

ТЕХНИКИ ЗА УЧАСТИЕ НА ГРАЖДАНИТЕ ПРИ ВЗЕМАНЕТО НА РЕШЕНИЯ, СВЪРЗАНИ СЪС ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ

Д. Атанасова

TECHNIQUES FOR CITIZENS' PARTICIPATION IN HEALTH CARE DECISION-MAKING IN BULGARIA

D. Atanasova

Резюме: Настоящата статия има за цел да представи систематизация на техниките за участие на гражданите във вземането на решения, свързани със здравеопазването въз основа на нивото на влияние. Едновременно с това са представени опита и прилаганите методи на гражданско участие в България съобразно предложената класификация. Направеният преглед на използваните техники у нас показва ниско и много ограничено използване на методи за въвличане на гражданите във вземането на решения, свързани със здравеопазването.

Ключови думи: техники за гражданско участие, гражданско участие, България, вземане на решения, свързани със здравеопазването.

Summary: The article presents a classification of the tools for citizens involvement in health care decision making based on the criterion of the level of participation. According to the suggested classification are summarized the experience and the applied methods for citizens involvement in Bulgaria. The review of the used techniques reveals low and very restricted application of citizens' involvement methods in health care decision making in Bulgaria.

Key words: citizen's participation techniques, Bulgaria, health care decision making.

ВЪВЕДЕНИЕ: Идеята за демокрация, основана на участието на гражданите заедно с увеличаването на необходимостта за по-ефективно изразходване и задържане на разходите за здраве, от една страна, и нарастващата осведоменост и организираност на обществото, от друга, водят до нова парадигма в системата на здравеопазване от „работа за хората“ към „работа чрез хората“.

Гражданското участие във вземането на решения, свързани с общественото здраве се различава от понятието „участие на пациента“ (1).

Неговото дефиниране е доста трудно и независимо от различните определения, които съществуват, няма такова, което да се е превърнало в еталон или да е получило всеобщо признание. В настоящата статия понятието участие на гражданите се приема в широк смисъл като *действия, отразяващи различни начини на взаимодействие между граждани и управляващи при вземането на решения, включващи различни форми на комуникация, консултиране, сътрудничество, прехвърляне на властови правомощия и контрол.*

В действителност, осъзнаването и осъществяването на въвличането на гражданите

като концепция е доста по-сложно. Това неизбежно изисква и познаването на различни техники за нейното реализиране.

ЦЕЛ: Да се систематизират техниките за участие на гражданите според нивото на тяхното влияние върху решенията, свързани със здравеопазването и въз основа на тази класификация да се представят използвани в България техники.

МЕТОДИ: Проучени са различни класификации на техниките за участие на гражданите, свързани с проблемите на здравето и нивата на участие в различни страни. Използван е документален метод и анализ на съдържанието на различни закони и подзаконови нормативни актове, отчети, доклади и публикувани проучвания, които са пряко или косвено свързани с гражданското участие в България.

Класификация на техниките за участие на гражданите: Съществуват различни подходи за представянето на методи за участие и въздействие върху решенията, свързани със здравеопазването. Опитите да се систематизират различните техники основно корелират със степента на участие на гражданите (9; 11; 13; 14; 15), но могат да бъдат обобщени и по други различни признаци (6; 10).

При представянето на настоящата класификация на техниките за участие, свързани със вземането на решения в сферата на здравеопазването, е използван и адаптиран моделът на Здравния департамент на Канада за включване на обществото по проблемите на здравето (Health Canada's Public Involvement Continuum) (10). За да се представят по-изчерпателно различните методи, този модел е допълнен като са добавени още две нива на въздействие „делегиране на власт“ и „граждански контрол“. Те са свързани с формалното прехвърляне на властови правомощия като гражданския контрол се счита за най-високото ниво на участие. За всяко от общо седем различни нива на влияние са представени различни методи, които могат да доведат до ниско, средно или високо ниво на участие на гражданите (Фиг. 1).

Предимството на класификацията на методите въз основа на нивото на участие пред чисто описателното им представяне е възможността да се обвърже изборът на техника с влиянието, което хората биха могли да упражнят върху крайното решение. Недостатък е, че не отразява други важни фактори, които също влияят върху нивото на участие (напр. вида на решението, мотивацията на хората, перцепцията за участие) и понякога правят възможно свързването на една и съща техника с различни нива на въвличане. Дали управляващите ще се вслушат в гласа на хората често зависи от тяхната воля. Това може да доведе в едни случаи до съвместно вземане на решения, а в други до прикриването на непопулярни решения на управляващите зад формалното включване на представители на гражданите. Така една и съща техника на участие може да доведе при едни обстоятелства до средно или високо ниво на участие, а при други - до ниско влияние или дори манипулиране. Тази трудност при систематизирането на техниките за участие е свързана с проблема за ясно отграничаване на нивата на участие, които взаимно се допълват и застъпват. Независимо, че предложената систематизация не претендира за изчерпателност и притежава известни недостатъци, нейната основна цел е по-скоро да даде един важен аспект в избора на адекватна техника - нивото на въвличане - като насърчи търсенето на отговори на предизвикателствата на гражданското участие във вземането на решения, свързани със здравеопазването.

Най-ниските нива на включване според предложената класификация се основават на еднопосочното представяне и събиране на информация, свързана със здравето от и към гражданите. Тези две нива могат да се обединят като информирание.

Моделът е адаптиран, допълнен и разработен въз основа на модела за въвличане на обществото по въпроси, свързани със здравето на Health Canada.

Основните подходи, които се използват за *предоставяне на информация*, са: **информационни кампании**, часове за посещения - „отворени врати“, брошури, **изпращане на електронни съобщения и други видове информационни материали**. Независимо, че сами по себе си те *не са техники за участие*, тяхното приложение може да е съществено за постигането на ефективно гражданско участие. Главната им цел следва да бъде да подкрепят и мотивират гражданите във вземането на решения, свързани със здравето, като увеличат и развият тяхната компетентност.

Все по-вече общини в България поддържат свои интернет страници (218 общини през 2008 г.) (16), на които могат да се публикуват различни стратегически документи – стратегии за развитие, здравни програми, нормативни актове и друг вид информация, която да повиши осведомеността и прозрачността по отношение на водената здравна и социална политика. За съжаление, проучванията на „Програма достъп до информация“ показват непоследователност на практиката на институциите по предоставянето на информация. Въведеният през 2000 г. Закон за достъп до обществената информация вменява задължението на органите на изпълнителната власт за активно публикуване на актуална публична информация, част от която засяга всекидневния живот на гражданите, вкл. здравето. Обезпокоително обаче е не доброто прилагане на закона и слабото му познаване от страна на гражданите.

Друг начин за предоставяне на информация е отскоро достъпния и на български език Европейски интернет порталът по обществено здраве: „Здраве-ЕС“. Неговата цел е да информира по здравни въпроси и да позволи по-голямо участие на хора, институции, асоциации, организации и органи в здравния сектор.

Фиг. 1. Нива и техники на въвличане на гражданите във вземането на решения

Степен на участие	Нива на въвличане	Влияние върху решението	Методи
Висока	Граждански контрол	Г>>У	Референдум Общо събрание на населението Управленски органи съставени и избрани от гражданите, носещи пълна отговорност за взетите решения и тяхното изпълнение
	Делегиране на власт	Г>У	Формална репрезентативност осигуряваща доминиране на гражданите във вземането на решения по конкретни проблеми. омбудсман
	Партньорство	У=Г	Съвместни здравни бордове/комисии; Съвместно вземане на решения;
Средна	Ангажиране		Граждански панели (citizen's panels); Граждански заседания (citizen's juries); Национален дебат по метода Deliberative poll; Консенсус конференции;
	Дискутиране	У>Г	Обществени/граждански консултативни съвети по здравеопазване Обществен дебат/обсъждания Работни срещи; Семинари;
	Събиране на информация	У>>Г	Проучвания; Фокус групи; Обществени изслушвания; Проучване на общественото мнение
Ниска	Предоставяне на информация	У>>Г	Информационни кампании; информационни материали-брошури, постери; Телефонна линия за информация и справки; брифинги; изложби; Изпращане на информация e-mail;

У- управляващи (традиционно вземащи решения); Г- граждани;

Събирането на информация е гранично ниво между информирането и дискутирането, което някои обединяват с методите за дискусия в едно общо ниво консултиране (3, 8, 15). Характерно за него е еднопосочното предаване на информация от гражданите към традиционно вземащите решения. Основните средства, които се използват, са относително познати в България: **проучвания, фокус групи, допитвания до гражданите, обществени изслушвания, кутии за оплаквания и предложения и др.** При използването на тези техники няма обвързване на общинските или държавни институции от прилагането на мнения, предложения, нагласи на гражданите към вземаните решения.

Важен показател на демократичното развитие е възможността на заинтересованите страни и гражданите да участват в обсъждането на различни решения, намиращи отражение в нормативни актове (вкл. здравно-политически документи), още преди да бъдат приети и утвърдени. Тревожни са обаче резултатите, които показват изключително слабото публикуване на проекти на нормативни актове (5% през 2007 г.) (17), което е вероятно свързано с липса на воля у управляващите за откритост и подпомагане на участието на обществеността.

Самите проучвания като средство за събиране на информация са познати у нас, но как се използват и в каква степен отразяват мнени-

нието и препоръките на обикновените хора може да остане в някои случаи под въпрос. В България до момента е проведено само едно проучване на здравните потребности на възрастните хора, в което се отразява действителността през очите на самите хора и тяхното виждане за подобряване на здравето им обслужване (2). За доближаването на действията на управляващите до реалните потребности, здравно-политически решения трябва да се базират не на абстрактно теоретизиране върху официални статистически данни, а в отразяване на проблемите на хората, такива каквито те ги виждат.

Най-уязвими по отношение на информирането и участието при вземането на решения обикновено остават хората, които имат най-голяма нужда да се помисли за тях. Поради географска отдалеченост, езикови бариери, физическо или финансово ограничение, те често биват затруднени да дискутират здравно-политическите предложения и решения (2). В резултат от това могат да бъдат отчетени проведени обсъждания, дебати, допитвания, но съществува риск от игнорирането на мнението и интересите на тези, които имат най-много нужда от помощ.

Дискутирането е едно ниво над методите за информиране. То включва техники за участие, характеризиращи се с двупосочна връзка между управляващи и граждани, при която различни заинтересовани страни обсъждат съвместно различни въпроси, но не участват във вземането на решения. Тези техники са известни още като техники за консултиране. Обикновено се използва в по-късен етап в търсене на решение на даден обществен-здравен проблем, т.е. участниците не определят проблемите. Формите за консултиране може да се считат за реално участие, само ако събраната информация от гражданите се използва, за да промени вече взето решение или се вземе под внимание при формирането на решение (15). Възможността не само да отговаряш, но и да поставяш въпроси, е предпоставка за изграждането на чувство в участниците, че решенията на здравните политици и експерти се вземат съвместно с тях. Дали това чувство ще се превърне в доверие, а участниците в реални партньори, зависи от това, дали в резултатите от приложените техники (мнения, виждания, предложени алтернативи на решения) обществото ще разпознае своите интереси и дали това ще бъде реално отразено в крайните решения на управляващите.

Към техниките за консултиране могат да се отнесат: **работни срещи; конференции; интерактивни web-базирани портали за обществена консултация; обществени/граждански съвети; обществени дискусии; форуми и др.**

В редица общини в България вече има създадени работещи **обществени или граждански съвети по здравеопазване**. Те са съвещателен орган за граждански контрол на местно ниво, в който участват представители на общината, институции и заинтересовани страни (напр. Медицински университети, НПО, лечебни заведения, РЦЗ, РЗОК). Срещите им обикновено са регулярни и засягат проблеми на общинското здравеопазване. Обществените съвети целят по-широко представяне на обществото, за което е необходимо и ясна представа, за това как и кой подбира участниците и до колко обществото открива в избраните членове свои представители и защитници на своите интереси.

Дейността на Обществения съвет по рехабилитация и социална интеграция на хората с увреждания в община Варна (18) е пример за едно добро сътрудничество между местната администрация и неправителствените организации. Въпреки, че той е създаден като съвещателен орган неговите предложенията и идеите са отразени в изготвянето на Социалната програма на общината във всички поредни години от 2003 до 2006 г.

В България от скоро се използват и по-съвременни методи за консултация подобни на електронния Форум по обществен здраве на Европейската общност. За съжаление **Българският портал за обществени консултации** (19) в тематичната област здравеопазване показва много ниска степен на участие, както от страна на гражданите, така и от страна на областните и общински институции. От общо 18 публикувани до момента проекта на нормативни актове и стратегически документи само за един от тях-Национална здравна стратегия има два споделени коментара. В раздела на областните и общинските обществени консултации в сферата на здравеопазването липсват дори документи и актове за обсъждане.

Между нивата на консултиране и партньорство се намира и една група съвременни техники, които представляват хибриди между различни методи или модификации на добре познати методи. Сред тях са: **граждански панели** (citizens' panels), **граждански заседания** на принципа на съдебните заседатели (citizens' juries), национални дебати по метода **Deliberative Poll®**, **консенсус конференции** и др.

Поради това, че притежават характеристики на техники от различни нива на участие тяхното точно позициониране е трудно и различните автори ги отнасят към различни нива. Според Федералния Департамент по Здраве на Канада тези техники се определят като част от подходите за *ангажиране* - „engagement” на *обикновените граждани*. Използват се, когато е необходимо хората предварително да дискутират помежду си по въпроси, свързани с обществени ценности, когато те притежават капацитет да повлияят върху разискваната тема, а на предложените от тях решения се гледа с респект (10).

Тези техники притежават особености на техниките за консултация, защото дават възможност за допитване до мнението на гражданите. За разлика от тях обаче, те дават възможност за *предварително обсъждане* между *обикновени граждани*, допитване и съвещаване с експерти, политици и други граждани, а резултатите, получени от тях се основават на споделени ценности и е трудно да бъдат пренебрегнати от управляващите. Тези техники се определят като техники на делиберативната демокрация (6, 12). До момента у нас в сферата на здравеопазването те не са прилагани.

Партньорството като по-висока степен на участие се характеризира с равнопоставеност и споделено вземане на решения между граждани и управляващи. При него гражданите приемат предизвикателството да разрешават възникналия проблем, а управляващите са готови да делегират част от своите правомощия, да приемат ролята на партньори и да изпълнят заедно съвместно взетите решения.

По различни проекти в България в някои от общините се прилагат съвременни техники, които водят до сътрудничество между граждани, общини и неправителствен сектор (НПС). Пример за това са проекти в областта на здравеопазването, реализирани с помощта на програма „Обществен форум”, която приключи през 2007 г. Тези инициативи на местно ниво се провеждат по определена методика, основаваща се на структуриран диалог. Тя позволява съвместното участие на различни заинтересовани страни, включително обикновени граждани в определяне на местните проблеми, тяхното приоритизиране, предприемане на мерки за решаването им чрез конкретни проекти или формулиране на препоръки за действие от страна на местните власти. С помощта на тази програма са реализирани шест различни инициативи в областта на здравеопазването за периода 2000-2005 г.,

които са резултат от партньорството между граждани, общини и представители на други заинтересовани страни (5). Един от проектите за подобряване на психично-здравната помощ в община Велико Търново е използван и като пример за разработването на модел на партньорство между администрация и НПС при решаване на проблеми, свързани с общественото здраве.

Търсенето на най-подходящи форми на сътрудничество при отсъствието на стабилна практика и окуражаващо законодателство е изпитание за бъдещото партньорство между обществото и управляващите (4).

За разлика от партньорството, където ключови думи са равнопоставеност и съвместно вземане на решения, при *делегирането* това е доминиране и прехвърляне на власт. Постигането на такава доминираща роля може да се наблюдава в здравните бордове, комисии или други органи на управление, когато гражданите или техни представители притежават повече от половината места в тях с право на реален глас. Делегиране на власт може се осъществи чрез прилагането на *формално представителство* на гражданите във вземането на решения по определен проблем, така че техният глас да има превес над останалите участници.

В България Законът за здравето осигуряване предоставя възможност за формално представяне на здравно осигурените лица в управлението на НЗОК, но доколко е балансирано това участие остава под въпрос. От общо 37 члена в Събранието на представителите в квотата на осигурените се включват 6 представители на организациите на работниците и служителите и 1 представител на организациите за защита правата на пациентите. Засега квотата на пациентите все още дори не е заета.

Институцията на *омбудсман* също може да се разгледа като метод за делегиране на власт (7). Функционирането на общ или специализиран обществен посредник показва до каква степен гражданите участват в процеса на вземането на решения, като осъществяват граждански контрол и доколко са подготвени държавните институции за това да бъде упражняван точно такъв контрол.

В България от няколко години в отделни общини действат местни обществени посредници, а през април 2005 г. е избран първият национален омбудсман, чиито правомощия включват разглеждането на всякакви жалби за нарушаване на човешки права, включително и в сферата на здравеопазването. Тъй като тази институция и на местно, и на наци-

онално ниво, е нова и все още няма достатъчно натрупан опит, на този етап е трудно да се прецени доколко тя ще може да обхване и специфичните жалби в сферата на здравеопазването.

Поради липсата на законодателна уредба до 2003 г. местните омбудсмани изпълняват своите функции в рамките на пилотни проекти чрез специални споразумения между граждански организации и местните органи. Първият опит за въвеждане на специализиран здравен омбудсман е по проект, осъществен в гр. Ямбол през 2003-2004 г.

Все още е проблем намирането на най-подходящия за България вариант за работа на институцията здравен омбудсман. Експертите препоръчват създаването му на национално ниво, но само при наличие на подробни и ясни разпоредби относно дейността му или специализация по въпросите на здравеопазването в службата на парламентарния омбудсман.

Контролът на гражданите се счита за най-високото ниво на участие. Докато при делегирането на власт гражданите имат доминираща роля, при гражданския контрол те са изцяло отговорни за вземането на крайното решение и неговото изпълнение (7). На това ниво на участие се отнасят форми на пряка демокрация като: **референдум; общо събрание на населението, др.**

В България независимо, че са правно регламентирани възможностите за използването на форми на пряката демокрация на национално и местно ниво действащия, но неработещ Закон за допитване до народа, поставя редица бариери и на практика дискриминира активната част на обществото и стимулира пасивността. Основните причини са свързани с поставените високи прагове за инициране на референдуми, изискванията за минимален брой гласували, както и ограниченията по отношение на въпросите, по които може да се свикват референдуми.

Техниките за делегиране на власт и граждански контрол се характеризират с високо ниво на автономност на гражданите във вземането на решения и прехвърлянето на власт от тези, които традиционно притежават правото да вземат решения към представители на гражданите и обществото. Това предполага определена компетентност, а понякога и строго специфични познания, което може да се постигне чрез информиране и обучение на гражданите и съобразяване на вида на разискваните въпроси със знанията, които те реално притежават. Следователно, решения,

които изискват преценка на ценността на възможните алтернативи, предпочитанията и очакванията на обществото (решения, основани на обществените ценности) са вероятно по-адекватни за тяхното въвличане, отколкото решения, които се основават на специфични познания и опит (технически решения).

Изводи:

1. Няма една универсална ефективна техника за въвличане на гражданите във вземането на решения в здравеопазването.

2. Няма лоши, а лошо или привидно прилагани техники.

3. Изборът на подходяща техника зависи от редица и понякога от трудно предвидими фактори.

4. Много от съвременните техники представляват комбинация от няколко метода или предлагат нови варианти на познати техники и вероятно носят най-висок потенциал за ефективно участие.

Изводи, свързани с прилагането на техники за участие в България:

5. В България съществуват законово регламентирани условия за прилагане на методи за участие на гражданите на различни нива на въвличане (информиране, консултиране, делегиране на правомощия, контрол на гражданите), но използването им е изключително ограничено и не се насърчава.

6. Съществува малък опит в прилагането на методи на участие на гражданите, свързан преди всичко с методи за информиране и консултиране, които могат да имат много слабо до умерено влияние върху вземането на здравно-политически решения.

7. Съвременни техники позволяващи средно ниво на участие (делиберативни методи и партньорство) са прилагани много ограничено в България и основно чрез финансиране по проекти от външни донори.

8. Силната финансова зависимост на гражданския сектор и прилаганите от тях методи на участие чрез различни проекти в областта на здравеопазването води до еднократни упражнения по демокрация, основани на гражданското участие и ниска устойчивост на тези, в дългосрочен план.

9. Методите на пряка демокрация като референдуми и общо събрание на населението, позволяващи високи нова на участие чрез делегиране на правото на гражданите да вземат крайните решения, свързани със здравеопазването не са използвани до момента.

Използвана литература:

1. Атанасова Д. Гражданско участие във вземането на решения, свързани със здравеопазването. Социална медицина, 2006, No 3, 18-21.

2. Георгиева Л. Здравни потребности на лицата на възраст 65 и повече години след активно стационарно лечение. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен Доктор, Варна, 2009.

3. Ръководство за обществени консултации в България. Стратегическо планиране и координация. Проект по програма ФАР BG-0103.01.

4. Трифонова, Д. Правна рамка за участие на гражданските организации в управлението. Примерни модели. Изводи и препоръки. Анализ. София. Фондация за реформи в местното самоуправление. 2008

5. Фондация за реформа в местното самоуправление. Сборник проекти, реализирани във втора фаза на Програма "Обществен форум" 2002-2005. София, 2006.

6. Abelson J, Forest P-G, Eyles J, Smith P, Martin E and Gauvin F-P. Deliberations about Deliberation: Issues in the Design and Evaluation of Public Consultation Processes, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Research Working Paper 01-04, June 2001.

7. Charles, C., DeMaio, S. Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. Journal of Health Politics Policy and Law, 18 (4), 1993.

8. Citizens as Partners. OECD Handbook on information, consultation and public participation in policy-making. OECD. 2001.

9. Consumer and Community Participation Toolkit. For Queensland Health staff. The State of Queensland, Queensland Health, 2002.

10. Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision making. Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000, 14.

11. IAP2. Public Participation Spectrum. The International Association for Public Participation. 2007.

12. Lukensmeyer C., L. Torres. Public Deliberation: A Manager's Guide to Citizen Engagement. AmericaSpeaks, 2006.

13. National Resource Centre for Consumer Participation in Health. Information series: methods and models of consumer participation. 2004.

14. Organisational Self-Assessment and Planning Tool for Consumer and Community participation. A tool for organisations involved in health policy and education. 2003.

15. Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services. Doing it with us not for us. Participation in your health service system 2006-09: Victorian consumers, carers, and the community working together with their health services and the Department of Human Services.

16. <http://www.aip-bg.org/pdf/report2007-bg.pdf> - Данни от доклад на Програма достъп до информация: Състояние на достъпа до информация в България през 2007.

17. http://www.aip-bg.org/pdf/aip_report_2006_bg.pdf - Данни от доклад на Програма достъп до информация: Състояние на достъпа до информация в България през 2006.

18. http://www.varna.bg/adm/docs/suvel_07.htm - Информационен бюлетин 2007, Обществен съвет по рехабилитация и социална интеграция на хората с увреждания в община Варна

19. <http://www.strategy.bg/> - Български портал за обществени консултации

Адрес за кореспонденция:

Д. Атанасова
 Медицински университет – Варна
 Катедра "Медицинска информатика и организация на здравеопазването"
 ул. "Марин Дринов" 55, Варна 9002
 e-mail: desislava_aa@yahoo.com