демократичен принцип. Независимо, че неговото прилагане се насърчава на всяко ниво в системата на здравеопазване, най-непосредственото и близо до хората остава местното ниво. Въпреки това, ролята на общината по отношение на здравеопазването е почти неизследвана у нас. От съществуващите до момента проучвания и анализи главно, свързани с местното самоуправление се очертават следните изследователски проблеми:

- Независимо от чувствителността на обществото към проблемите на здравеопазването, ограничените проучвания в тази област не дават отговор на въпроса как се е развивала идеята и практиката свързани с участието на гражданите в здравеопазването (УГ в З) у нас;
- Въпреки принципното признаване на УГ в З не става ясно, доколко това е транспонирано и отразено в нашето законодателство;
- Неясното разпределението на отговорностите в здравеопазването между държава и общини, води до ситуацията, в която всеки е склонен да обвинява другия. Нагласата у гражданите да са предимно критични към управляващите остава отворен въпроса доколко те самите осъзнават своята отговорност, по какъв начин и в какви тематично области те виждат своята роля във вземането на решения свързани със здравеопазването в общините.
- Разминаването в желанието на гражданите да бъдат чути и тяхната активност поставя неразкрит и въпросът за факторите обуславящи УГ в З.

Разкриването на отговорите на тези въпроси би подпомогнало формирането на обществено отговорна здравна политика, която да бъде не само за хората, но и чрез хората.

## **1. ЦЕЛ и ЗАДАЧИ**

### **ЦЕЛ:**

Да се проучи участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво у нас чрез неговото развитие във времето, нормативната уредба, техниките, нивата и областите на участие, както и факторите, които влияят върху него.

### **ЗАДАЧИ:**

1. Да се проучи развитието на концепцията и практиките за участие на гражданите в здравеопазването на местно ниво от освобождението (1878 г.) до днес у нас.
2. Да се анализира нормативната уредба на гражданското участие в здравеопазването у нас.
3. Да се разработи модел систематизиращ техниките за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването и се определи мястото в модела на използваните у нас техники на общинско ниво.
4. Да се определят предпочитаните техники за въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво в две общини (малка и голяма).
5. Да се определят съществуващите и предпочитаните нива и области на участие на гражданите при вземането на решения свързани със здравеопазването в две общини (малка и голяма).
6. Да се разкрият най-значимите фактори, благоприятстващи и ограничаващи участието в две общини (малка и голяма).

### **ХИПОТЕЗИ:**

- Двата противоположни процеси на децентрализация и централизиране на държавната власт, които бележат нашето историческо минало са важен фактор формиращ участието на гражданите в здравеопазването днес.
- Нивото на участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво е слабо.
- Ниските нива на въвличане и техниките използвани за тяхното осъществяване са по-познати, по-често прилагани и по-разнообразни от активните форми на участие.

- Ниските нива на въвличане в процесите на вземане на решения свързани със здравеопазването на местно ниво са предпочитани от гражданите.
- *Индивидуалното желание за участие е по-слабо от желанието за участие на гражданите като цяло.<sup>1</sup>*
- *Личният интерес и негативните причини имат по-силна мотивираща сила във въвличането на гражданите в здравеопазването от обществения интерес и положителните причини свързани с постигането на вътрешно удовлетворение от самото участие.*

## 2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

За да се преодолеят предизвикателствата свързани с недостига на утвърдени методи за оценка на УГ и надежден изследователски инструментариум беше използван комплексен подход включващ два етапа: *подготвителен* свързан с адаптирането на модел на УГ в 3 и разработването на инструментариум за неговото изследване и втори свързан с *изследване на отделни общини.*

### 2.1. ПЪРВИ ЕТАП: ПОДГОТВИТЕЛЕН

#### 1. *Проучване на развитието на УГ в здравеопазването на местно ниво от освобождението (1878 г.) до днес*

Методи: исторически; документален, полуструктурирано интервю с три лица участвали в работата на окръжната и общинска администрация и провеждането на общински здравно-промотивни инициативи с участието на гражданите преди 1989 година.

Материал: различни нормативни документи и литературни източници (доклади, документална проза), данни от интервюта.

Участниците в полуструктурираното интервю са поканени през юли 2009 г. в ролята си на живи свидетели по време на периода на централизираната държавна власт да разкажат за своя опит свързан с местното самоуправление и общинското здравеопазване.

---

<sup>1</sup> Последните две хипотези бяха определени след подготвителния етап на проучването като резултат от проведени дълбочинни интервюта с граждани и експерти.

## *2. Анализ на нормативната уредба на УГ в здравеопазването у нас*

Метод: документален; анализ на съдържанието на различни закони и стратегии свързани със здравеопазването и/или местното самоуправление.

Материал: различни закони (Конституция; Закон за местното самоуправление и местната администрация – 1991 г.; Закон за пряко участие на гражданите в държавната власт и местното самоуправление – 2009 г.; Закон за достъп до обществена информация - 2001 г.; Закон за нормативните актове - 1973 г.; Закон за здравето осигуряване - 1998 г.; Закон за здравето – в сила от 2005 г.; Закон за лечебните заведения- 1999 г.) и стратегии (Здравната стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България” през 2001 г., Националната здравна стратегия за 2008-2013 г., Стратегията за децентрализация 2006-2015г.).

## *3. Проучване на съществуващите техники за въвличане на гражданите във вземането на решения в здравеопазването у нас и обобщаването им в подходящ модел*

Метод: документален; анализ на съдържанието на различни закони, доклади и бюлетини; бази от данни, информационна платформа за консултации; литературни източници за различни техники на участие, запитвания.

Материал: различни закони (Закон за местното самоуправление и местната администрация – 1991 г.; Закон за пряко участие на гражданите в държавната власт и местното самоуправление – 2009 г.; Закон за достъп до обществена информация - 2001 г.; Закон за достъп до обществена информация - 2001 г.; Закон за здравето – в сила от 2005 г.); доклади (Състояние на достъпа до информация в България от 2007 до 2013 г.), информационни бюлетини и проучвания (Сборник проекти, реализирани във втора фаза на Програма "Обществен форум" 2002–2005). Проучени са различни класификации на техниките за участие на гражданите свързани с проблемите на здравето и нивата на участие в различни страни. Направени са справки с базата от данни на Фондация за реформа в местното самоуправление за местните референдумите в България към 27.05.2009 г.; информационна мрежа омбудсман към 30.05.2009 г. на интернет сайт: <http://www.anticorruption.bg/ombudsman/>; български портал за обществени консултации: <http://www.strategy.bg/> в областта здравеопазване (областни и общински обществени консултации) за периода от 31.03.2008 г. до 30.05.2009 г.; базата данни за обществени/граждански съвети на Болкан Асист <http://www.balkanassist.bg/councils/> към 30.5.2009 г.. Отправени са запитвания към общини Варна и Благоевград за опита им в прилагането на определени техники (обществен съвет по здравеопазване), както и различни здравни медиатори в общини Варна, В. Преслав, Добрич.



#### 4. Дълбочинни интервюта с експерти и активни граждани

Цел: да се проучи мнението на експерти и активни граждани за нивата, механизмите и факторите, влияещи върху общественото участие в областта на здравеопазването на местно ниво, както и възгледите им за тази концепция. Резултатите от интервюто се използват при разработването на въпросник за анкетно проучване на мнението на граждани и общински съветници в отделни общини.

Извадка: Интервюирани са 23 души, включващи: експерти по общественото здравеопазване, представители на НПО в областта на здравето и устойчивото развитие, обществен посредник (омбудсман), самоинициативни граждани от Варна, София, Русе и Велики Преслав през периода 10-30 април 2009 г.

Метод на подбор: първоначално поканени за участие са експерти в областта на общественото здравеопазване (преподаватели от факултет Обществено здравеопазване към МУ-Варна), които притежават опит с проблемите на общинското здравеопазване и различни инициативи свързани с него. Всеки от интервюираните е помолен да посочи други потенциални респонденти, чието мнение според него е интересно и важно да бъде изследвано.

Метод за набиране на първичната информация: разработен сценарий на интервюто, което отнема средно 50 мин. Всеки от интервюираните е помолен да даде съгласието си да бъде записан на диктофон, а в последствие интервютата биват транскрибирани.

#### *Концептуален модел:*

Въз основа на резултатите от подготвителният етап беше адаптиран моделът на Charles & DeMaio (1993) за участие на обикновените граждани във вземането на решения в здравеопазването (Фигура 1). Основно предимство на модела е, че разглежда участието като сложна нехомогенна концепция, която показва едновременно съществуването на различни измерения на участието и наличието на градация в тези измерения.

Ключови аналитични променливи (измерения на участието):  
Участието е разгледано чрез три основни измерения: *области от разглеждани въпроси*, свързани със здравеопазването в общината; *гледна точка* (роли) на участниците във вземането на решения свързани със здравеопазването и *ниво на въвличане*. В допълнение към тях бяха включени още две аналитични измерения: *техниките на участие* и *факторите*, които въздействат върху процеса на участие. При адаптирането на модела бяха добавени към нивата на участие и липсата на участие и информирането, тъй като нашите очаквания за съществуващите и предпочитаните нива са свързани именно с тях.

## **2.2. ВТОРИ ЕТАП: проучване на общини**

Този етап на проучването включва прилагането на концептуалния модел в изследване на УГ във вземането на решения свързани със здравеопазването в две отделни общини: Варна като пример за голяма община с относително добре развита икономика, динамично развитие, положителен естествен прираст и ниска безработица и Велики Преслав като пример за малка община със свиване на икономическия потенциал, нисък образователен статус, висока безработица и етнически особености. При проучването на отделни измерения на участието възникнаха трудности с достъпа до представители на общинската власт. За преодоляването им, но и в други области където е било възможно, беше включена и община Добрич-град като представител на средно голяма община, с което да бъде дообогатено и подсилено изследването. Изборът на общините е свързан с търсенето на възможност за проучване на УГ при различни социално-икономически, демографски, административни и етнически особености. На този етап бяха включени три различни изследвания.

### *1. Анализ на документи от архива в общините Варна, Велики Преслав и Добрич*

Цел: да се проучат областите от въпроси свързани със здравеопазването разглеждани в отделните общини и активността на гражданите по тях.

Единици на анализа: всички протоколи от заседания на постоянните комисии (ПК) за периода 1.10.2003 - 1.09.2009 г. (мандат 2003-2007 и част от мандата 2007-2011) от ПК „Здравеопазване“ към община Варна – 113 протокола; ПК „Здравеопазване, спорт и туризъм“ към община Велики Преслав – 22 протокола; и ПК „Здравеопазване и социални дейности“ община Добрич-град – 59 протокола;

Метод за набиране на първичната информация: до всяка община е изпратено заявления за достъп до информация въз основа на Закона за достъп до обществената информация. Първоначално са прегледани всички точки в дневния ред на всеки протокол и в случаите, в които има въпрос иницииран от отделен гражданин, група граждани или НПО е проследено неговото развитие чрез преглед на съдържанието на протоколите от ПК и Общинския съвет.

### *2. Анкетно проучване на гражданите в общините Варна и Велики Преслав.*

Цел: да се проучи мнението на гражданите за нивото на участие на хората във вземането на решения свързани със здравеопазването; начините

на участие; мотивите, които биха ги накарали да участват; бариерите и факторите, които биха подпомогнали УГ; и ползите и предизвикателствата свързани с него;

Дизайн: структурирано анкетно проучване сред жителите на територията на общините Варна и Велики Преслав, проведено през периода 17.08.2009 -30.09.2009 г.

Извадка: 277 респондента от община Варна и 55 от община Велики Преслав анкетирани през периода 17.08.2009 -30.09.2009 г.

Метод на подбора: респондентите в община Варна са включени в омнибус на сдружение с нестопанска цел „Знание“ при провеждане на проучване възложено от социологическа агенция. Подборът на участниците е на случаен принцип. В община Велики Преслав е сформирана извадка на отзовалите се. Отправени са покани за участие: във форума на официалния сайт на община Велики Преслав, в читалището на града и в пенсионерски клуб.

Метод на набиране на първичната информация: разработена е анкетна карта, разпространена в хартиен и в електронен вариант, включваща 25 въпроса: 15 закрити, 8 полузакрити, 2 с модифицирана скала на Ликерт. Във въпросника е отделено и специално място за допълнителни коментари и добавяне на информация, която респондента счита за важна и желае да бъде споделена. При разпространението на анкетните карти анкетаторът изчаква респондента да попълни въпросникът, с което е гарантирана високата възвръщаемост на анкетните карти и се предоставя възможност за допълнително разясняване и/или доуточняване при възникнали въпроси или неяснота. Въпросникът е разработен въз основа на резултати от проведените дълбочинни интервюта и изследвания от подготвителния етап на проучването. Въпросникът е тестван сред пет граждани в резултат, на което са направени промени. Продължителността на анкетата отнема средно 25 минути.

### *3. Анкетно проучване на общинските съветници в общините Варна, Велики Преслав и град Добрич.*

Цел: да се проучи мнението на общинските съветници за нивото на участие на хората във вземането на решения свързани със здравеопазването; начините на участие; мотивите, които биха накарали гражданите да участват; бариерите и факторите, които биха подпомогнали УГ; ползите и предизвикателствата на УГ.

Дизайн: полуструктурирано анкетно проучване проведено през периода 17.08.2009-30.09.2009 г. сред общински съветници в ПК отговарящи за здравеопазване в общините Варна, Велики Преслав и Добрич-град към 17.08.2009 г.

Извадка: на отзовалите се включваща 3 (от общо 10 съветника в ПК „Здравеопазване“) в община Варна; 6 (от общо 6 съветника в ПК „Здравеопазване, спорт и туризъм“) в община Велики Преслав; 3 (от общо 5 в ПК „Здравеопазване и социални дейности“) в община Добрич-град. Общинските съветници в община Добрич-град са поканени да участват в проучването чрез писмо адресирано до председателя на комисията. На първото заседание на комисията след отправената покана анкетните карти са попълнени и предадени обратно на изследователя. Общински съветници от постоянните комисии отговарящи за здравеопазване в общините Варна и Велики Преслав са поканени индивидуално по телефона за участие в проучването. Не е осъществена телефонна връзка само с един от общинските съветници от Варна, поради липса на телефонен отговор в продължение на две седмици. С общинските съветници от община Варна и Велики Преслав е проведено индивидуално анкетно проучване.

Метод на набиране на първичната информация: адаптирана е анкетната карта от проучването на мнението на гражданите, с цел постигане на съпоставимост между мнението на гражданите и това на общинските съветници. Въпросникът включва 20 въпроса: 6 закрити, 10 полузакрити и 4 открити. В него е отделено и специално място за допълнителни коментари и добавяне на информация, която респондента счита за важна и желае да бъде споделена. Посочени са и данни за контакт при желание за обратна връзка с организаторите на проучването. При разпространението на анкетните карти в случаите в община Варна и община Велики Преслав, анкеторът изчаква респондента да попълни въпросника, с което е гарантирана висока възвръщаемост на анкетните карти и се предоставя възможност за допълнително разясняване и/или доуточняване при възникнали въпроси или неяснота. Продължителността на анкетата отнема средно 25 минути.

В проучването е използван комплексен подход, който обединява, както количествени, така и качествени методи. Чистото прилагане само на един вид метод е свързано с поставянето на редица ограничения за изследователския екип, а в други случаи дори методът да е най-подходящ за проучването на дадено явление или процес самият обект на проучване се оказва трудно достъпен и това наложи съчетаването на различни подходи, с което да бъдат преодолените препятствията в изследването на въвличането на гражданите у нас.

## Статистически методи

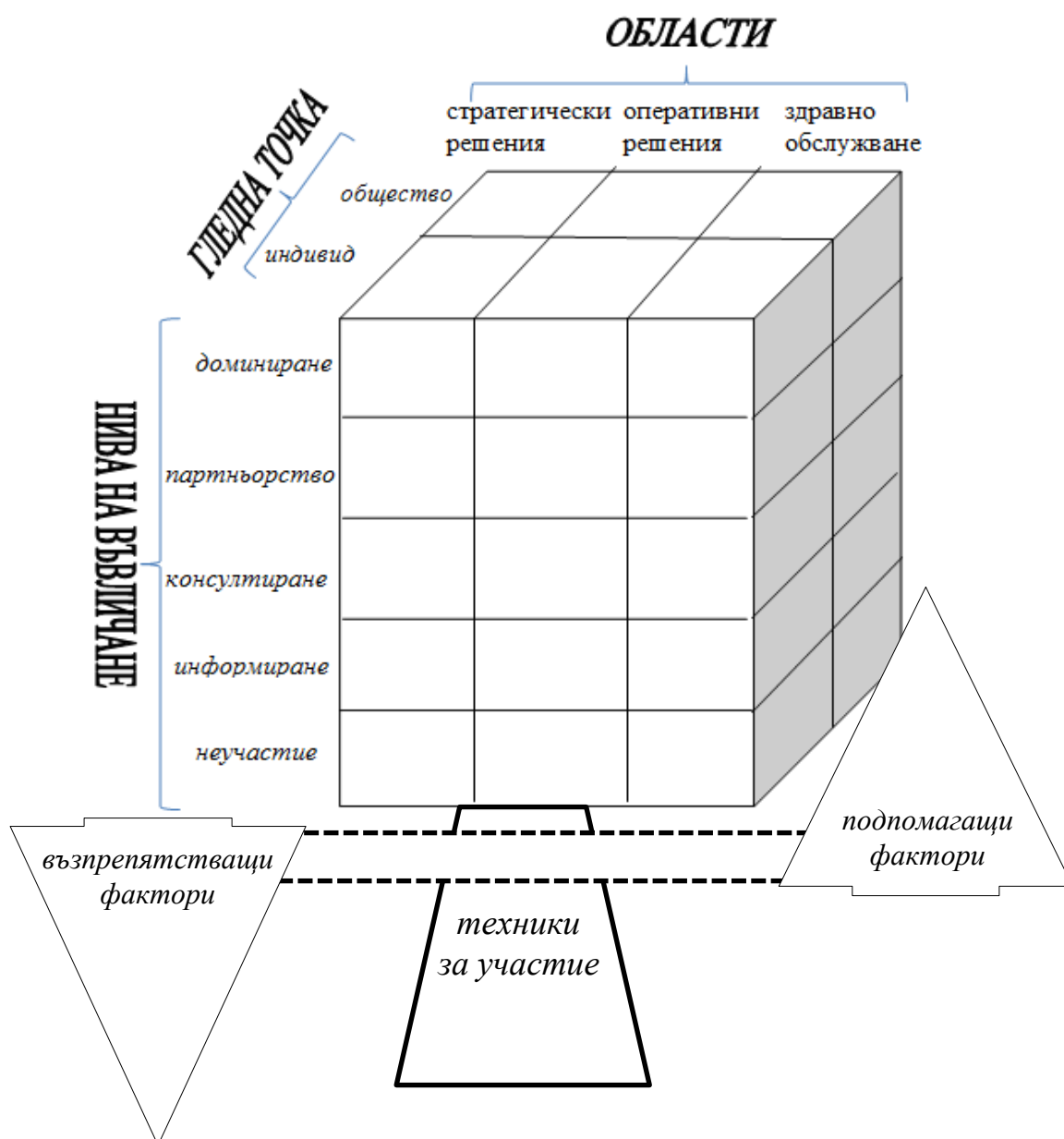
Описателни методи: Алтернативен анализ и графичен метод.

Методи за проверка на хипотези: при проверката на хипотези нивото на значимост на нулевата хипотеза е определено като  $\alpha=0.05$ . Приложени са следните непараметрични методи:

- $\chi^2$  (хи квадрат) на Пиърсън за анализ на категорийни признаци
- тест на ранговете суми на Уилкоксон (Wilcoxon Ranked Sum Test) при свързани рангови променливи в една извадка.

При въвеждането на данните от анкетните проучвания и за изработването на фигурите и диаграмите е използван софтуерния продукт Excel for Microsoft Windows. За статистическия анализ е използван статистическия пакет SPSS Statistics for Windows, версия 19.0.0.

**Фигура 1. Концептуален модел:** Въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво



### **3. РЕЗУЛТАТИ и ОБСЪЖДАНЕ**

#### **3.1. ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА УЧАСТИЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ**

Целта на историческия преглед на УГ в З е да представи как хората в България са участвали след освобождението (1878 г.) до днес, свързвайки особеностите на тяхното участие с промените в обществото и общинското самоуправление. Във връзка с това, са представени три отделни периода въз основа на две противоположни и взаимноотричащи се тенденции характерни за общинското самоуправление у нас. Първата тенденция на децентрализация, определяща широко общинско самоуправление е характерна за два от периодите: от освобождението до 19-то майския преврат (1878г.-1934г.) и през периода на прехода и възстановеното общинско самоуправление (от 1991 г. до днес). Втората тенденция на централизирана държавна власт и значително ограничаване на общинското самоуправление е характерна за периода от 1934 г. до 1991 г.

Историческият преглед показва съществуването на връзка между развитието на местното самоуправление и гражданското участие (Таблица 1). В годините на децентрализация и широко общинско самоуправление (1878-1934 г. и след 1991 г. до днес) съществуват възможности за участие на гражданите основани на тяхната самоинициативност, доброволно участие и спонтанното търсене на самопомощ. Това са два периода, в които съществува свобода на избора да участваш или не и свобода в избора на начин на участие.

В годините на централизирана държавна власт (1934-1991г.) участието на обществеността в здравеопазването е силно пропагандирано, но редица автори определят участието в страни с тоталитарно управление, каквото има България тогава, като резултат на страх и принуда. Това, което е безспорно през този период е силното присъствие на държавата във всяка една инициатива и способността ѝ да мобилизира значителна част от гражданите в редица здравни инициативи, но само когато това е приемливо и в съответствие с политиката и идеологията на управляващата партия. Независимо, че през този период се поставя под съмнение степента, до която държавата и институциите са подчинени на интереса на гражданите, заслужава да се отбележи наличието на значителен организационен опит в мобилизирането на УГ. Важна характеристика през този етап е възприемането на УГ като „средство” за постигането на предварително поставени от държавата цели и задачи, а не като „крайна цел”. Участието се свежда до използването на наличните в общността физически, финансови и човешки ресурси за подобряване на здравното обслужване, изграждането на здравни заведения, благоустрояване и

хигиенизиране на населените места, като по-важно е постигането на предварително поставената цел, отколкото самото участие.

**Таблица 1.** Участие на гражданите в областта на здравеопазването в България от освобождението до днес

<b>Период</b>	<b>Особености</b>	<b>Участието е</b>
<b>1878 г. - 1934 г. децентрализация и широко общинско самоуправление</b>	Свобода на избора да участващ и в начина на участие; Различни форми на самопомощ; Благотворителност; Самоинициативност; Доброволчество;	„средство“ за постигане на цели, основани на съвместната работа и обединени усилия на държавни, общински и дружествени инициативи
<b>1934 г. – 1991 г. централизиранат а държавна власт</b>	Свободата на избор да участващ и в избора на начин на участие е поставена от много автори под въпрос; Благотворителността запада; Силно присъствие и влияние на държавата в различните инициативи; Организационен потенциал в мобилизирането на значителна маса от граждани;	„средство“ за постигане на цели, но само когато това е приемливо и в съответствие с политиката и идеологията на управляващата партия
<b>1991 г. до днес преход и възстановеното общинско самоуправление</b>	Свобода на избора да участващ и в начина на участие; Опити за консолидиране на усилията на гражданите; Влияние на съвременните технологии върху участието; Регламентиране на предпоставките за участие;	„средство“ и „крайна цел“

Много често след мобилизирането на гражданите на местно ниво и постигането на желаня краен резултат участието се преустановява.

Въвличането на гражданите през периода на централизираната държавна власт няма за цел утвърждаването на участието като непрекъснат процес, който в дългосрочна перспектива изгражда капацитет и умения у хората да участват в подобряването на здравеопазването. По-скоро участието се свежда до инициативи, които се използват от управляващите за постигането на предварително определени в повечето случаи от тях цели и упражняването на социален контрол. Това историческо минало е и вероятно една от причините за нарушените традиции в активното гражданско участие.

В периода на възстановеното местно самоуправление (след 1991 г.) настъпва и промяна в разбирането за въвличане на гражданите чрез опитите за преход от пасивно към активно участие. Днес на участието на гражданите не се гледа само като на „средство” за постигане на цели, а и като на „крайна цел”. Този втори подход представя и една напълно различна концепция, която гледа на участието като на един дългосрочен, динамичен и активен процес, който няма предварително определени цели и дори направление. През този нов етап от българската история се създават предпоставки за развиване на капацитета и самоинициативността на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването. Появяват се мрежи на НПО и други опити за консолидиране на усилията на гражданите, използват се все повече съвременни технологии като интернет форуми, сайтове, социални мрежи, регламентирани са макар и слабо възможности и механизми за участие на гражданите в различни законови и подзаконови нормативни актове.

Докато по време на силно ограниченото местно самоуправление (1934-1991г.) има по-малко разнообразие и свобода в избора на форми на участие, но по-масово включване на гражданите в тях, то днес след възстановяването на местното самоуправление разнообразието е по-голямо и свободата в избора на форми на участие е значителна, но активността и мотивацията на гражданите да участват остава неясна. Дали хората не са достатъчно заинтересовани да участват във вземането на решения свързани със здравеопазването, дали самата система игнорира и се „страхува” от гражданите, дали липсва информираност за начините на участие е открит и неизследван у нас въпрос.

### **3.2. НОРМАТИВНА УРЕДБА НА УЧАСТИЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА МЕСТНО НИВО В БЪЛГАРИЯ**

#### *Конституционни основи*

В новата Конституция на България (1991 г.) има регламентирани няколко основни права свързани с УГ. Към тях могат да бъдат отнесени



правото на сдружаване, свобода на словото, правото на информация, жалби, предложения и петиции, на свободно изразяване на мнението.

Възможностите за УГ в З са пряко свързани със степента на децентрализация. Конституцията (чл. 136, ал. 1) определя общината като основната административно-териториална единица, в която се осъществява местното самоуправление, а на гражданите се дава възможност да участват в управлението на общината, включително във вземането на решения свързани със здравеопазването, както чрез избраните от тях органи на местно ниво (общински съвет и кмет на община), така и непосредствено (чрез референдум и общо събрание на населението).

### *Други закони регламентирани УГ*

В края на предходното и началото на новото хилядолетие се приемат редица закони: за общинските бюджети (1998 г.), за местното самоуправление и местната администрация (1999 г.), за достъп до обществена информация (2001г.), за пряко участие на гражданите в държавната власт и местното самоуправление (2009 г.), за регионалното развитие (2008 г.), за публично-частните партньорства (2013 г.) и други, които частично регламентират предпоставки и механизми за пряко и непряко УГ.

Задълженията на местната власт за включване на гражданите са свързани с предоставянето на правото на гражданите да участват в референдуми, общо събрание на населението, подписки, обществено обсъждане на инвестиционни проекти, планове и програми за устойчиво развитие, присъствие на открити заседания на общинския съвет. Липсват сериозни изисквания, които да гарантират интегрирането на мнението на гражданите в решенията на общинските и държавни органите и за мотивиран отказ, когато мнението им не е взето под внимание, както и нормативно уредени гаранции за възможно приемливо най-ранно включване на гражданите в процесите на вземане на решения на местно ниво.

Освен това в нормативната уредба липсват ясни правила, процедури и политики, които да определят ролята и начините за комуникация и консултиране с гражданите по въпросите на здравеопазването.

### *Стратегии*

Анализирани са „Националната здравна стратегия за 2008-2013 г., здравната стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България” - 2001 г. – и Стратегия за децентрализация 2005-2016 г. И двете здравни

стратегии до момента отбелязват участието на гражданите в здравеопазването, но бегло. В случаите, в които то се отбелязва заложените текстове имат повече пожелателен характер, отколкото конкретно определение за съдържанието на гражданското участие. Освен това липсват ясно обосновани и вписани индикатори за оценка за неговото осъществяване. Заложено като принцип и част от задачите за постигането на стратегическите цели, включването на гражданите е много общо и без ясен изход от неговото реализиране. Заедно с това липсват и ясни параметри за необходими ресурси финансови и други за неговото осъществяване.

Съществуващата законодателна уредба регламентира макар и частично, разпокъсано и повърхностно определени предпоставки за гражданско участие във вземането на решения свързани със здравеопазването. Независимо от това, то не определя достатъчно ясни, конкретни и ефективни механизми за практическото му осъществяване. Регламентираните предпоставки за УГ имат придобиват предимно пожелателен характер и в повечето случаи тяхното приложение е поставено в зависимост от волята на компетентния държавен или общински орган поради слабия контрол върху тяхното приложение.

### **3.3. ОБЩА ПРЕДСТАВА ЗА ВЪВЛИЧАНЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

#### **Резултати от дълбочинните интервюта с експерти и граждани за техните представи свързани с въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво**

Въпреки съществуващата неяснота за обществената активност по въпросите свързани със здравеопазването на местно ниво, общата нагласа за необходимостта от УГ е положителна. Участието е считано за *„наложително в нашата страна“* като един от анкетираните експерти дори поставят акцент върху необходимостта това да се превърне в един *„непрекъснат процес на изразяване на мнение, извършване на дейности, контрол“*.

За голямата част от гражданите, **концепцията гражданско участие остава чужда, непозната и трудна за възприемане**. Няколко от тях споделят, че не могат да си представят участието на гражданите, а описанието му е трудно за по-голямата част от интервюираните. Свързването на УГ със здравеопазването и още повече с местното самоуправление се оказва още по-трудно за гражданите, които трудно обединяват тези три съставни понятия в една обща концепция. Обикновено УГ се свързва с *post factum* форми на участие като стачки,

протести, жалби и недоволни граждани, които са резултат на ненавременно участие, здравеопазването се свързва със заболявания, лекари и лекарства, а общината основно със сграда, в която се извършват административни услуги.

**Субективното усещане е, че общественото участие у нас е слабо или изобщо липсва** като някои от гражданите считат, че е трудно или почти невъзможно. Обикновено то се описва като „*спорадично*“, водено чрез „*самостоятелни, персонални войни у нас*“, породено „*при екстремни ситуации*“ и чрез „*най-крайните форми на протест*“ вместо „*по-трайни форми на присъствие*“. Въпреки споменаването на различни инициативи на НПО в областта на здравеопазването, **участието у нас се счита по-скоро за индивидуално, отколкото за институционализирано чрез посредническата роля на неправителствения сектор.**

**Особеностите на УГ у нас, според част от интервюираните, имат дълбоки исторически корени и са пряко свързани с особеностите на българската народопсихология.**

**Представите на интервюираните граждани за общината като институция са доста крайни и негативни.** Нейното споменаване се свързва с понятия като „*дистанциране*“, „*пазарлъци*“, „*корупция*“, „*политика на интереси*“, „*мафия*“, „*връзки*“. Това, което прави особено впечатление е слабият имидж на общината като институция свързана с провеждането и утвърждаването на местното самоуправление. Тя се възприема основно като сграда, в която се извършват административни услуги, а не като институция, която защитава и представлява техните интереси на местно ниво.

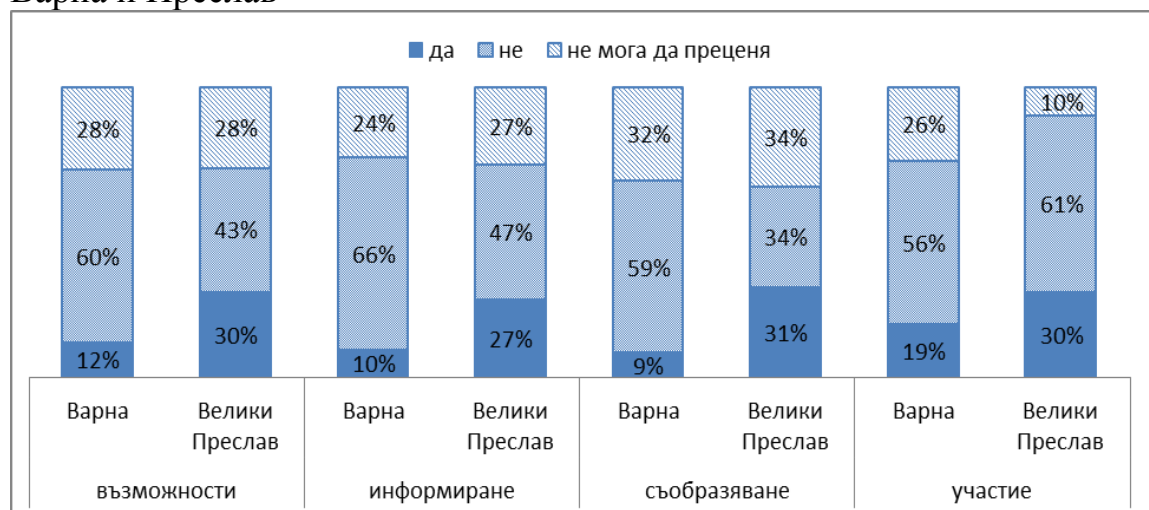
За гражданите респонденти здравеопазването и решенията свързани с него се отнасят главно до централни държавни органи (парламент, Министерски съвет, Министерство на здравеопазването), съсловни организации на лекари и стоматолози и НЗОК. **Ролята на общините в здравеопазването се оказва като цяло непозната, но за част от гражданите и неприемлива.**

**Резултати от проучването на мнението на общински съветници и граждани за общите им представи свързани с въвличането на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването в община Велики Преслав и Варна**

*Субективни представи за предоставянето на възможности за участие, информация за вземаните решения, съобразяването на мнението на гражданите и участието им в здравеопазването на местно ниво*

Най-голям е относителният дял на анкетираните с негативна субективна оценка и в община Варна и във Велики Преслав (Фигура 2).

**Фигура 2.** Представи за предоставянето на възможности за участие във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво, информация за вече взетите решения, съобразяването на позициите и мнението на гражданите и участието им в здравеопазването в общините Варна и Преслав



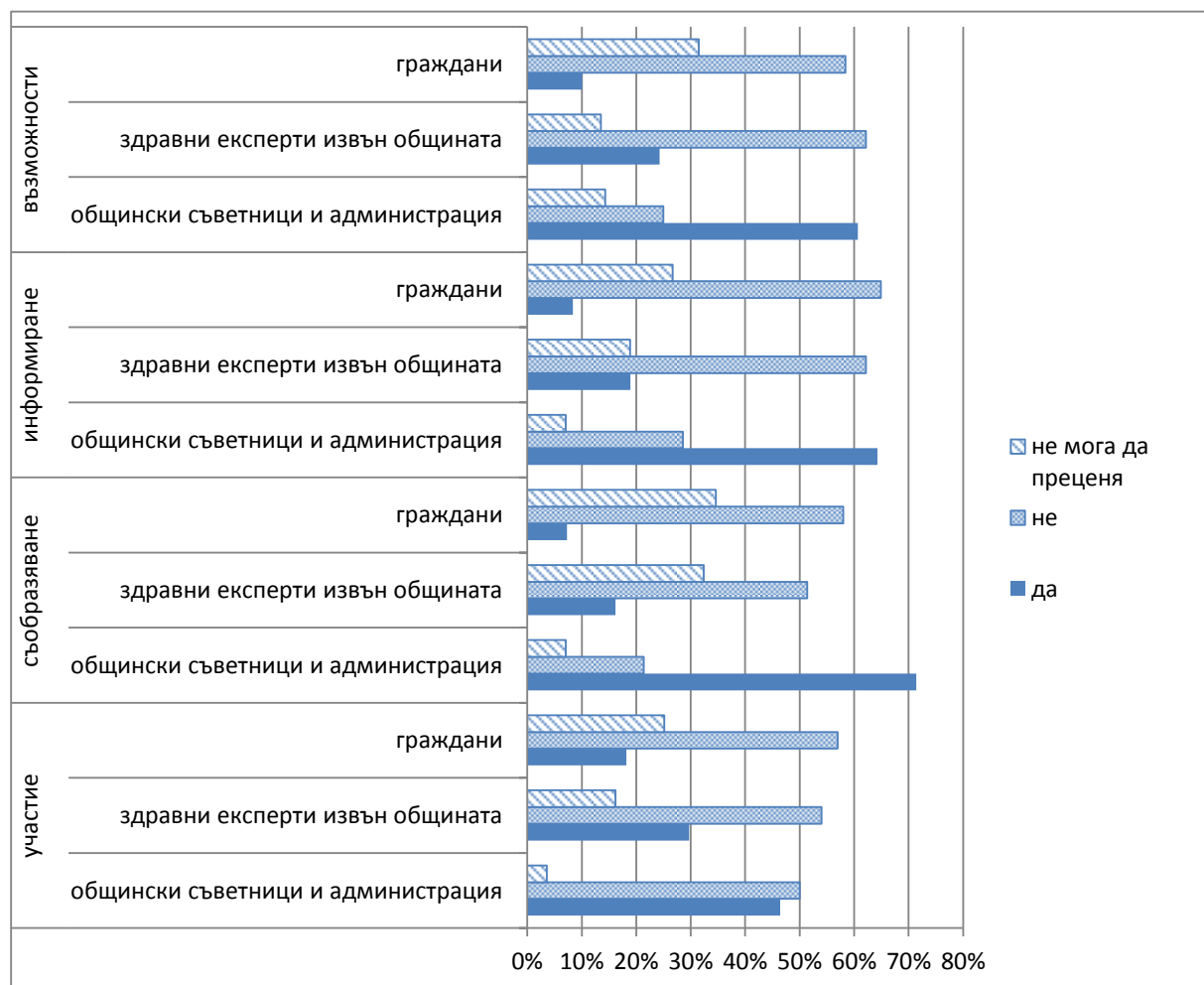
Повече от половината от анкетираните общо в двете общини считат, че общината в която живеят не предоставя възможности за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво (57%), информация за вече взети такива решения (63%), не взема под внимание позицията и мнението на гражданите по тези въпроси (55%) и считат, че гражданите не участват по тях (57%). При съпоставяне на общите представи за участието на гражданите между двете общини, анкетираните в община Велики Преслав имат по-висока положителна оценка от община Варна за възможностите, предоставяната информация, съобразяването на мнението на гражданите и тяхното участие по въпросите свързани със здравеопазването на местно ниво като тази разлика е между 10-20%.

При по-задълбочено разглеждане на въпроса за субективната оценка на анкетираните за участието на гражданите по отделни заинтересовани групи (граждани, здравни експерти извън общината и общински съветници и администрация) беше установено значително разминаване в мненията им (Фигура 3).

Докато повечето от гражданите и здравните експерти (над 50%) считат, че липсват възможности за участие, информация за взетите решения и не се съобразяват мнението и позицията на гражданите по въпроси свързани със здравеопазването в тяхната община, то общинските съветници и

представители на администрацията (над 60%) са точно на противоположното мнение. Единствено по отношение на мнението за съществуването на участие на гражданите повече от половината от анкетираните от всяка група са единодушни, че липсва такава. Въпреки това единодушие, една значителна част от съветниците счита, че има реално участие (46%).

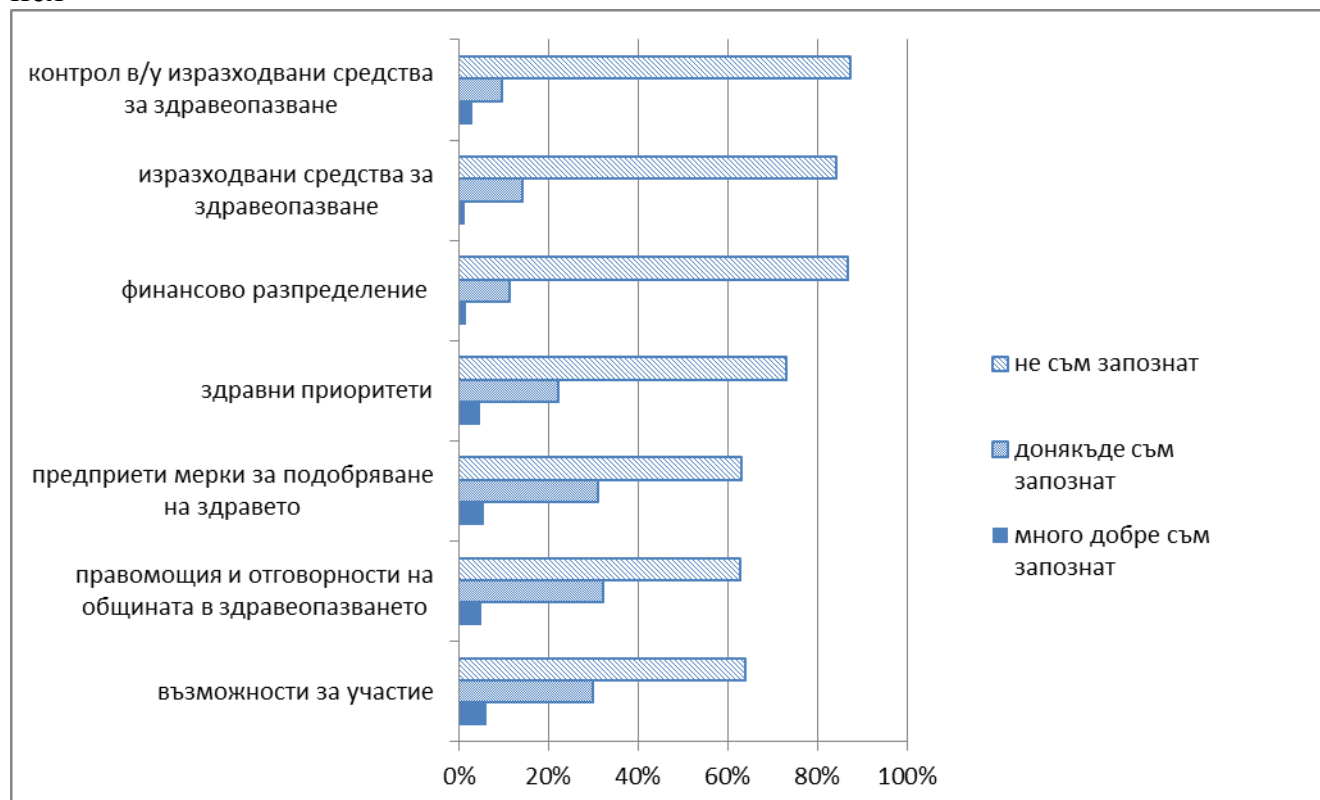
**Фигура 3.** Представи за предоставянето на възможности за участие във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво, информация за вече взетите решения, съобразяването на позициите и мнението на гражданите и участието им по тези въпроси



*Осведоменост на гражданите за провежданата общинската здравна политика и възможностите за участие в нея*

Анкетираните граждани и здравни експерти извън общината се чувстват незапознати по редица въпроси имащи отношение към провежданата здравна политика на местно ниво (Фигура 4).

**Фигура 4.** Осведоменост на гражданите по различни въпроси свързани с провежданата общинската здравна политика и възможностите за участие в нея



Над две трети от всички анкетирани (63%) отбелязват, че не са наясно с предприетите мерки от местната власт за подобряване на здравето, не познават отговорностите и правомощията на общините свързани със здравеопазването, не знаят какви възможности за участие имат на местно ниво, не са запознати със здравните приоритети и са в невидение по редица финансови въпроси.

Най-голяма е неяснотата по отношение на контрола на изразходваните средства за здравеопазване (88%), техният дял от общинския бюджет (87%) и начинът, по който се разпределят средствата за здравеопазване на местно ниво (85%). Това заедно с високият дял на непознаващите здравните приоритети на общината включително и от страна на здравните експерти подсказва слабости в начина на комуникиране и взаимодействие между граждани и представители на местната власт по отношение на основни функции свързани с провежданата общинска здравна политика.

### **3.4. ТЕМАТИЧНИ ОБЛАСТИ СВЪРЗАНИ С ВЪВЛИЧАНЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ ПО ВЪПРОСИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА МЕСТНО НИВО**

**Резултати от дълбочинните интервюта с експерти и граждани за техните представи относно въпросите свързани със здравеопазването от компетентността на общинския съвет**

Ролята на общините в здравеопазването, независимо от вменените и отговорности и предоставени възможности, се счита че е ограничена главно до финансови и организационни въпроси на лечебни заведения (ЛЗ) общинска собственост и проблемите на отделни групи граждани с конкретно заболяване или определен здравен риск. Сред основните слабости, които експертите виждат в общинските здравни политики е липсата на дългосрочен стратегически подход при вземането на решения. Основни проблеми са: поставянето на близки и ограничени цели, липсата на капацитет в определянето на здравните приоритети на общината, фокусирането главно върху „лечебните“ въпроси и автентичността на използваните подходи при формирането на здравните решения.

Сред основните въпроси, които интервюираните граждани и експерти считат за чувствителни и важни в общинското здравеопазване, се открояват: определянето на общинските здравни приоритети, финансово обезпечаване, разпределението на финансовите средства за здравеопазване и мониторинга/контрола на изпълнението на взетите решения. УГ в определянето на здравните приоритети се счита не само за възможно и необходимо от здравните експерти, но и по-важно от всяка друга област.

#### **Резултати от анализа на документи от архива в общините Варна, Велики Преслав и Добрич**

Прегледът на протоколите от ПК отговарящи по въпроси свързани със здравеопазването в общините Варна, Преслав и Добрич-град показва разнообразие от разисквани теми, които могат да бъдат обединени в три основни групи: стратегически решения свързани главно с определянето на *здравните приоритети и планиране, оперативни решения* отнасящи се до разпределението на ресурси и *здравно обслужване* (Таблица 2).

##### *Здравно обслужване*

При разглеждането на съдържанието на отделните протоколи беше обърнато особено внимание на случаите, в които са подавани молби,

предложения и жалби от граждани и НПО. Като цяло гражданската активност по проблеми на общинското здравеопазване е слаба.

**Таблица 2.** Области от решения свързани със здравеопазване на местно ниво

<i>области</i>
<p><b>Стратегически решения (Здравни приоритети и планиране)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• приемане на стратегии, планове и програми свързани със здравеопазването</li> <li>• доклади и анализи имащи отношение към състоянието на здравеопазването и околната среда (напр. анализ на акустичната среда в Добрич)</li> </ul>
<p><b>Оперативни решения (Разпределение на ресурси)</b></p> <p><u>Финансови</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• разискване на средства отделени за здравеопазване от общинския бюджет</li> <li>• издръжка на ЛЗ общинска собственост (вкл. компенсирание на непокрити разходи)</li> <li>• капиталови разходи: напр. закупуване на медицинска апаратура, ремонти, газификация</li> </ul> <p><u>Организационни</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• откриване/закриване/преструктуриране/пребазиране на ЛЗ и детски ясли и градини</li> <li>• акредитация на ЛЗ</li> <li>• възлагане на управлението на ЛЗ с общинско имущество (подбор и избор на управители)</li> <li>• разполагане с общинска собственост (напр. наемни отношения с ОПЛ, отдаване на помещения за ползване от НПО в областта на здравеопазването, клубове)</li> <li>• осигуреност с мед. специалисти</li> </ul> <p><u>Мониторинг на изпълнението</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• отчети за дейността на общинския съвет (ОбС), за изпълнението на бюджета, за дейността на ЛЗ с общинско имущество</li> <li>• назначаване на контролори на ЛЗ</li> <li>• проверки за изпълнението на вече взети решения и тежестта на представените проблеми</li> </ul>
<p><b>Здравно обслужване</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• финансово и социално подпомагане на хора във връзка с конкретно заболяване или соц. неблагоприятие (пенсия, еднократна помощ за лечение, опрощаване на държавни вземания за неплатени здравни осигуровки, такси за детска градина)</li> <li>• достъп до здр. помощ: запазване на ЛЗ, осигуряване на здравни специалисти</li> <li>• междуличностни конфликти и лошо отношение</li> <li>• санитарно-хигиенни условия – лошо отопление в ЛЗ, пазари и тържища, запушена канализация</li> <li>• околна среда: бездомни кучета, несъгласие с откриването на варненския евин плаж</li> <li>• профилактика: право на информирано съгласие за флуорна профилактика, възможности за спорт</li> </ul>

Най-често отразени са случаите, в които гражданите търсят съдействие и финансова помощ при наличието на сериозен здравословен проблем, който ги засяга лично или техен близък. В по-



малките общини (Добрич и Преслав) това не е утвърдена практика, но се разглеждат макар и по-рядко молби за отпускане на персонални пенсии, опрощаване на дължими здравноосигурителни вноски, еднократни помощи за лечение и закупуване на живото спасяващи медикаменти при тежки и спешни случаи.

**Другите значително редки поводи, по които са разглеждани жалби и молби на гражданите са разнородни и в преобладаващата част от случаите са свързани с негативен опит и преживявания –** лошо обслужване, лоши взаимоотношения между здравни специалисти и пациенти, лоши санитарно-хигиенни условия (лошо отопление в ЛЗ, запушена канализация, лоша хигиена на пазари и тържища), проблеми с нарастващата популация на бездомни кучета, проблеми свързани с прием на деца в детски градини, липса на информирано съгласие от родители за провеждане на флуорна профилактика в детските заведения. **Положителните предложения от страна на гражданите свързани с подобряването и промоцията на здравето в неговия широк смисъл се изключително малко и се свеждат до няколко случая** основно насочени към разширяване на възможностите за спорт и несъгласие за прилагане на флуорна профилактика сред деца без информираното съгласие на родителите.

### *Оперативни решения*

**По отношение на НПО в областта на здравеопазването практиката за обръщане към общината с молба за материална или нематериална помощ е по-честа, отколкото предоставянето на предложения и становища за подобряването на общественото здраве като цяло в общината.** Това е отразено преди всичко в протоколите на ПК по здравеопазване във Варна и Добрич, най-вероятно поради липсата на активно работещи НПО в община Велики Преслав. Най-често организациите се обръщат с молба за предоставяне на част от общински имот за безвъзмездно ползване или на преференциални цени и финансова подкрепа по отделни инициативи.

Независимо от усилията за прилагането на програмен подход към управлението на общинската здравна политика, **преобладаващата част от дейността на ОбС отразена чрез сесиите на ПК по здравеопазване е насочена към разрешаването на финансови и организационни проблеми на ЛЗ общинска собственост.** Общинските съветници в ресорните комисии по здравеопазване най-често дискутират лечебните заведения и тяхната издръжка, закупуването на медицинска апаратура, санирането и ремонта на сградния фонд, в който се помещават,

акредитацията, възлагането на управлението им чрез конкурси, структурни и правния проблеми свързани със статута и капацитета им.

### *Стратегически решения*

Като цяло **липсват отбелязани предложения от граждани и НПО свързани с определянето на здравните приоритети и планиране на здравеопазването в общините**, липсват отразени изпратени становища или присъствие на представители на неправителствения сектор при обсъждането им в комисиите. Най-често поводите, по които се обръщат НПО към ОбС и администрация са свързани с финансовите затруднения, пред които са изправени. **Слабата финансова независимост на НПО и неразвитото доброволчеството в областта на здравеопазването води по-скоро до налагането на принципа идеята следва парите, вместо парите да следват идеята.** В подкрепа на това твърдение говори и слабото представяне на проекти извън обявени конкурси. Сред предложените за разглеждане проекти от НПО в сътрудничество в общината са засегнати проблеми с репродуктивното здраве като ин витро програмата във Варна, психотерапевтичната програма към жени с репродуктивни затруднения в Добрич, превенция на слуха при новородени във Варна, повишаването на информираността за превенция на ХИВ/СПИН сред младите, социална интеграция и рехабилитация на хора в неравностойно положение и в двете общини.

По отношение на определянето на здравните приоритети в политиката на местно ниво съществуват редица недостатъци и слабости. Единствено община Варна за проучвания период разглежда на сесия на ПК по здравеопазване проект на цялостна стратегия в тази област. В общините Добрич и Преслав здравеопазването и неговото развитие е заложено като част от плана за развитие и е засегнато чрез отделни стратегии със специфична насоченост като стратегиите за борба с наркотиците и за развитие на социалните услуги. **Липсата на общински здравни стратегии, които имат концептуално завършен характер е предпоставка за непоследователност и ориентиране към близки и неясни цели.** Въз основа на направения преглед на протоколите от заседанията на ОбС и ПК по здравеопазване в трите общини беше установена и слабият интерес от присъствие на граждани по време на сесиите. Най-често гости на заседанията са управители и контролори на ЛЗ при представянето на инвестиционни програми и отчети за дейността им. Макар и по-рядко е отразено и присъствието на РЗИ и РЦЗ като това е свързано с представянето на информация от значение за планирането на дейността на местната власт в областта на здравеопазването.

*Опитът на общинските съветници за темите свързани със здравеопазването, по които са търсени от граждани и НПО*

Запитани за най-честите поводи, по които гражданите са се обръщали към тях, общинските съветници в ПК по здравеопазване също отбелязват преди всичко сериозните здравословни проблеми и социални неблагоприятия на отделни граждани като в по-малките населени места и достъпът до здравна помощ е също сред силно вълнуващите теми. Друга основна група проблеми, отбелязана от съветниците, по които е търсена помощта им, е предоставянето на ползване на общински помещения от НПО и проблемите на отделни ЛЗ общинска собственост. Като цяло те също отбелязват редките случаи, в които са били търсени от отделни граждани и НПО и слабото им присъствие на сесии на ОбС.

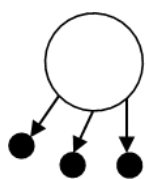
Посочените от съветниците примери, при които мнението на гражданите е било взето в предвид в решенията на ОбС са малко и са свързани със специфични случаи като флуорната профилактика сред деца във Варна, газифицирането на МБАЛ-Преслав, построяване на нова АГ болница във Варна, запазването на наемите на ОПЛ във Варна и таксите за детски градини в Добрич.

### **3.5. ТЕХНИКИ ЗА ВЪВЛИЧАНЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

#### **Техники за въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването в България – теоретичен модел**

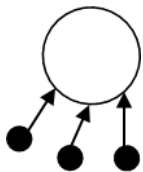
Предложеният модел за систематизиране на техниките за УГ (Фигура 5) има за основна цел не да представи пълен списък с всички техники за участие, а по-скоро да предложи подход, чрез който многообразието от методи да бъде сведено до една по-лесна и обозрима система от възможности. При представянето на тази систематизация са взети в предвид изводите от анализа на нормативната рамка на УГ у нас, съществуващите подходи и модели за представяне на техниките на участие по света и изводите от дълбочинните интервюта със здравни експерти и активни граждани за съществуващите механизми (начини).

Предложеният модел представя различните техники групирани въз основа на нивото на участие или влияние на гражданите върху вземаните решения.

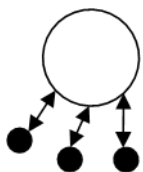


Техниките за информиране осигуряват еднопосочно информация между управляващите и гражданите свързана със здравеопазването и самото участие. Към техниките за предоставяне на информация от управляващите се отнасят

поддържането на интернет сайт на общината, изпращане на съобщения до медиите, брифинги на кмета, информационни кампании, открити и/или изнесени сесии на общинския съвет и постоянните комисии по здравеопазване, часове за срещи с общински съветници или с представители на дирекции по здравеопазването, дни на „отворени врати”, „гореща“ линия, здравни медиатори и др. Независимо, че те не са техники за участие и следователно нямат влияние върху вземаните решения, тяхното приложение може да е съществено за постигането на ефективно УГ чрез развитие на компетентността и увереността на гражданите.



Между техниките за предоставяне на информация и консултирането са включени различни начини за предоставяне на информация от гражданите като проучвания, фокус групи, допитвания до гражданите, обществени изслушвания, кутии за оплаквания и предложения, подписки и др. При използването им няма обвързване на общинските институции за прилагането на мнения, предложения, нагласи на гражданите към крайните решения, поради което тези техники имат и слабо влияние.



Техники за консултиране дават възможност за слабо до средно влияние върху вземаните решения. Характерно за тях е двупосочната връзка основана на открит диалог между различните участници, които обсъждат съвместно даден въпрос. Като техники за консултиране у нас се прилагат: консултативните обществени/граждански съвети по здравеопазване; публични обсъждания/дискусии; кръгли маси, интернет базирани платформи за консултация и др.

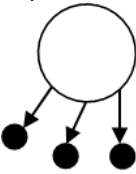
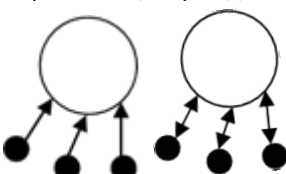
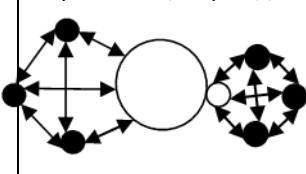



Техниките за партньорство се характеризират с равнопоставеност между граждани и управляващи и споделена отговорност за съвместно постигнатите решения. За съжаление съвременни делиберативни техники за УГ почти не са използвани у нас. Като основни методи за партньорство се използват различни проекти с НПО, чиято устойчивост във времето е слаба поради силната финансова зависимост на неправителственият сектор от външни донори. Друга форма са публично-частните партньорства, които предстои да се развият с приетия през 2013 г. закон за тях.



Техниките за доминиране са най-рядко използвани и са свързани с прехвърлянето на власт и упражняването на граждански контрол. Тук се отнасят местните референдуми, общо събрание на населението, здравен омбудсман.

**Фигура 5.** Нива и техники за въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването

		Степен на въздействие		
		←—————→		
		ниска	средна	висока
	неучастие	Консултиране	Партньорство	Доминиране
	<b>Информирание</b>			
Цел	Предоставяне на информация за вече взети решения, подпомагане на участието и обучение на гражданите.	Проучване на мнението и идеите на гражданите, които да подпомогнат постигането на по-добри решения и по-лесно възприемане на идеите и предложенията на управляващите.	Съвместно вземане на решения, при равностепенност на участниците и споделена отговорност за резултата от тях.	Предоставяне на контрол и делегиране на власт на гражданите върху вземането на крайните решения.
Контрол върху крайните решения	Управляващи >> Граждани 	Управляващи>Граждани 	Управляващи=Граждани 	Управляващи <<Граждани 
Обещание към общността	Ние ще ви информираме.	Ние ще ви информираме, ще изслушаме вашите предложения, ще ги вземем в предвид и ще ви предоставим обратно информация как те са повлияли нашите решения.	Ние ще работим заедно с вас и ще ви предоставим възможност за непосредствено участие в процеса на вземане на решения, като вашите предложения и отговорността за взетите решения ще бъдат споделени съвместно с нас.	Ние ще изпълним вашите решения.
Техники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддържане на уеб страница на общината;</li> <li>• Информационни кампании;</li> <li>• Брошури, постери, изложби, брифинги;</li> <li>• Телефон за контакт;</li> <li>• Приемни дни и срещи с гражданите;</li> <li>• Ден на отворените врати;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проучвания;</li> <li>• Обществено изслушване;</li> <li>• Публичен дебат/обсъждания;</li> <li>• Работни срещи;</li> <li>• Семинари;</li> <li>• Фокус групи;</li> <li>• Обществени/граждански съвети по здравеопазване;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Граждански панели;</li> <li>• Съвместни здравни бордове/комисии;</li> <li>• Граждански журита;</li> <li>• Консенсус конференции;</li> <li>• Публично-частни партньорства;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Референдум;</li> <li>• Общо събрание на населението;</li> <li>• Омбудсман;</li> </ul>
Примери	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обявяване на дневния ред на заседанията на ОБС, публикуване на решенията на ОБС и др.;</li> <li>• Публикуване на приетите здравни стратегии и планове за тяхното изпълнение;</li> <li>• Присъствие на граждани при открити сесии на ОБС и ПК по здравеопазване.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обществено обсъждане на общинския бюджет, на общински здравни стратегии и програми;</li> <li>• Проучвания за здравните потребности на населението;</li> <li>• Обществен съвет по здравеопазването към община Варна.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мониторингова група за ежегодно наблюдение (мониторинг) и актуализация на общинския план за развитие.</li> <li>• Програма форум</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здравен омбудсман</li> </ul>

бял кръг-управляващи; черен кръг-граждани; големината на кръга определя силата на влияние върху вземането решение (голям кръг-силно влияние, малък кръг-малко влияние); разположението на кръговете определя зависимостта между участващите във вземането на решения (равнопоставеност при хоризонтално разположение на участниците; отгоре- доминираща роля; отдолу-подчинена роля).

Моделът е адаптиран, допълнен и разработен въз основа на модела за въвличане на обществото по въпроси свързани със здравето на Health Canada, стълбата на гражданско участие на Sherry Arnstein и модела на IAP2.

### **Резултати от дълбочинните интервюта с експерти и граждани за техниките за въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво**

Сред най-често коментираните начини за участие на гражданите от респондентите са подаването на жалби и оплаквания, подписките и референдумите. Като цяло, тонът и вербалният изказ на респондентите подсказва силното обвързване на представите за начините на участие на гражданите с „крайни“ форми, които са основно израз на протест, неудовлетвореност или противопоставяне на взети или предстоящи да бъдат взети решения, а не толкова конструктивни предложения за промяна.

Прибягването до използване на определен начин, за да бъде чут гласа на гражданите е най-често свързан с негативен опит или преживявания или по повод на тема, която ги засяга пряко. Това предполага и наличието на по-силна мотивираща сила на:

- личните интереси в сравнение с груповите (обществените), и на
- негативните преживявания и опит в сравнение с положителните.

Сред най-коментираните техники за участие са тези свързани с предоставяне и получаване на информация от гражданите. От тях най-често споменавани са използването на медиите (телевизия, вестници, радио) и интернет. Конкретното споменаване на интернет сайта на общината за публикуваните отчети за дейността на общината в областта на здравеопазването, дневния ред на заседанията и решенията на ОбС, предавания на сесиите на ОбС и предавания в областта на здравеопазването по местната кабелна телевизия, възможността за присъствие на тези сесии, както и на сесиите на ПК по здравеопазване са основно разпознати от интервюираните здравни експерти. Между осведомеността и мнението на интервюираните здравни експерти и граждани съществуват различия по отношение на начините за участие. Граждани са по-резервирани и песимистично настроени към наличието на възможности за участие, към прилагането на референдумите и по-

традиционни механизми (като присъствието и задаването на въпроси на открити сесии на ОбС и ПК по здравеопазване, публикуването на дневния ред и протоколите от заседанията) като за някои от тях дори не допускат и съществуването им. Това предполага, че гражданите най-вероятно имат ограничени познания за начините, по които могат да участват във вземането на решения, свързани със здравеопазването на местно ниво.

Част от съществуващите механизми за участие са познати на респондентите, но не винаги те са разпознати от тях като механизми за участие, което предполага че самата концепция за гражданско участие е недобре позната и осъзната.

## **Резултати от проучването на мнението на общински съветници и граждани за техниките за въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването в община Велики Преслав и Варна**

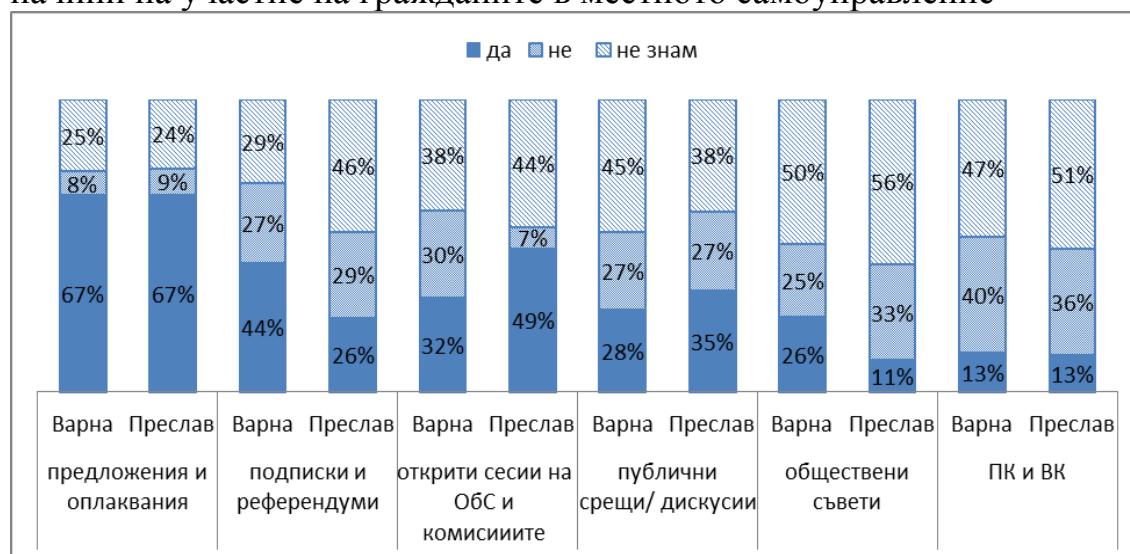
### *Осведоменост за начините на участие в местното самоуправление*

Според мнението на общинските съветници в трите общини като възможни начини за УГ в З в тяхната община най-често посочвани са „откритите сесии на ОбС и комисииите към него“, които са споменати от почти всички участници. Други посочени механизми са подаването на предложения, чрез „кутия за оплаквания“ и директно до представители на местната власт, открити срещи със заинтересовани лица, приемни дни с общинските съветници, каненето на експерти в ПК отговарящи по здравеопазване. Това, което някои от съветници също отбелязват е, че „има възможности, няма интерес“.

**Осведомеността на самите граждани в община Варна и Велики Преслав за възможните начини на участие в местното самоуправление е изключително ниска. С изключение на традиционните възможностите като подаването на предложения и оплаквания, които са познати на над 67% от гражданите и във Варна и в Преслав, останалите механизми са за повече от половината или непознати, или се счита, че не могат да се използват като начин за участие (Фигура 6).**

Най-слаба е осведомеността на гражданите по отношение на форми на пряко взаимодействие с представителите на ОбС и администрация като участието в обществени/граждански съвети и ПК и ВК по здравеопазването (13% и в двете общини).

**Фигура 6.** Осведоменост на възможността за използване на различни начини на участие на гражданите в местното самоуправление



Бележка: Зададеният въпрос е „По какъв начин могат гражданите на Вашата община да участват в местното самоуправление, освен правото на гласуване?“

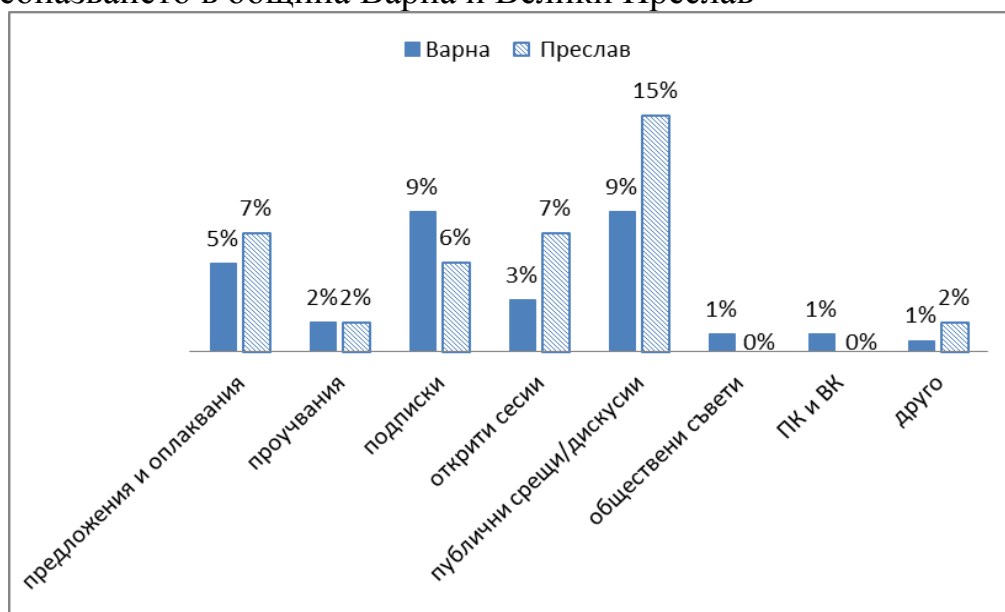
*Използвани начини за участие във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво*

**Честотата на гражданската активност по въпросите на здравеопазването в двете общини е ниска (Варна 18%; Преслав 24%) и е ограничена в две трети от случаите (61%) до прилагането само на една от посочените техники. Делът на участвалите по отделни методи спрямо извадките в двете общини не надвишава 15% като в болшинството от случаите е дори под 9%. **Общественото участие по проблемите на здравеопазването до голяма степен се свежда до участието на здравни експерти извън самата община.** Делът на участвалите експерти е около три пъти повече от този на гражданите (44% спрямо 16% от гражданите) и опитът им е свързан с повече начини за участие (60% отбелязват повече от два начина на участие спрямо 33% при гражданите), вкл. чрез пряк диалог и непосредствена работа в дейността на ОБС и администрация.**

От използваните начини за УГ в 3 най-често посочвани са публичните срещи и дискусии (Варна 8.6%; Преслав 14.5%), подписки (Варна 8.6%; Преслав 5.5%) и подаването на предложения и оплаквания (Варна 5.4%; Преслав 7.3%), а най-слабо местни референдуми (0%), непосредствени и по-пряко свързани форми със самата дейност на ОБС като обществени съвети и участие в комисиите по здравеопазване към тях (1% и в двете общини) и проучвания чрез анкети и интервюта по проблеми на здравеопазването (2% и в двете общини) (Фигура 7).



**Фигура 7.** Използвани начини за участие по въпроси свързани със здравеопазването в община Варна и Велики Преслав



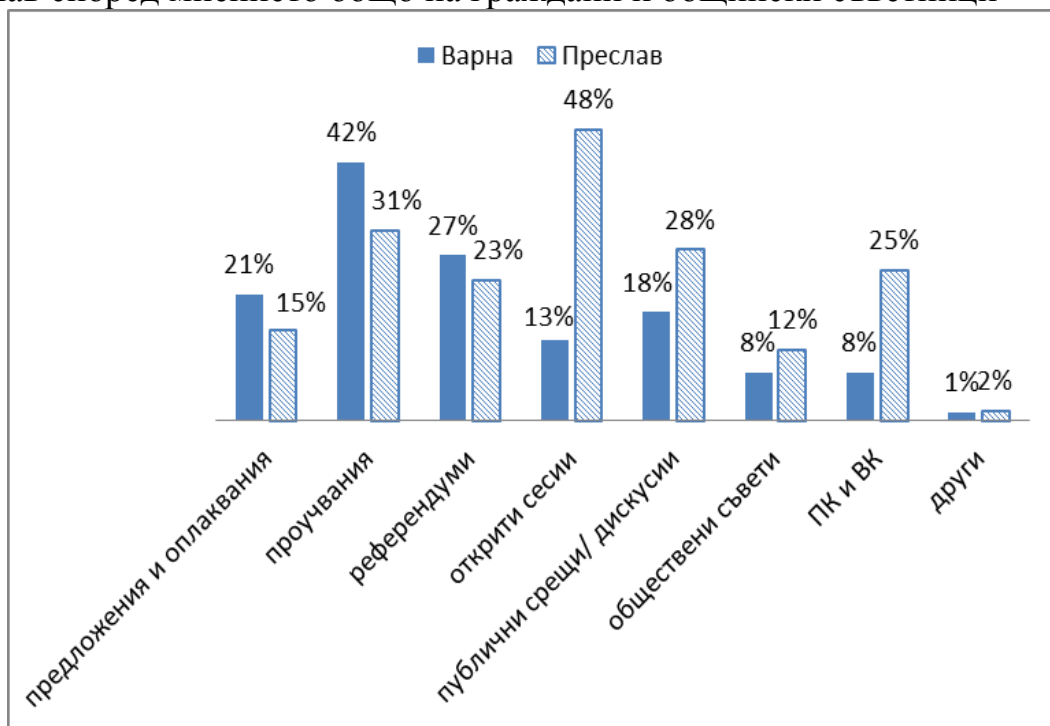
Бележка: В диаграмата не е включено участието чрез референдуми по въпроси свързани със здравеопазването на местно ниво, тъй като такива към датата на изследването не са били провеждани в България (справката е направена с регистър на референдумите в България на ФРМС към 27.05.2009 г.)

Докато в община Варна има по-голямо разнообразие от използвани техники за участие, включително обществен съвет по здравеопазване и участие на експерти в комисии по здравеопазването към ОбС, то в Преслав има по-малко начини за участие, но като цяло гражданите ги използват по-често. Изключение прави само организирането на граждански инициативи като подписките, които са по-често използвани в община Варна.

*Предпочитани начини за участие във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво*

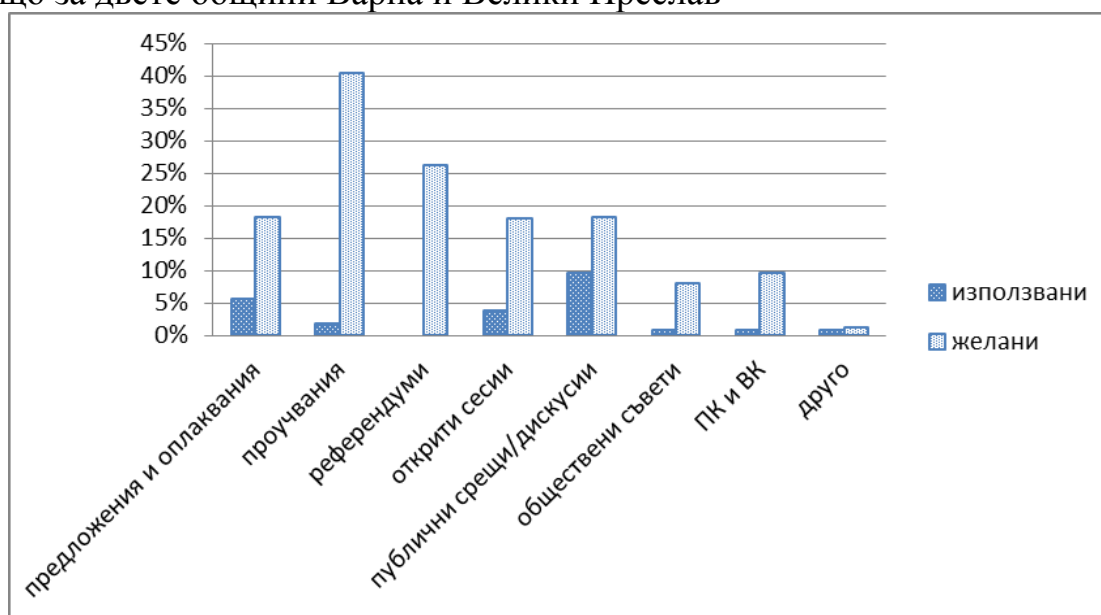
Между двете общини има значими различия в предпочитаните техники за участие (Фигура 8). **Това, което отличава община Преслав от Варна е наличието на статистически значимо по-силно изразено предпочитание към преки форми на диалог и непосредствено участие в дейността на ОбС** като откритите сесии ( $\chi^2(1)=38.24$ ;  $p<0.001$ ) и участие в самите комисии отговарящи по здравни въпроси към ОбС ( $\chi^2(1)=14.69$ ;  $p<0.001$ ). От друга страна **във Варна са малко по-предпочитани, индиректни индивидуални начини на участие** като проучванията (Варна 42%; Преслав 31%) и подаването на предложения и оплаквания (Варна 21%; Преслав 15%).

**Фигура 8.** Предпочитани техники за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването в община Варна и Велики Преслав според мнението общо на граждани и общински съветници



Между използваните и желаните начини за участие във вземането на решения свързани със здравеопазването съществуват различия. **Желанието за участие във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво надскача посочените практики по представените техники между 7% и 39% (Фигура 9).**

**Фигура 9.** Сравнение между използваните и желаните начини за участие общо за двете общини Варна и Велики Преслав



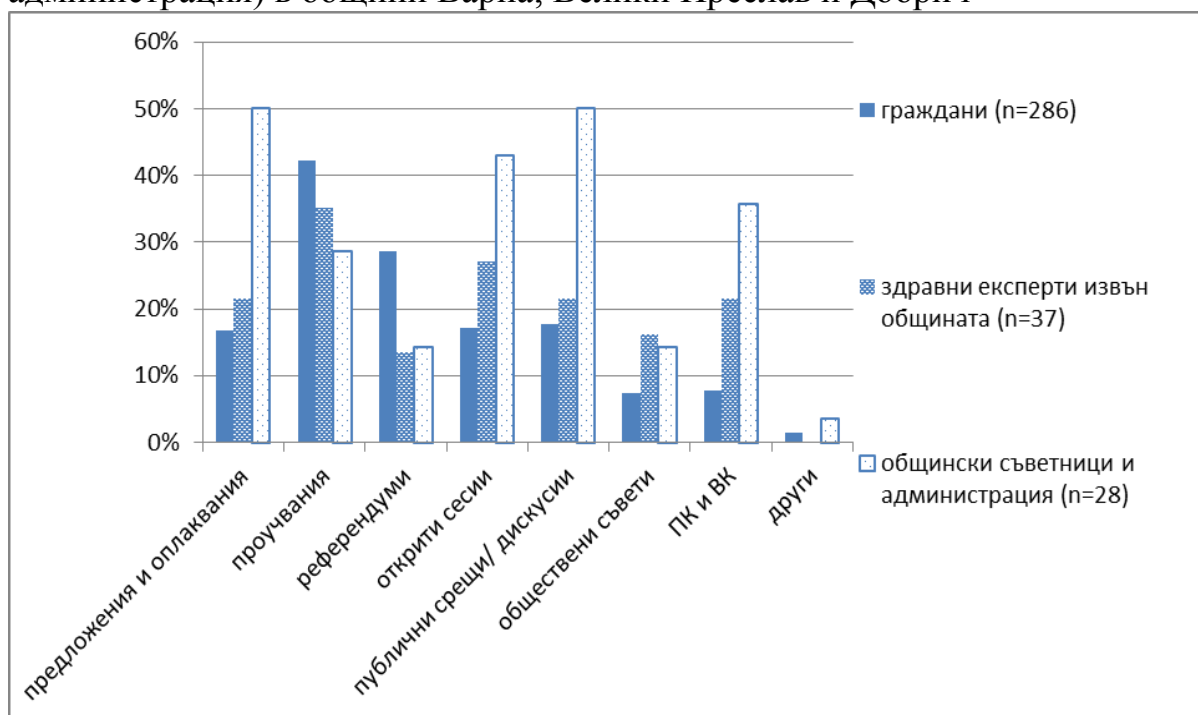
\*Липсват посочени данни за участие чрез местни референдуми свързани със

здравеопазването, поради липсата на проведени такива в България (справката е направена с базата от данни на Фондация за реформа в местното самоуправление за местните референдумите в България към 27.05.2009 г.).

Най-голям потенциал за повишаване на участието (с над 25 %) имат прилагането на референдуми и проучвания, среден потенциал (между 10-15%) подаването на предложения и оплаквания и открити сесии и (малък под 10%) публични срещи/дискусии, обществени съвети и участие в ПК и ВК по здравеопазването. Освен това по-малко от една трета (27%) от тези, които са използвали дадена техника след това я отбелязват и като предпочитана. **Следователно причините за слабото участие на гражданите следва да се търсят не просто в слабия им интерес, а и в други факторите, които възпрепятстват тяхното активно поведение.**

При съпоставянето на предпочитаните начини за участие според принадлежността към групата на обикновените граждани, здравните експерт извън общината и общинските съветници и администрация бяха установени също различия (Фигура 10).

**Фигура 10.** Предпочитани начини за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво по заинтересовани групи (граждани, експерти и общински съветници и администрация) в общини Варна, Велики Преслав и Добрич\*



\*От община Добрич са включени само общински съветници (3), представители на общинска администрация (2) и външни експерти (3).

Представителите на **общинските съветници и администрация са склонни да фаворизират традиционно използваните механизми за**

**участие на гражданите** като подаването на предложения и жалби (50%), провеждането на публични срещи и обсъждания (50%), организирането на открити сесии (42.9%), които са по-слабо оценени от другите две групи. За разлика от тях **гражданите предпочитат повече, по-рядко използвани подходи** като проучванията на тяхното мнение по значими здравни теми за общината (42.3%), което е пасивна и анонимна форма на участие и референдумите (28.7%), които са също анонимна, но пряка форма на влияние върху вземането на решения от местно значение. Здравните експерти извън общинската администрация също считат като най-подходяща форма за тяхното участие включването им в проучвания чрез анкети и интервюта (35.1%), което показва значителен потенциал за по-широко развитие и приложение на тази форма в бъдеще.

Важна особеност в предпочитанията на гражданите по отношение на тяхното участие е **по-силният интерес към индивидуални и анонимни форми на участие като проучванията и референдумите**. Въпреки интересът на гражданите към индивидуални форми на участие те осъзнават, че биха имали по-голям шанс да бъдат чути, когато в техните искания са обединени с повече на брой хора.

Това поставя въпроса за **необходимостта от по-силни НПО в областта на здравеопазването, които да могат по-ефективно да представят проблемите и да отстояват идеите на хората**.

### **3.6. НИВА ЗА ВЪВЛИЧАНЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ПРИ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**Резултати от дълбочинните интервюта с експерти и граждани за съществуващото и желаното ниво на участие в процеса на вземане на решения в здравеопазването и опитът им свързан с тяхното участие**

Сред интервюираните са идентифицирани няколко възможни нива на участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването:

- Липса на участие, което е най-често споменавано;
- Информирание, чрез предоставяне на данни за взети вече решения или предстоящи такива. Тук основно експертите посочват представянето на протоколи от сесии на ОбС, дневния ред на ОбС, годишни отчети за дейността на ОбС, определени програми и проекти свързани със общинското здравеопазване и др.
- Консултиране, основно свързано с допитване до експерти в отделни институции, с които общината работи традиционно като РИОСВ, РЦЗ и

др. За един от интервюираните това ниво е неудачно използвано в практиката на общината.

- Партньорство изразяващо се главно в сътрудничество с определени НПО при изпълнение на определени здравни проекти.
- Доминиране на гражданите считано по-скоро като нереално за практиките на общините у нас, независимо от регламентиранияте възможности за провеждане на местни референдуми.

Нивото на УГ в процесите на вземане на решения свързани със здравеопазването се счита, че е между „никакво“ и „ниско“. То е определяно като „нула“, „минимално“, „почти липсва“, „невисоко“, „слабо“, а някои от респондентите се затрудняват дори да го определят. По своята същност УГ се свежда най-често до „даване на сигнал и изостряне на вниманието на съответните структури, че има проблем“, а не толкова в целия процес на формиране и определяне на решение на проблема. Това свежда очакванията за УГ главно до ниво информирание и консултиране по въпроси свързани със здравеопазването, на които влиянието на гражданите върху разглежданите проблеми е слабо.

Като цяло интервюираните са неудовлетворени от наличното ниво на участие и считат, че е необходимо постигането на по-високо такова. Основни насоки за промяна са желанието да бъдат „питани и стимулирани“ да изразяват своето мнение, да имат „право на глас“, за нещата, по които са компетентни, да могат да упражняват „контрол“, върху решенията, които се вземат.

По отношение на опита на гражданите да участват във вземането на решения свързани със здравеопазването в тяхната община, най-често отговорът от гражданите е липсата на личен опит. Обикновено взаимодействието с представителите на местната власт и преди всичко администрация е по проблеми от битов характер като „плащане на данък“, „проблем със съсед“, „адресна регистрация“, „отпускане на средства за съхраняване на къща паметник на културата“ като в повечето случаи този опит е свързан с неудовлетворение и неефективно обслужване. От друга страна поводите за активност по отношение на здравеопазването се „само в краен случай“ и се отнасят главно до сериозни проблеми засягащи индивидуалното здраве, а въпросът се отнася най-често до други институции извън ОбС и администрация.

По-голямата част от причините за участието на здравните експерти са по професионални или служебни поводи като участие в разработване на проекти, в обществен съвет по здравеопазване, присъствие на открити сесии на ОбС. За разлика от обикновените граждани, които имат разпръснати и разнообразни интереси за участие, здравните експерти са с

по-сходни и средоточени, служебни и професионални интереси в областта на здравеопазването. Това предполага, че здравните експерти ще са по-мотивирани да участват и ще търсят по-високи нива на участие от обикновените граждани.

## **Резултати от проучване на мнението на граждани и общински съветници за нивото на участие и желаното ниво на участие в процеса на вземане на решения свързани със здравеопазването на местно ниво**

*Реално ниво на участие на гражданите в процеса на вземане на решения свързани със здравеопазването*

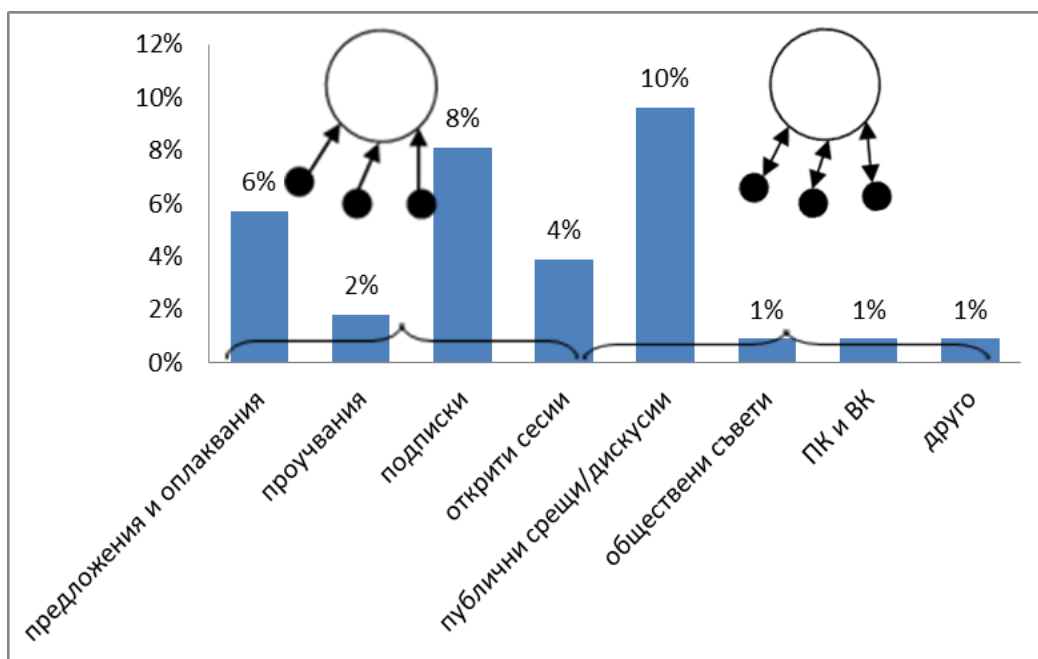
Опитът на общинските съветници свързан с участието на гражданите по въпроси свързани със здравеопазването потвърждава преди всичко ниската активност на гражданите. Според болшинството от тях „*няма активно участие*“ и „*инициативата не идва от хората*“.

Това се потвърждава и от мнението на самите граждани. **Като цяло те са съдържани и слабо активни във вземането на решения свързани със здравеопазването като общо 4/5 от анкетиранияте в двете общини (81%) не се участвали в тези процеси на местно ниво.** Това прави неучастието като най-честа практика сред граждани и експерти. В двете общини Варна и Преслав **общественото участие се свежда основно до нивата на предоставянето на информация и консултиране**, най-често (между 6-10%) чрез посещения на публични срещи и дискусии, участие в подписки и подаване на предложения и жалби по здравни проблеми (Фигура 11). Въпреки, че не повече от 1/5 от анкетиранияте общо в двете общини (19%) посочват, че са участвали поне по един от изброените начини, тяхната активност по отделни техники не надвишава 10% от общата извадка.

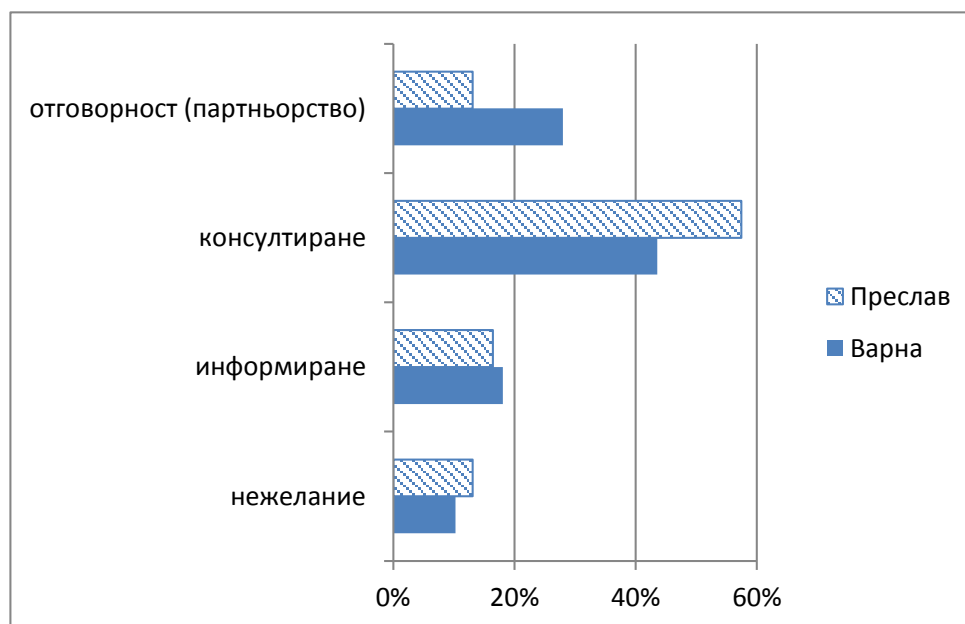
Освен чрез предоставяната от гражданите информация и консултирането, общините се опитват да въвличат своите граждани и чрез информирането им за предстоящи сесии на ОбС, публикуването на дневният ред на сесиите и протоколите от тях. Това става най-често чрез интернет страницата на общината, информационни табла или центрове в по-големите общини като Добрич и Варна, местните медии.

Въпреки значителните усилия и старанието на общините свързани с информирането на гражданите за вземаните от ОбС решения, вкл. в областта на здравеопазването, нивото на участие от страна на гражданите и тяхната активност са ниски. Това се потвърждава не само от субективната оценка на граждани и общински съветници, но и от обективни източници като проучването на архива на трите общини.

**Фигура 11.** Нива на участие според използваните техники за въвличане на гражданите общо в община Варна и Велики Преслав



**Фигура 12.** Предпочитано групово ниво на гражданско участие във вземането на решения свързани със здравеопазването според граждани и общински съветници в община Варна и Преслав



*Предпочитано ниво на участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво*

За по-голяма прегледност и поставянето на акцент върху отговорността свързана с участието във вземането на решения, в част от анализите ние

обобщихме петте нива на участие в три основни групи (неучастие, консултиране и отговорност). Неучастието включва нежеланието за участват и желанието да бъдеш информиран без да си включен във вземането на решения, а под отговорност са обединени партньорството и доминирането.

**Най-предпочитаното ниво на участие на гражданите като цяло (или груповото ниво на участие) по въпросите на здравеопазването и по отделни тематични области в двете общини е консултирането (Варна 44%; Преслав 57%), което се свежда до споделянето на мнение, но предоставяне на вземането на крайното решение на друг (Фигура 12). Доминиращата роля във вземането на решения е най-слабо желана (0%), въпреки желанието на гражданите за повече местни референдуми. Това предполага, че осъзнаването на отговорността свързана с участието прави желанието за УГ в 3 по-слабо.**

**Съществуват статистически значими различия ( $\chi^2(4)=31.18$ ;  $p<0.001$ ) в мнението на граждани, здравни експерти и общински съветници и администрация за ролята, която гражданите според тях би трябвало да изпълняват при вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво (Таблица 3). Най-големи привърженици на участието са здравните експерти, които считат партньорството (60%) като най-подходящо ниво на участие.**

**Таблица 3.** Предпочитано групово ниво на участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво според граждани, здравни експерти и общински съветници и администрация общо за общини Варна, Велики Преслав и Добрич

нива на участие		граждани n=286	здравни експерти извън общината n=37	общински съветници и администрация n=28
<b>неучастие</b>	нежелание	11.90%	5.40%	3.60%
	информиране	20.30%	5.40%	10.70%
<b>консултиране</b>		47.60%	29.70%	46.40%
<b>отговорност</b>	партньорство	20.30%	59.50%	39.30%
	доминиране	0.00%	0.00%	0.00%
$\chi^2(4)^*=31.18$ ; $p<0.001$				
*изчислението е направено въз основа на честотите на неучастие, консултиране и отговорност с цел да се избегнат стойности по-ниски от допустимото (<5) в отделните клетки на таблицата на спрегнатост				

**За разлика от тях, гражданите виждат себе си най-слабо ангажирани в този процес като предпочитат в по-голяма степен по-ниски нива на**

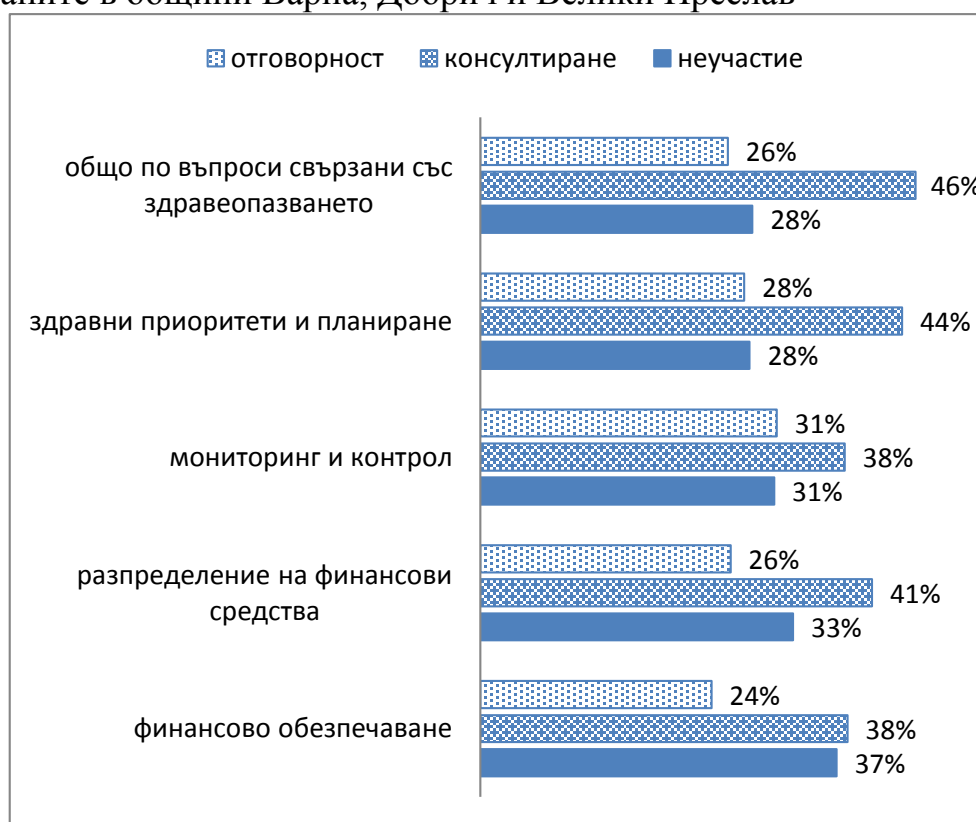


**въвличане - консултиране (47%) и информиране (20%).** Представителите на общинските съветници и администрация заемат известна междинна позиция - те **са по-резервирани от здравните експерти по отношение на споделянето на отговорността с гражданите (39% спрямо 60% при експертите), но в по-голяма степен от гражданите, желаят да ги включат във вземането на решения** като споделят носената за това отговорност с тях (39% спрямо 20% при гражданите).

*Предпочитани нива на участие според специфични области свързани със здравеопазването на местно ниво*

Консултирането е най-предпочитано като ниво на участие не само по отношение на здравеопазването като цяло, но и по отделни тематични области като определяне на здравните приоритет и планиране, мониторинг/контрол на изпълнението на взетите решения, финансово обезпечаване и разпределение на финансовите средства за здравеопазване на местно ниво (Фигура 13).

**Фигура 13.** Желани нива за гражданско участие по различни теми според анкетираните в общини Варна, Добрич и Велики Преслав



Според общото мнение на анкетираните, **упражняването на мониторинг и контрол върху взетите решения (69%) и определянето**

**на здравните приоритети и планиране (72%) са най-предпочитаните области за поемате на определена роля от гражданите като партньори или консултираща страна от четирите възможни теми.**

Анализирането на предпочитанията за участниците във вземането на решения по отделните тематични области разкри по още по-категоричен начин възприемането на гражданите (55%) и НПО (54%) като най-подходящи участници при упражняването на мониторинг и контрол върху вземаните решение свързани със здравеопазването. Докато болшинството от анкетираните (73%) считат, че общинските съветници биха имали най-адекватна роля при финансовото обезпечаване, то стратегическите решения като определянето на здравните приоритети и планирането се свързват почти от всички (91%) с участието на здравните експерти.

*Лично желание за участие спрямо желанието за участие на гражданите като цяло (лично vs. групово ниво на участие)*

**Гледната точка (лична или групова) на анкетираните граждани води до статистически значима разлика ( $p < 0.001$ ) в желаното ниво на участие при вземането на решения свързани със здравеопазването в общината, както изобщо така и по отделни теми (Таблица 4).**

**Таблица 4.** Съпоставяне на личното и груповото желание за участие на гражданите от самите граждани в община Варна и Велики Преслав с тест на ранговите суми на Уилкоксън

община	по въпроси общо в здравеопазването	здравни приоритети и планиране	финансово обезпечаване	разпределение на финансови средства	мониторинг и контрол
Варна	$Z = -7.709^a$ $p < 0.001$	$Z = -6.860^a$ $p < 0.001$	$Z = -7.544^a$ $p < 0.001$	$Z = -7.656^a$ $p < 0.001$	$Z = -7.413^a$ $p < 0.001$
Преслав	$Z = -3.273^a$ $p = 0.001$	$Z = -2.828^a$ $p = 0.005$	$Z = -2.163^a$ $p = 0.031$	$Z = -2.738^a$ $p = 0.006$	$Z = -1.667^a$ $p = 0.096$
общо	$Z = -8.317^a$ $p < 0.001$	$Z = -7.349^a$ $p < 0.001$	$Z = -7.796^a$ $p < 0.001$	$Z = -8.167^a$ $p < 0.001$	$Z = -7.451^a$ $p < 0.001$

а. въз основа на негативни рангове.

При съпоставянето на личните предпочитанията за участие, т.е. как самият анкетиран би искал да участва, спрямо предпочитанията му за участие на гражданите като цяло, бяха установени статистически значими разлики ( $Z = -8.317$ ;  $p < 0.001$ ). **Личното желание за участие е значимо по-ниско от груповото желание за участие. Личните предпочитание са**

по-слаби по отношение на високи нива на участие (доминиране и партньорство - 12%) и по-силни към по-ниските нива на въвличане, при които няма носене на отговорност като консултиране (31%), информиране (27%) или нежелание за участие (30%).

*Съпоставка на гражданското участие в областта на здравеопазването на местно ниво у нас и Канада*

Както в България (общини Варна и В. Преслав), така и в Канада (6 общности в Онтарио) обикновените граждани в двете проучвания посочват едно и също най-желано ниво на участие за гражданите като група – консултирането. И в трите сравнявани области (определяне на приоритети и планиране, финансово обезпечаване и разпределение на финансовите средства) между двете страни съществуват статистически значими различия (Таблица 5).

**Таблица 5.** Относителен дял на гражданите според желаното групово ниво на участие по различни въпроси свързани със здравеопазването в България (общини Варна и Преслав) и Канада (шест области в Онтарио) и предоставяне на статистически значимите разлики между участниците в двете проучвания чрез  $\chi^2$

въпроси	ниво на участие	България (n=286)	Канада (n=46)	$\chi^2$
<b>здравни приоритети и планиране</b>	неучастие	32.20%	13.00%	$\chi^2 (2)=11.06; p=0.004$
	консултиране	47.60%	47.80%	
	отговорност	20.30%	39.10%	
<b>финансово обезпечаване</b>	неучастие	38.80%	17.40%	$\chi^2 (2)=17.80; p<0.0001$
	консултиране	40.60%	73.90%	
	отговорност	20.60%	8.70%	
<b>разпределение на финансови средства</b>	неучастие	34.30%	21.70%	$\chi^2 (2)=6.88; p=0.032$
	консултиране	42.30%	63.00%	
	отговорност	23.40%	15.20%	

Най-големите са по отношение на желаното участие свързано с финансовото обезпечаване (колко средства трябва да се заделят за здравеопазване и по какъв начин да бъдат осигурени). При респондентите в Канада силно преобладава нивото на консултиране над това при българите, а при последните са значително по-високи нивата на неучастие. **Относителният дял на българите предпочитали неучастието и по**

трите въпроса е по-висок с 13-22% от този в Канада. Следователно гражданите в канадското проучване имат по-силно изразено желание за приемането на определена роля на участие като консултираща страна или поемането на отговорност за вземаните решения.

Съществена разлика беше открита и в индивидуалното и груповото предпочитание за участие на гражданите в двете страни. **Личната готовност и желание за участие на гражданите чрез консултиране и поемане на отговорност е по-голяма в проучваните общности в Канада, отколкото в България.** В канадското проучване респондентите считат себе си в по-голяма степен подходящи да участват, в сравнение с групата към която принадлежат. Докато в Онтарио делът на гражданите, които лично желаят да поемат отговорност за вземането като цяло на решения свързани със здравеопазването (60%) е по-висок от този на приемащите групата на гражданите, към която принадлежат, за подходяща да носи подобна отговорност (17%), то в двете общини в България това е напълно обратно (12% от гражданите лично желаят да носят отговорност, докато 21% от тях считат, че гражданите като цяло, са подходящи да носят отговорност).

### **3.7. ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ВЪВЛИЧАНЕТО НА ГРАЖДАНИТЕ ВЪВ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА МЕСТНО НИВО**

#### **Резултати от дълбочинни интервюта с граждани и експерти**

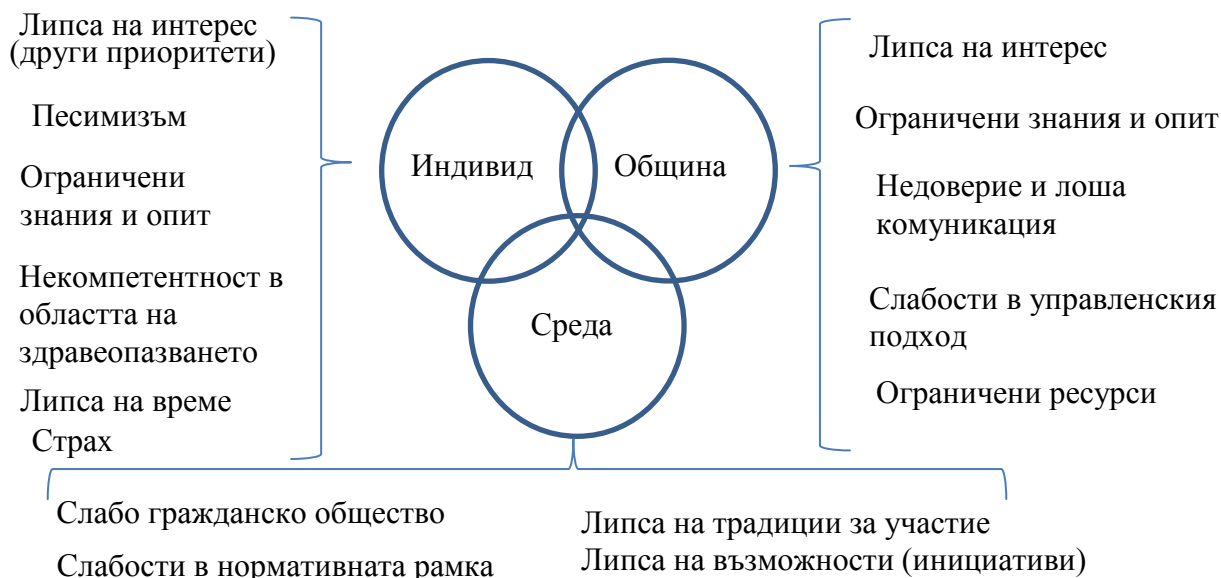
В резултат на дълбочинните интервюта бяха идентифицирани следните възпрепятстващи фактори за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво:

- Липса на интерес в хората - ако нямат здравен проблем, който да ги засяга лично хората не биха проявили интерес да участват;
- Песимизъм, че хората могат да променят нещо и мнението им ще бъде чуто (наложеното мислене „нищо не зависи от мен”);
- Страх да бъдеш критикуван или наруган, ако изразиш мнението си или си инициативен;
- Недоверие и лоша комуникация между хората и общинските съветници и администрация;
- Липса на опит, традиции и незнание за начините на участие;
- Ограничени възможности за участие;
- Ограничени ресурси в общината (финансови; материални; човешки);

- Непознаване на функциите и отговорностите на общината свързани със здравеопазването;
- Липса на интерес от управляващите да споделят своята власт;
- Липса на дългосрочно мислене в управляващите – предприемат се основно инициативи, които са краткосрочни цели или с предизборен мотив;
- Некомпетентност на хората по въпросите на здравеопазването;
- Неразвито гражданско общество;

Следователно бариерите за УГ в З могат да бъдат обобщени в няколко групи в зависимост от това дали се отнасят до отделните граждани, до общината и взаимодействието с нея и до средата (Фигура 14).

**Фигура 14.** Видове бариери за участие на гражданите във вземането на решения в здравеопазването



По отношение на мотивацията за УГ в З на местно ниво бяха установени няколко особености. Широко разпространено мнение за нежелание или слаба мотивация за участие на гражданите като по-силно влияние според интервюираните имат външните, негативните и личните мотиви. Бяха идентифицирани и подбрани следните мотивиращи фактори за УГ в З на местно ниво:

- Значима за мен тема, която ме засяга лично;
- Значима за хората тема, която може да не ме засяга лично;
- Възможност да бъде чут гласа на хората в общината;
- Възможност да бъде чут моят глас;
- Възможност да нося отговорност за своето здраве;

- Да съм полезен с моите знания и умения на хората в общината;
- Да съм информиран и/или обучен, за това как да участвам;
- Осигуряването на обезщетение за вложеното време и усилия (пари и материални стимули);
- Да бъда поканен така, че да се почувствам желан участник;

Най-общо от направените дълбочинни интервюта можем да открием няколко роли, в които се виждат гражданите, които обуславят и вътрешните причини за тяхната активност по въпросите на здравеопазването на:

- потребители на здравни услуги (пациенти) - много силно ценят своето здраве и това на хората около тях. Тяхната мотивация е свързана с вярването, че участвайки могат да повлияят върху здравето;
- данъкоплатци – мотивите им са свързани с правото им като изрядни платци на данъци в общината да търсят отговорност за взетите решения от ОбС по различни теми от обществен интерес. Тези граждани биха проявили интерес към обема и разпределението на средствата за здравеопазване в общината, отчетите за изпълнението на бюджета за дейности и проекти свързани със здравето;
- хуманисти („*майка Тереза*“) - мотивите за участие са често свързани със състрадание и желание да се помогне на хората в нужда. Например хората, които не са пряко засегнати от онкологично заболяване, но биха участвали в протести и подписки в подкрепа за набавянето на липсващи лекарства, които са живото спасяващи за тези пациенти;
- егоисти – техните мотиви за участие са тясно свързани с външни стимули като пари, имидж, признание, а не с получаването на удовлетворение от самото участие.

Тези роли не са взаимно изключващи се и причините за участие са по-скоро резултат от търсенето на баланс между тези гледни точки.

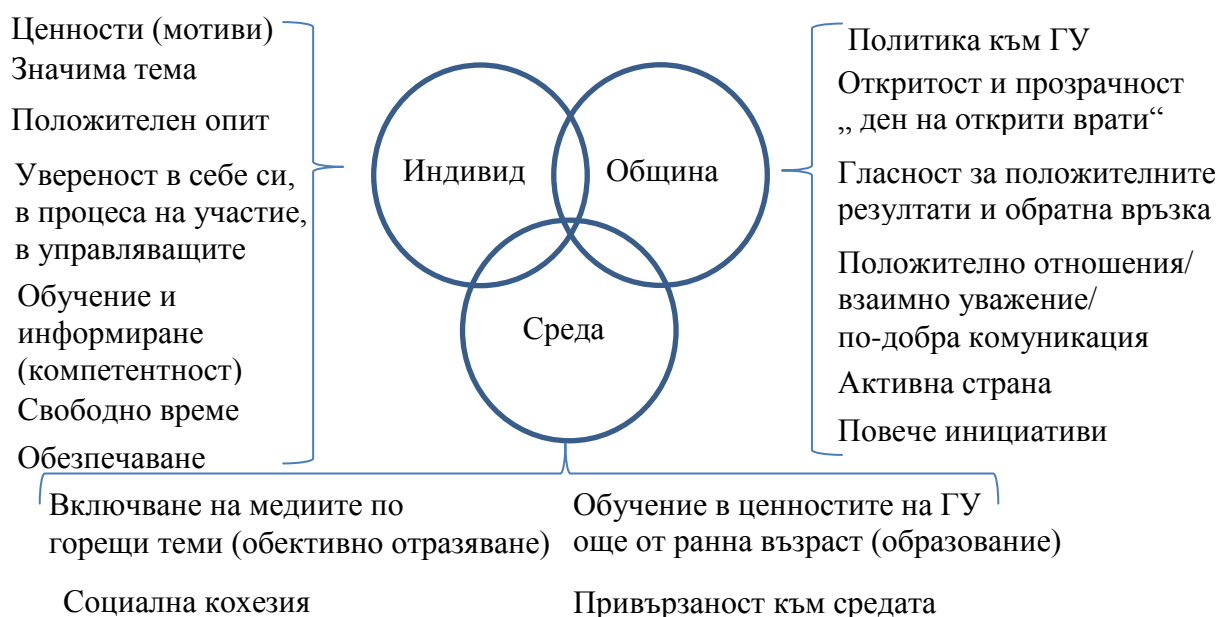
Други посочени факторите, които биха подпомогнали участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво, свързани с общината и средата са:

- Повече гласност от страна на местната власт за предприетите действия, мерки и резултатите от инициативи свързани с гражданското участие;

- Включване на медиите в обсъждането на горещи теми;
- По-добро отношение и комуникация с гражданите основани на взаимно уважение;
- Запознаване с дейността на общината, чрез възможност за посещение в определени дни („ден на откритите врати”);
- Промяна на политиката на общината към включването на гражданите;
- Повече инициативи, в които хората да могат да участват;
- Местната власт и институциите да бъдат активната страна при предоставянето на информация;

Представените подпомагащите фактори за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването могат да бъдат систематизирани подобно на факторите бариери в три групи: свързани с индивида, с представителите на местената власт и взаимодействието с нея и със средата (Фигура 15).

**Фигура 15.** Подпомагащи фактори за участие на гражданите във вземането на решения в здравеопазването



Най-общо фактори влияещи върху участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването могат да бъдат обобщени в няколко основни групи (Фигура 16):

- индивидуални – свързани със самите граждани и техния капацитет за участие като интерес, очаквания, компетентност, ресурси;

- институционални – свързани със самата община и нейния капацитет за участие като интерес, очаквания, компетентност и ресурси;
- интерактивни – свързани със самото взаимодействие между граждани и община като механизми на участие и комуникация,
- фактори свързани със средата като медии, гражданско общество, историческо минало, народопсихология, социо-икономически условия, социална кохезия, образование и др.

**Фигура 16.** Фактори влияещи върху участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво





## Резултати от проучването на мнението на общински съветници и граждани в община Варна и Велики Преслав

### Фактори възпрепятстващи УГ в З на местно ниво

На открития въпрос за бариерите за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването общинските съветници посочват, подобно на гражданите и здравните експерти в дълбочинните интервюта, наличието на „недоверие“, ограничения опит поради това, че хората са в „начален етап от развитието на култура на участие“, проблеми в комуникацията свързани с „труден достъп до информация“, както и самата „народопсихология“ и чувството на гражданите за „зависимост от лекарите“.

При анкетното проучване на мнението на гражданите в общини Варна и Велики Преслав, **песимизмът е най-често посочван (над 55% и в двете общини) като най-сериозна пречка за УГ в З в тяхната община (Фигура 17).**

**Фигура 17.** Най-сериозни бариери за участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво.



Сред водещите по-тежест препятствия, гражданите най-често (над 40%) посочват индивидуални **фактори свързани с формирането на желание за участие** като липсата на интерес у хората и увереност, че могат да променят или повлияят нещо свързано с вземането на решения в областта на здравеопазването на местно ниво, а най-рядко (под 15%) организационни фактори свързани с обезпечаването на УГ като

ограничените ресурси, с които разполага общината и възможностите за участие.

**В община Варна, за разлика от Велики Преслав, най-сериозните бариери и опасности свързани със здравеопазването са по-често свързани с недоверието, лошата комуникация и непознаването на отговорностите и функциите на общината, което говори за по-сериозна дистанция или отчуждение между управляващи и граждани. Различният фокус в причините за опасностите и препятствията в двете общини изисква и различни подходи за преодоляването им.**

#### *Фактори подпомагащи УГ в З на местно ниво - мотивиращи фактори*

**И в двете общини, най-високо оценена е мотивиращата сила за участие във вземането на решения свързани със здравеопазването на значимата тема, която засяга лично отделния гражданин (Варна 3.2; Преслав 3.3) и възможността да бъде чул неговия глас (Варна 2.9; Преслав 3.3) (Фигура 18). Средната оценка за силата на тези два мотива е между средно и високо ниво на влияние. Чисто външни мотиви като получаването на определени материални или нематериални облаги и социалното признание са оценени като най-слабо влияещи (под 2.5) спрямо останалите фактори.**

**Фигура 18.** Оценка на силата на различни мотивиращи фактори според мнението на гражданите в община Варна и Велики Преслав



Между двете общини съществуват и по-силни различия в силата на определени мотивиращи фактори като желанието да си полезен, да се чувстваш желан участник, да бъдеш обществено признат, което

предполага и **необходимостта от различни подходи** насочени в различните общини.

В община Велики Преслав има повече на брой, по-високо оценени по сила мотивиращи фактори за участие в сравнение с община Варна, което предполага че в **община Велики Преслав гражданите имат потенциал да бъдат по-силно мотивирани да участват.**

При съпоставянето на двете двойки мотивиращи фактори (значима за мен тема, която ме засяга лично/ значима за хората тема, която може да не ме засяга лично и възможност да бъде чул моят глас/ възможност да бъде чул гласа на хората в общината) бяха установени статистически значими различия ( $p < 0.05$ ) в оценката, която гражданите дават за тяхната мотивиращата сила. Мотивите свързани с лични интереси като „значима за мен тема“ и да „бъде чул моят глас“ са статистически значимо по-високо оценени от мотиви свързани с обществени интереси като „значима за хората тема“ и „да бъде чул гласът на хората“ и в двете общини (Таблица б). Това подкрепя нашата хипотеза, че **личните и засегнати интереси имат по-силна мотивираща сила, отколкото обществените.**

**Таблица 6.** Тест на ранговите суми на Уилкоксон за съпоставяне на мотивиращата сила на лични и обществени интереси върху участието във вземането на решения свързани със здравеопазването

община	Тема значима за мен/ Тема значима за хората	Да бъде чул аз/ Да бъдат чути хората
Варна	$z = -7.759$ $p < 0.0001$	$z = -3.422$ $p = 0.001$
Преслав	$z = -4.302$ $p = 0.001$	$z = -2.083$ $p = 0.037$

#### *Фактори подпомагащи УГ в З на местно ниво - външни фактори*

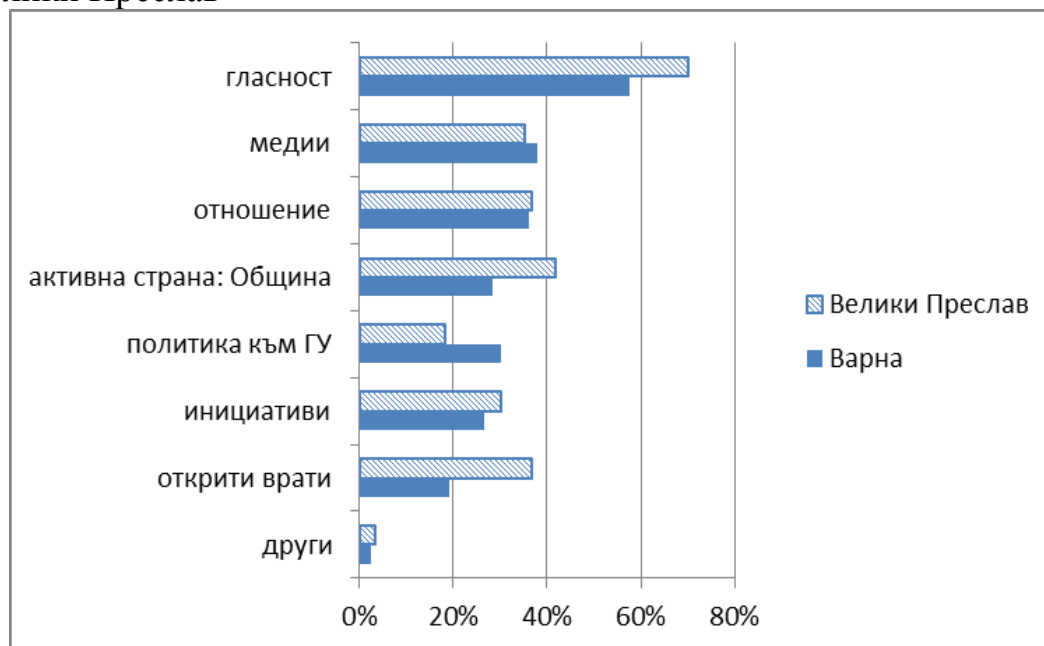
По отношение на подпомагащите фактори за участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво, **най-значими според мнението и на граждани, и на общински съветници общо за всички общини са гласността за предприетите действия, начини и резултати от участието на гражданите (60%), включването на медиите по горещи теми (38%) и по-доброто отношение и комуникации с гражданите основани на взаимно уважение (37%).**

И трите най-високо подкрепяни предложения имат пряка връзка с формирането на **повече прозрачност и доверие към дейността на**

**общинските съветници и администрация, които да формират положителни очаквания свързани с УГ в З на местно ниво.**

Между двете общини има известни различия за това кои фактори най-много биха подпомогнали участието на гражданите (Фигура 19).

**Фигура 19.** Фактори най-силно подпомагащи участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването на местно ниво според мнението на граждани и общински съветници в община Варна и Велики Преслав



В община В. Преслав, за разлика от Варна, по-високо се ценят подходи, които да покажат по-голяма активност от страна на общината в предоставянето на информация (42% спрямо 28% във Варна) и възможности за непосредствен контакт и запознаване от близо с нейната дейност чрез „ден на отворените врати“ (37% спрямо 19% във Варна). Тези различия отново потвърждават необходимостта от индивидуален подход към всяка община и необходимостта от периодичен анализ на факторите влияещи върху УГ в З.

## 4. ИЗВОДИ

1. Двата противоположни процеса на децентрализация и централизиране на държавната власт, които бележат нашето историческо минало, са важен фактор формиращ участието на гражданите в здравеопазването днес.
2. Законодателната уредба няма концептуално завършен характер по отношение на гражданското участие, а е разпръсната в различни по степен и юридическа сила актове, които имат предимно пожелателен характер и не е достатъчно условие за ефективното участие на гражданите във вземането на решения, свързани със здравеопазването на местно ниво.
3. Ограничените представи за трите съставни понятия, гражданско участие, здравеопазване и местно самоуправление, създават трудности във възприемането им от гражданите като една цялостна концепция.
  - 3.1. Гражданите имат сравнително тясна представа за здравеопазването свързвайки го основно с централни органи на управлението и с проблемите на болните, ЛЗ и осигуряването на лекарства.
  - 3.2. Общината има негативен имидж сред обществото. Тя е възприемана главно като сграда, в която се извършват административни услуги, а не институция, която защитава и представлява интереси на гражданите на местно ниво като ролята и в здравеопазването е не само непозната, но и неприемлива за някои от гражданите.
  - 3.3. Съществуват сериозни различия в субективните оценки на граждани и здравни експерти от една страна и общински съветници и администрация от друга за условията, които предразполагат участието (възможности за участие и информация), самото участие на гражданите и неговата ефективност (вслушването в мнението на гражданите).
4. Техниките за въвличане на гражданите могат да бъдат систематизирани на няколко нива (информирание, консултиране, партньорство и доминиране) според влиянието им върху вземаните решения свързани със здравеопазването, но използването им е ограничено (под 10% от извадката за отделна техника) и не достатъчно ефективно (само 27% от използваните дадена техника я посочват като предпочитана).

5. Ниските нива на въвличане на гражданите като информиране и консултиране и техниките използвани за тяхното осъществяване са по-разпространени, по-разнообразни и по-добре познати от активните форми на участие като партньорство и доминиране.

5.1. Най-често използвани според гражданите са начини за участие свързани с предоставянето на информация, които имат слабо и несигурно влияние върху вземаните решения (присъствието на публичните срещи и дискусии по здравни теми, подписки, подаването на предложения и оплаквания свързани със здравето в общината), а най-слабо преки начини на участие (референдуми - 0%) и взаимодействие с управляващите, свързани със самата дейност на ОбС и администрация (участие в ПК и ВК по здравеопазване – 1% и консултативни обществени съвети по здравеопазване – 1%), които имат и по-висок потенциал за влияние върху вземаните решения.

5.2. Най-добре познати са традиционните техники за предоставяне на информация чрез подаването на предложения и оплаквания (67%), а най-слабо познати и възможни за прилагане се считат техники, които имат потенциал да се превърнат в партньорство чрез непосредствено взаимодействие с управляващите като участие в постоянните комисии към ОбС (13%) и обществените съвети (11% Преслав; 26% Варна).

6. По отношение на предпочитаните техники има разминаване между практика и желание и в гледните точки на граждани, експерти и общински съветници и администрация.

6.1. Най-голям потенциал за повишаване на участието (с над 25% от практиките свързани с нея) имат анонимни и рядко прилагани начини като проучвания на мнението на гражданите чрез анкети и интервюта и местни референдуми свързани със здравеопазването, среден потенциал (между 10-15%) открити тематични сесии и подаването на предложения и оплаквания и слаб потенциал (под 10%) непосредствени форми на взаимодействие с управляващите като обществени съвети и участие в комисиите по здравеопазване към ОбС.

6.2. В мнението си за най-подходящите техники за участие гражданите, здравните експерти и общинските съветници се различават, което изисква по-голям диалог между тях. Докато общинските съветници и администрация са привърженици на традиционно прилагани методи, гражданите предпочитат по-рядко използвани механизми, а

здравните експерти показват по-силен интерес, спрямо гражданите, към преки форми на взаимодействие с управляващите.

7. Нивото на участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването е слабо и свързано най-вече с предоставянето на информация и консултиране на местната власт, което има слабо до умерено влияние върху вземаните решения.
  - 7.1. Неучастието е най-честата практика при ниво на гражданската активност 19%, ограничена практика в 61% от случаите до един от възможните начини за участие и близо три пъти по-често участие на здравните експерти извън общината в сравнение с обикновените граждани.
  - 7.2. Въпреки използването главно на индивидуални начини за участие, гражданите осъзнават, че колективните форми на сдружаване и посредническата роля на НПО в здравеопазването дават по-големи шансове да бъде чул техния глас.
8. Предпочитаното ниво на участие на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването зависи от гледната точка, принадлежността към дадена заинтересована група и от темата.
  - 8.1. Личното желание за участие е по-слабо от желанието за участие на гражданите като цяло и следва да бъде взето предвид и в бъдещи проучвания при формулирането на изследователските въпроси.
  - 8.2. Гражданите виждат себе си най-слабо ангажирани във вземането на решения свързани със здравеопазването в сравнение със здравните експерти и общински съветници и администрация като предпочитат в по-голяма степен по-ниски нива на въвличане - консултиране (47%) и информиране (20%).
  - 8.3. Упражняването на мониторинг и контрол върху взетите решения (69.2%) и определянето на здравните приоритети и планиране (71.5%) са най-предпочитаните области за поемане на определена роля от гражданите и здравните експерти като партньори или консултираща страна.
9. Факторите, влияещи върху участието на гражданите, са свързани, както с гражданите, така и с общината, средата и взаимодействието между тях.

- 9.1. Най-значимите бариери пред гражданското участие във вземането на решения свързани със здравеопазването са свързани със самите граждани и засягат тяхната percepция и мотивация като песимизъм (61%) и липса на интерес към участие (41%), а най-слабо значими са организационни фактори свързани с общините и средата като ограничените ресурси (8%) и възможностите за участие (14%).
- 9.2. Най-силно би подпомогнало участието налагането на повече прозрачност, осведоменост и подобрено взаимодействие между граждани и управляващи чрез повече гласност за предприетите мерки, механизми и резултати от гражданското участие (60%), включването на медиите по горещи теми (38%), воденото на открит диалог основан на взаимно уважение (37%).
- 9.3. По-силна мотивираща сила носи негативният опит и преживявания и теми, които пряко засягат личността, от колкото позитивния опит и алтруистичните мотиви.



## **5. ПРЕПОРЪКИ**

### ***1. По отношение на националната и местната политика***

1. Да се състави Национална стратегия за гражданско участие основана на ядро от принципи, които да бъдат заложени във всички политики, както на национално така и на местно ниво при широко обществено обсъждане и популяризиране сред населението.
2. Да се провежда местна здравна политика ориентирана към гражданите и чрез гражданите като:
  - 2.1. се разработят процедури за участие на гражданите и здравните експерти в упражняването на мониторинг и контрол върху вземаните решения и определянето на здравни приоритети и планиране на местно ниво;
  - 2.2. се основава на конкретни данни от проучвания на мнението и потребностите на граждани и здравни експерти чрез анкети и интервюта;
  - 2.3. да бъде широко консултирана не само с представители на ЛЗ, но и с граждани, експерти и НПО в областта на здравеопазването като бъдат аргументирани причините за несъобразяване или включване на мнението им в здравната стратегия;
  - 2.4. да бъдат облекчени изискванията за пряко включване на гражданите в местното самоуправление чрез условията за провеждане на местни референдуми.

### ***2. По отношение на образованието и практиката***

3. Да се повиши осведомеността на гражданите за отговорностите и ролята на общината свързани със здравеопазването, възможните механизми за участие и вземаните от нея решения чрез системно и активно включване на местните медии за тяхното популяризиране, актуализирането на интернет-сайта на общината и провеждането на срещи по актуални здравни теми с представители на местната власт. (пример: програма „Европейска Варна“ , сайта на община Добрич-град)
4. Да се организира устойчивото популяризиране на успешните практики свързани с участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването така, че те да станат „видими“ за обществото:

- 4.1. Да се разработят отделни страници посветени на гражданското участие и неговите успехи в интернет страниците на общините, НПО и други организации;  
(пример: [http://www.opinionsuite.com/cumbria/cumbria-county-council/we\\_asked\\_you\\_said](http://www.opinionsuite.com/cumbria/cumbria-county-council/we_asked_you_said))
- 4.2. Представянето на информация в медиите за различни инициативи и/или механизми свързани с гражданското участие да не бъде разпокъсано, частично или основано само на гръмки заглавия, а да проследява развитието и резултатите от него.
5. Да се насърчават колективни форми на гражданско участие, чрез посредническата роля на НПО в областта на здравеопазването:
  - 5.1. Да продължи практиката за предоставяне на помещения общинска собственост за безвъзмездно ползване или на преференциални цени от НПО.
  - 5.2. Да се насърчават и подпомагат публично-частните партньорства чрез борси за партньорства. (пример: Delftse Beurs)
6. Да се мотивира и насърчава въвличането на гражданите като се поставя акцент върху начина, по-който участието в здравеопазването би повлиял върху техния живот т.е. да се приведе на езика на отделния гражданин какво означава участието за него и да се осигурява обратна връзка за евентуалния ефект от неговото участие.
7. Да се прилага и развива ефективна система за гражданско и здравно образование още от ранна възраст, която да дава на гражданите по-голяма увереност в знанията за техните права и задължения, за компетенциите на отделните власти и по-широко разбиране за здравеопазването.
  - 7.1. Провеждане на стажове с общественополезна цел свързани със здравето сред учениците, които да стимулират доброволчеството и подпомогнат ранното формиране на култура на гражданска активност. При това тези стажове да се превърнат в част от образователната програма и за тях да се получават допълнителни кредити.
  - 7.2. Да се насърчава участието на младежки представители в работата на ОБС и комисиите с право на глас (пример: община Златоград; младежки парламенти; младежки кметове; младежки съвети)

### ***3. По отношение на изследователската практика***

8. Провеждане на периодични изследвания за участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването в отделните

общини, които да позволят прилагането на специфични подходи за неговото насърчаване и поддържане, съобразени с особеностите на общината.

9. Да се проведат по-мощабни изследвания на:

- връзката между общини (малка, средна и голяма) и участието на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването;
- връзката между въвличането на гражданите и престацията на местната власт;
- факторите влияещи върху гражданското участие свързани с процеса на участие и удовлетвореността от него.

## **6. ПРИНОСИ**

### **1. Теоретико-познавателни**

#### **С оригинален характер**

- За първи път е проучен и анализиран проблемът за въвличането на гражданите по въпросите на здравеопазването с акцент върху местното ниво в България.
- Оценена е нормативната уредба регламентираща гражданското участие в здравеопазването и слабостите в нея.
- Проучено е развитието на участието на гражданите в здравеопазването на местно ниво от освобождението (1878 г.) до днес и чрез интервюиране на лица свидетели на този период преди 1989 година.
- Анализирани са за първи път протоколи от сесии на ПК по здравеопазване за периода 1.10.2003 - 1.09.2009 г. в общини Варна, Велики Преслав и Добрич чрез изискване на достъп до обществена информация.
- Едно от първите проучвания в България, които се опитва с емпирични доказателства да даде отговор на въпроса какви са причините за неучастие и какво би мотивирало гражданите да участват по въпросите на здравеопазването.
- За пръв път е определена честота, предпочитаните нива, области и техники на участие на гражданите по въпроси свързани със здравеопазването на местно ниво.
- Изработени са въпросници за проучване на мнението на граждани и общински съветници и сценарии за провеждане на дълбочинни интервюта с граждани и здравни експерти за участието на гражданите по въпросите на здравеопазването в общините.

#### **С потвърдителен характер**

- Ниска степен на участие на гражданите в дейността на местната власт.
- Разминаване в мнението на граждани и представители на местната власт и администрация за информирането относно решенията на ОбС,

наличните възможности за участие и съобразяването на мнението на гражданите във вземането на решения на местно ниво.

## ***2. Практико-приложни***

- Систематизирането на техниките за въвличане на гражданите във вземането на решения свързани със здравеопазването дава възможност за подбирането и избора на техники в практиката на местната власт и гражданите съобразно желаното ниво на въздействие върху вземаните решения.
- Определено е нивото на гражданско участие, честота на използвани различни техники и мотивиращата сила на различни фактори за участие, което може да се използва при анализ в други проучвания по тази тема.
- Разкрити са техники и теми, които има най-голям потенциал за привличането на гражданите в процесите на вземане на решения свързани със здравеопазването.
- Посочени са най-значимите бариери и подпомагащи фактори за участието на гражданите, които да подпомогнат усилията на всички заинтересовани в по-доброто разбиране и насърчаване на активността на гражданите.
- Представен е систематизиран модел на факторите, които влияят върху въвличането на гражданите, който да послужи при бъдещи проучвания или идентифицирането на бариерите пред участието и тяхното противодействие в и извън областта на здравеопазването.

## **7. ПУБЛИКАЦИИ и УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА**

### **ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА**

1. Atanasova-Pieterse, D., Al. Kerekovska, St. Popova. Citizen participation in Healthcare in Bulgaria: The gap between citizens, health experts and municipal official.- *Scripta Scientifica Medica*, 45, 2013, 3, 82-85.
2. Атанасова-Пийтърсе Д., Ал. Керековска. Начини за въвличане на гражданите, свързани със здравеопазването. *Социална медицина*, 2013, No 1,17-20.
3. Атанасова Д. Гражданско участие във вземането на решения, свързани със здравеопазването. *Социална медицина*, 2006, No 3, 18-21.

### **УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА**

1. Атанасова-Пийтърсе Д. Исторически преглед на участието на гражданите в областта на здравеопазването в България. Юбилейна научна сесия по повод 130 години МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-Сливен. Сливен, 31 Октомври – 1 Ноември 2009.
2. Атанасова Д. Техники за участие на гражданите при вземането на решения, свързани със здравеопазването в България. Юбилейна международна научна конференция на тема “Здравеопазването – между социалната справедливост и икономическата ефективност” по повод 15-годишнината от създаването на специалността по здравен мениджмънт и 10-годишнината на катедрата по икономика и управление на здравеопазването в МУ-Варна. Варна, 27-30 май 2008г.