

ИНСТИТУЦИИ НА ГРАЖДАНСКОТО ОБЩЕСТВО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО: РОЛИ И ПОТЕНЦИАЛ В БЪЛГАРИЯ

Деница Горчилова¹, УНСС

Резюме

В статията се проследяват основанията и различните форми, чрез които институциите на гражданското общество играят роля в системата на здравеопазването. Българската практика в периода след Освобождението до 1944 г. изобилства с примери и добри практики в това отношение. Възстановяването на гражданския сектор след 1989 г. доведе до реинтегриране на някои от вече познатите форми, както и до появата на нови. Статията изследва тезата за “големия отсъстващ” – липсата на законови основания граждански структури у нас да участват директно в производството на здравни и лечебни услуги.

Ключови думи: *граждански организации, граждански сектор в здравеопазването, пациентски организации, съсловни организации*

CIVIL SOCIETY ACTORS IN HEALTHCARE: ROLES AND POTENTIAL IN BULGARIA

Denitsa Gorchilova², University of National and World Economy

Abstract

The article studies the reasons for and the different forms of civil society actors' participation in the healthcare system. That was a dense practice in the period between the years of 1878 and 1944. The re-installment of the civil society after 1989 saw rebuilding of some of those previously existing forms of interaction and the introduction of some new. But there is still one significant absence – the possibility for civil society organizations to deliver directly healthcare services.

Keywords: *civil society organizations; nonprofit sector in healthcare; patients' organizations; professional organizations.*

¹ Доц. д-р Деница Горчилова е преподавател в катедра „Публична администрация“ на УНСС. Има близо двадесет и пет-годишен изследователски интерес в областта на организираното гражданско общество, индивидуалната гражданска активност, управлението на нестопански организации. Участник и ръководител в множество научно-изследователски и практико-приложни проекти в сферата на публичното управление, качеството на висшето образование, насърчаването на младежкото доброволчество и про боно културата в България.

² Assoc. Prof. Dr. Denitsa Gorchilova is a lecturer in the Public Administration Department at the University of National and World Economy, Sofia. She has nearly twenty-five years of research interest in the field of organized civil society, individual civic activity, and governance of non-profit organizations. In addition, she is a participant and leader in many research and practical projects in the field of public administration, the quality of higher education, the promotion of youth volunteering, and pro bono culture in Bulgaria.

ВЪВЕДЕНИЕ

Институционализираните прояви на гражданска активност и участие възстановиха през изтеклите над 30 години своето естествено място като балансиращ държавата и бизнеса актьор на обществената сцена. Тези организации, наричани в различен контекст нестопански, неправителствени, нетърговски, доброволни, благотворителни и т.н. носят специфични отличителни черти. На първо място трябва да бъде посочена *причината за създаването им*: те възникват като отговор на интересите на конкретни обществени групи, но обикновено се посвещават на по-широко формулирани цели, насочени в сферата на идеалното (като напр. подобряване на социалната инфраструктура, разширяване на алтернативите за задоволяване на частни или публични потребности, защита на права, преодоляване на неравенства). Тази посветеност на кауза означава и възможност за привличане на доброволен финансов, трудов и управленски принос. Втора особеност на институциите на гражданското общество е *начинът за реализиране на резултатите* от дейността им. Той се разкрива в два разреза – от една страна е нулевата или икономически незначима цена, на която бенефициентите потребяват създадените продукти или услуги, а от друга – действащият принцип за неразпределение на печалбата като такава. Особено интересен е вторият компонент, очертаващ се като базова дефинираща характеристика на гражданските организации. Ако е налице активна търговска и/или бизнес-дейност и тя доведе до формиране на годишна печалба, последната не може да бъде разпределяна между създатели, собственици, мениджъри, служители или членове на гражданската структура. Единствената възможност по отношение на печалбата е тя да бъде реинвестирана в постигане на целите и заявената мисия в сферата на идеалното.

Тези същностни характеристики на гражданските организации подсказват тяхната естествена връзка със системата на здравеопазването. От едната страна стои етосът на гражданския сектор – дух на солидарност, подпомагане, жертване на лично време и средства в името на другите, изграждане на сплотени общности, защита на каузи. Фондации (често на религиозни общности) разкриват и управляват големи болнични заведения, нестопански изследователски институти подпомагат напредъка на медицината, съсловни организации защитават интересите на практикуващите медицина, индивидуалната благотворителност набира средства за лечение, доброволци се грижат за пациенти и техните семейства и т.н. По своята дълбока същност медицината носи същия дух – желанието да се подпомогне облекчаването на страданията, да се избегне влошаването на здравния статус, запазването на качеството на човешкия живот и на достойнството, осигуряването на години за човешка и професионална реализация.

Съществуват множество примери за ползите, които носят гражданските структури като организационна форма в здравния сектор (като производители, финансиращи институции,

пациентски или лекарски сдружения и т.н.)³. Интегрирани дълбоко в общностите, където работят, нестопански здравни и лечебни заведения често предлагат програми за профилактика и имунизации, достъп на хора от отдалечени райони, работят с неосигурени или маргинализирани групи и т.н. Те приемат сериозно отговорността си пред местната общност и са по-малко склонни да се отказват от оказването на икономически неефективни услуги или от свиване на дейността си в периоди на финансови затруднения. Като насърчават доброволчество и филантропията, те окуражават духа на гражданска отговорност. Гражданските структури са много по-гъвкави и стоят по-близо до реалните потребности на хората. Привличайки и доброволци, те запазват човешкия си облик и предлагат небюрократизирана грижа. Така те „заглаждат“ острите ръбове на пазарната икономика и прекомерния индивидуализъм. Често, чрез комбиниране на частна филантропия и смесено субсидиране, нестопански изследователски центрове поемат отговорности за обучение и научни изследвания, вкл. пренос на научни резултати в клиничната практика. Те провеждат национални проучвания за реалните потребности от здраве, разработват нови технологии и създават иновации.

Проучвания в страни с богата практика на участие на нестопански форми в здравеопазването предоставят доказателства за по-висока ефективност спрямо частните и държавните организации. Някои от тези примери са: (1) създаване на нишови продукти, услуги и програми, съобразени със и насочени към подобряване на здравния статус на уязвими групи; (2) каузата на гражданската структура служи като гаранция срещу злоупотреба с позицията, генерира повече доверие у пациентите, предотвратява неравностойно третиране; (3) привличането на допълнителен финансов ресурс чрез проекти или кампании е потенциална възможност за разширяване на обема на услугите и повишаване на тяхното качество; (4) ангажирането на доброволчески труд потенциално понижава цената на услугите. Основното преимущество на гражданската форма на организация произтича от задължението на пълно реинвестиране на печалбата, което обикновено означава че нестопанските болници и амбулатории могат да предложат по-качествени услуги, услуги с по-ниски цени или и двете.

1. ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНИЦИАТИВИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ПЕРИОДА 1878 – 1944 ГОДИНА

Свидетелства за традициите на дарителството и взаимното подпомагане съществуват по нашите земи от средните векове. В годините след 1878 г. изграждането на съвременна здравна система върви успоредно с модернизиранието на освободената българска държава. Множеството водени войни в началото на XIX век допълнително увеличават и без това високия брой на нуждаещи се от лечение, здравни грижи, подслон, прехрана. В този параграф ще бъде направен опит за систематизиране на механизмите на дарителство и

³ Обобщено най-вече по www.nonprofithealthcare.org, както и по Стратегически документ, анализиращ участието на ЮЛНЦ в предоставянето на здравни услуги в Република България (2008)

институционалните форми, които са насочени към здравната сфера⁴. Поради липсата на обобщена статистическа информация, различните форми ще бъдат илюстрирани с типични казуси.

Като цяло, **дарителските жестове** са били реализирани по три основни начина в зависимост от размера на отделените средства. Малките индивидуални дарения са оформяни като фондове със слаба самостоятелност, по-значителните – като относително самостоятелни фондове, а най-мощните са се превръщали в основа за създаването на частни фондации.

1.1. МАЛКИ ИНДИВИДУАЛНИ ДАРЕНИЯ

На първо място виждаме създаването на *фондове със съвсем слаба самостоятелност*. Неголеми по размер дарения са били насочвани към училища, читалища, болници, обществени организации, общински съвети и други подобни институции. Дарителите са очаквали управителните органи на съответната структура да приемат дарението и да създадат специален фонд, чрез който да го управляват. Дарената сума или имущество са оставали като неприкосновен капитал (endowment), а приходите от тях под формата на лихви, наеми, доход и т.н. са използвани за постигане на посочената от дарителя кауза. Институциите, които са били натоварени с управлението на такива фондове, са били длъжни да се отчитат пред своя принципал – министерство или висш съвет – за спазването на волята на дарителите и за начина на стопанисване на дарението.

Някои дарители избират да създадат **фондове за лечение на болни**. Така например, (а) през 1931 г. Янаки Гочев връчва на директора на Свиленградската непълна смесена гимназия 10 хил. лв. за създаване на фонд на името на покойния му син д-р Иван Янакиев (1901-1930). Волята на дарителя е от лихвите да се лекуват болни бедни ученици от гимназията. Учителският съвет приема дарението и поема управлението на фонда. (б) Катина Несторова (ок. 1870–1935), остава сираче след Априлското въстание и бива отгледана от семейство на търговци в Търново. Преждевременно загубва съпруга и двете си дъщери – Еленка и Марийка. През 1935 г. учредява в тяхна памет при Девическа гимназия „Митрополит Климент“ фонд „Еленка и Марийка Т. Несторови“. Капиталът възлиза на 46 хил. лв., фондът се управлява от учителския съвет на гимназията. Годишните приходи се използват за подпомагане лечението на бедни възпитанички на училището или за осигуряване на летния им отдых в ученически колонии. (в) През 1936 г. Добре Ганчев – учител, публицист и общественик – завещава на БЧК 500 акции от АД „Гранитоид“ за образуването на фонд на негово име. Приходите трябва да се използват за лечение на болни от туберкулоза.

Други дарители избират да подкрепят **обучението** или **специализацията** на млади български лекари. (а) В памет на покойния ѝ, единствен син Иван Карауланов, студент-медик, и в изпълнение на предсмъртното му желание, Величка Карауланова дарява през 1940 г. на СУ 10 хил. лв. за основаване на фонд. Лихвите са предназначени за подпомагане на „един беден и надежден студент по медицина“, родом от Габрово. През 1942 г. дарителката

⁴ Освен ако не е посочено друго, примерите са изведени със значителни съкращения от Енциклопедия „Дарителството“ (2011)

внося още 30 хил. лв., а през 1946 – още 100 хил. лв. През 1952 г., когато фондът е закрит, капиталът му възлиза на 231 хил. лв. (б) За увековечаване паметта на покойните им родители Георгица и Михаил Додови, децата им Никола и Ана даряват през 1931 г. 100 хил. лв. за образуване на фонд. Волята им е след 10 години с натрупаните от основаването лихви да се финансира специализацията на млади лекари в областта на лечението на „артериосклерозата и ставичния ревматизъм”, от които е страдала майка им, а ако няма желаещи – по бъбречни и сърдечни болести. Към януари 1944 г. фондът има капитал от 220 хил. лв., през 1948 г. е закрит, а средствата му се вливат в държавния бюджет.

Често срещана е практиката **лекари** да подпомагат разпространението на медицински знания, подготовката на млади кадри, награждаване на отличили се в професията и дори да даряват за издръжка на болнични заведения. (а) Христо Момчилов (1873–1928) завършва медицина и специализира хирургия и очни болести в Париж. Сред Първата световна война е околийски лекар в родния си град Елена. Той завещава цялото си състояние – около 4 млн. лева – на лица и институции за културни и благотворителни цели. Фонд „Д-р Христо Момчилов” към БАН е с капитал от 100 хил. лв. и с лихвите от него в продължение на 15 години се награждават отличилите се в професията околийски лекари. (б) Владимир Витанов (1872–1930) е лекар и общественик. Роден в Търново, дълги години е управител на държавната болница във Враца. След смъртта му, съпругата изпълнява волята му да се дарят пари на държавната болница в Търново. С получените 100 хил. лв. се създава фонд на името на Витанов, чиито приходи се използват за нуждите на болничното заведение. (в) Иларион Беров (1873–1931) е лекар, banker и общественик. Роден в Лясковец, завършва медицина в Тулуза, специализира в Париж. След завръщането си в България е полкови лекар в Свищов, кмет на Русе, по време на Балканската и Първата световна война – военен лекар. Съдружник във фамилната фирма. Професионално ангажиран със здравеопазването в Русе и воден от желанието да *„подпомогне общината в нейното стремление да облекчава и успешно задоволява нуждите на гражданите от болнична помощ”*, завещава на Общинската болница в града 5 хил. акции от Българска търговска банка с номинална стойност 500 хил. лв. Годишните дивиденди трябва да се използват за закупуване на бельо, легла и хирургически инструменти. Поставя условие болницата да носи неговото име, а общината да се грижи за неприкосновеността на капитала. През 1932 г. Общинския съвет на Русе приема дарението. (г) Константин Пешев (1873–1961) е лекар офталмолог, действителен член на БАН. Роден в Сливен, завършва медицина в Лион, специализира очни болести във всички по-известни клиники в Европа. Основател и директор на Университетската очна клиника, създател и ръководител на Института по обществена медицина и хигиена и Българското офталмологично дружество. През 1943 г. внася в касата на БАН 111 хил. лв. в облигации от Български държавен заем (1941) и 1000 лв. в брой за образуване на фонд на негово име. От лихвите на фонда на всеки две години да се награждават оригинални научни трудове по офталмология и биология, свързани с наследствеността, микробиологията, биохимията и цитологията. С нераздадените суми да се купуват книги по офталмология за Академичната библиотека. Когато през 1947 г. е включен във фонд „Академия”, капиталът му е малко над

130 хил. лв. (д) Стефан Ватев (1866–1946) е лекар, общественик, действителен член на БАН. Следва медицина в Хайделберг и Тюбинген. Автор на трудове по медицина, педиатрия и антропология. През 1920 г. д-р Ватев дарява на БАН сумата от 30 хил. лв. за образуване на фонд на негово име. Когато внесените в банка пари достигнат 100 хил. лв. да се дава награда на научен труд в областта на медицинските или естествените науки. През 1947 г. фондът и приходите от него – общо 140 хил. лв. влизат във фонд „Академия”.

1.2. ЗНАЧИТЕЛНИ ДАРЕНИЯ

Развитието на търговията и индустрията в разглеждания период довежда до появата на богати българи, чиито капитал им позволява да правят значителни дарения в областта на здравеопазването. Те са били оформяни като *фондове с относителна самостоятелност*. Фондовете са били учредявани с договор за дарение или по силата на завещание и за постигане на благотворителната си цел използвали само лихвите или приходите от капитала или имота. Размерът на фондовете бил най-различен. Някои от тях не били достатъчни за осъществяване на мисията и поради това били оставяни да се натрупват; при други средствата позволявали разгръщането на широкомащабна дейност. Тези фондове са оперирали в рамките на други юридически лица – институции от сферата на образованието, здравеопазването, науката, социалното дело. Най-много фондове е управлявало Министерството на народното просвещение (МНП). Фондове е имало и към Българска академия на науките (БАН), Софийския университет (СУ), Светия синод. Фондовете към министерства се отчитали пред Народното събрание, но при много големи разходи (дори и следващи волята на учредителя) се е изисквало отделно одобрение от парламента. Управителните съвети на приемащата организация стриктно са се придържали към волята на дарителя, поддържали са изключително ниво на прозрачност и отчетност, информирали са за дейността си широката общественост. Така например за повечето фондове на МНП са запазени партиден книги, в които ежегодно са отразявани приходите и разходите на фонда, а след 1935 г. започва и правенето на ревизии от финансово-бюджетния отдел на министерството.

Един от начините за подпомагане на развитието на здравната система е даряването или завещаването на средства, с които да се изгради, оборудва или издържа определено **лечебно заведение**. (а) Братя Диманови са щедри дарители от Котел. През 1943 г. с техни средства е построен и обзаведен общинския родилен дом в града, кръстен в памет на родителите им „Анка и Диман Петрови”. Издръжката на родилния дом също е била осигурена от братята. (б) В началото на 1943 г. Никола Лафчиев (1864–1945, юрист) прави голямо дарение от 206 250 лв. за основаване на фонд „Никола Стойчев Лафчиев от гр. Дряново“ при МНП, предназначен за подпомагане дейността на дружество „Червен кръст“. Капиталът трябва да се вложи в облигации, гарантирани от държавата и да се депозира в БНБ. Ежегодните приходи (лихви или допълнително внесени от дарителя суми) се капитализират до нарастване на капитала до 500 хил. лв. В началото на всяка година приходите от фонда да се изпращат на Върховното управление на българското дружество „Червен кръст“, което да

организира с тях „една укрепителна спирка“. Тя да осигурява първа медицинска помощ, подслон и прехрана на нуждаещите се. Изпълнителният комитет на дружеството приема дарението и награждава Н. Лафчиев с Големия кръст на БЧК. На 26 октомври 1943 г. той увеличава фонда с ново дарение от 126 хил. лв. Капиталът на фонда към 1 януари 1946 г. достига 419 350 лв. През 1947 г. със заповед на Министерство на народното просвещение двата фонда на името на Н. Лафчиев са обединени, а капиталът им, възлизащ на 1,286 млн. лв. се влива в държавния бюджет. (в) Андрека Енчев х. Михалев (1850-1932) се занимава с лозарство, търговия с вина и ракия и с лихварство. В завещанието си оставя на общинското управление на родния си Лясковец 200 хил. лв., с които щом нарастнат на 300 хил. лв. да се учреди фонд за строеж и поддръжка на здравно заведение с 10 легла. За управлението на фонда да се учреди ефория под председателството на кмета на града и с членове общински съветници, енорийския свещеник, градския лекар. През 1938 г. ефорията взема решение да сключи заем с Лясковската популярна банка, тъй като средствата не достигат за строежа. За терен се избира мястото на бившия конак, съборена след земетресението от 1913 г. Лясковското градско общинско управление обявява търг за възлагане на предприемач постройката на общинския здравен дом. Двуетажната сграда на здравен дом „Андрека Енчев“ е завършена до края на 1938 г. През следващата година домът се обзавежда с финансова помощ от Главната дирекция на народното здраве, а ефорията отпуска 80 хил. лв. за водоснабдяване на болницата и облагородяване на двора. (г) Бонка Стайнова (1860-1948) произхожда от авторитетно занаятчийско семейство. Съпругът ѝ от гайтанджия и търговец с предприемчивост се издига до голям индустриалец, поставя заедно с братята си началото на модерната промишленост и търговия в Казанлък. През 1937 г. Б. Стайнова дарява 300 хил. лв. на Казанлъшката община, а като свои представители посочва един от синовете си и зет си. Задачата им е да купят празно място в центъра на града, където да се построи лечебница и детски здравен дом. Строежът започва веднага и след една година на Общинския съвет е предадена двуетажна сграда на здравен дом „Бонка Стайнова“. На първия етаж е разположена градската лечебница, а на втория – детската здравна станция. На фасадата е вградена чешма с барелеф на дарителката. През годините в сградата се извършват много медицински дейности. Към 2010 г. там се помещава Медицински център „Арсенал“ ЕООД. Както става ясно от множеството приведени примери, дарителството не се ограничава единствено до отпускането на скромни или по-значителни суми пари. Много българи оставят за нуждите на здравеопазването своите **имоти**. (а) д-р Анастасия Головина подарява през 1927 г. къщата си на клона на Съюза на децата във Варна. В нея е открита здравно-съвещателна станция (детска консултация). В нея се огромяват млади момичета и майки за отглеждане на децата. (б) Сава Йотов е търговец, роден в Дряново, живее в София. Решава да подпомогне задоволяването на една от големите нужди на родния си град – откриването на здравно-съвещателна станция. Общинският съвет взема решение за строителство през 1935 г., но не разполага със средства. С. Йотов предлага строежът да стане на мястото на родната му къща, като дарението е в памет на неговите родители. Строежът започва през 1940 г., а построяването се финансира изцяло от дарителя и възлиза на около 550 хил. лв. В периода

1941– 42 г. общинският съвет безрезултатно търси от Дирекцията на народното здраве средства за обзавеждане и оборудване на построеното здание. Тогава С. Йотов отново подпомага дряновци. С решение на УС на АД „Сава Йотов внос – износ“ от септември 1942 г. се прави дарение на общината от 250 хил. лв. Със 150 хил. трябва да се закупят мебели и медицинско оборудване. Останалите 100 хил. са предназначени за създаване на благотворителен фонд „Сава Йотов – АД“, с лихвите от който да се поддържа сградата на дома. Управлението на фонда се поверява на кмета на Дряново, общинския лекар и директора на гимназията. Единственото поставено от С. Йотов условие при даряването на напълно завършената и частично оборудвана сграда е той и съпругата му да ползват една стая в дома. Здравният дом е открит тържествено на 25 юли 1943 г. Сава Йотов е провъзгласен за почетен гражданин на Дряново. Оборудваните здравно-съвещателна станция и градска амбулатория започват работа веднага. Третият етаж е пригоден за родилен дом. В сградата се помещава и безплатна ученическа трапезария. (в) Челеби Пизанти е собственик на тъкачна фабрика във Видин. Той прави дарение в памет на дъщеря си Нора Пизанти (1908-1935) която заминава за Виена да учи право, там се запознава със съпруга си и се завръща във Видин. Забременява, заболява и умира. През 1945 г. баща ѝ решава да почете нейната памет с дарение. Отстъпва част от дома си – етаж и половина от масивно здание на ул. „Болярска Павловска“. Условието на дарителя са зданието да служи за родилен дом, където бедните родилки да се приемат безплатно и да носи за вечни времена името Общински родилен дом „Нора Челеби Пизанти“. За обзавеждане и издръжка дарителят определя приходите от наемите на магазините „България“, книжарницата „Заря Балева“ и наемите от сградата, наета от Агрономството, които възлизат на над 200 хил. лв., заедно със сумата от 100 хил. лв. от еднократния данък, платен от Ч. Пизанти като лице от еврейски произход. На 10 юли 1945 г. Общинският съвет приема дарението и го прави публично достойние на видинското гражданство и пресата; първата родилка в дома кръщава дъщеря си Нора. Родилният дом обслужва всички родилки от града и околията. През 1946 г. там раждат 53 жени, през 1950 вече са 613. Поощряват се да раждат при асистирането на лекар и акушерки, а не в домашни условия. Общинският народен съвет оценява постигнатото и отчуждава два парцела земя, в които родилният дом да се разшири.

1.3. ЧАСТНИ ФОНДАЦИИ

Най-значителните по размер дарения са получавали статус на юридическо лице и са съществували като *класически фондации*. Те са се регистрирали в окръжния съд, притежавали са и са управлявали движимо и недвижимо имущество (основен капитал, пари, ценни книжа, имоти). Управлението им е било напълно автономно – от управителни съвети (ефории), които са били в правото си да вземат решения по всички организационни и финансови въпроси на фондацията.

Най-впечатляващ от периода е казусът с фондация **Дом на благотворителността и на народното здраве „Димитър Петров Кудоглу“** в гр. Пловдив. Димитър Кудоглу (1862–1940) е един от най-заможните български тютюноотърговци. Живее в Дрезден, но развива

широка филантропична дейност в България. Със собствени средства устройва аптека в с. Малко Габрово (дн. Габрово), снабдява я с лекарства, помага на стари, недъгави и болни; наема лекарка, която да лекува безплатно съселания му. През 1920 г. прави дарение от 100 хил. лв. на БАН за издаване или награждаване на литературни трудове. От 1929 г. пожелава от фонда да се награждават трудове с медицинска тематика. УС на БАН решава да се премират трудове, посветени на туберкулозата, детската смъртност и венерическите болести. Основният принос на Д. Кудоглу е учредяването и издръжката на здравен диспансер в Пловдив, наречен Дом на благотворителността и на народното здраве (1926 г.). Като мотив на дарителя се посочва, че: „Намирал съм смисъл в живота, радост и щастие само тогава, когато съм можал да направя нещо добро, да бъда полезен на народа си, на бедните, на страдащите. Богатството, спечелено с честен труд, трябва да служи човеку, за да върши добри и полезни дела.“ Волята на дарителя е в Пловдив да се открие диспансер, в който да се води борба срещу „най-опасните за обществото болести: детските, туберкулозата, венерическите“.

Дарението се състои от 5-етажно здание (бивш хотел), намиращо се на пл. „Цар Симеон“ в Пловдив. Дарителят поема задължението да преустрои сградата, да мебелира и оборудва болничното заведение според последните научни постижения. Управлението на фондацията се поема от ефория в състав дарителя, окръжния управител, кмета и председателя на окръжната комисия в Пловдив, представител на пловдивския клон на БЧК, председателя на Търговската камара, племенници на Кудоглу. Длъжностите на членовете ѝ са почетни. Ефорията трябва да разработи правилник за вътрешния ред на дома, за прием на болните, за назначаването на персонал и др. Тя няма право да отчуждава или ипотекира имотите на фондацията, нито да изразходва неприкосновените ѝ фондове. Ефорията назначава директора и персонала на Дома, определя техните задължения и възнаграждения, ръководи работата на Дома, съставя бюджета му, разрешава покупки на имоти, определя таксите, които ще се заплащат от по-заможните пациенти. Непосредствената работа на диспансера се ръководи от директор – лекар, който участва в заседанията на ефорията със съвещателен глас.

За издръжка на диспансера дарителят предава в пълна собственост и разпореждане на фондацията 2 тютюневи склада. Д. Кудоглу си запазва правото да ги използва до смъртта си срещу 800 хил. лв. годишен наем. За издръжка се предвижда да се използват още такси, плащани от заможните граждани за прегледи, помощи от държавата, окръга и общините, дарения, завещания и др. общият размер на дарението е 20 млн. лева – паричната стойност на зданието е 5 млн., а на складовете – 15 млн. лева.

На 5 декември 1926 г. е проведено първото заседание на ефорията. Изработени са предвидените вътрешно-нормативни документи. Веднага след учредяването на фондацията започва подготовка за откриване на здравното заведение. Дарителят и членовете на ефорията провеждат широки консултации относно организацията и бъдещата дейност на диспансера, основно с известни лекари. Сградата е ремонтирана, направено е парно отопление, нова електроинсталация, оборудвани са сервизни помещения, пералня. Разходите по ремонта,

възлизаци на 1,7 млн. лева са поети изцяло от дарителя. Д. Кудоглу предоставя други 3,126 млн. лева за закупуване на медицинска апаратура за кабинетите и лабораторията. Оформят се бактериологична лаборатория и три отделения: за деца и майки, за туберкулозно болни и за пациенти с венерически заболявания. Всяко отделение се завежда от лекар със специална подготовка, подпомаган от медицински сестри и служители. Директорът и лекарите формират съвет, който разисква въпросите, свързани с дейността на здравното заведение. Провеждат се и анкети по квартали, в големите тютюневи складове и в училищата за разпространението на заболяванията, за да се вземат превантивни мерки.

Безплатно се преглеждат всички деца с карти за бедност, издадени от общината и чиновниците с месечна заплата до 3 хил. лв. Средно-заможните с доход до 6 хил. лв. плащат част от таксата, а богатите – пълния ѝ размер.

Със свои средства Д. Кудоглу осигурява на завеждащия на туберкулозния отдел възможността да посети Югославия, Чехословакия, Австрия, Германия, Франция и Швеция, за да се запознае с организацията на работата на подобни здравни заведения.

Домът започва работа на 19 октомври 1927 г.

В отдела за деца и майки се преглеждат бременни жени и родилки, кърмачета и деца до 14 г. В противотуберкулозния отдел се преглеждат болни, дават ми се съвети и се насочват за лечение към съответните болници и санаториуми. Медицински сестри извършват посещения по домовете, изпращат болни за прегледи и дават съвети за начини за предпазване от заразата. Отделът за кожно-венерически заболявания извършва прегледи, създава се и брачна съвещателна станция за заболелите. Лабораторията разполага с модерен рентгенов апарат и друго оборудване. Тя обслужва не само Дома, но и държавните и католическата болници, частни лекари. Уредена е библиотека, а в салона се изнасят сказки на здравни и морални теми.

Земетресението от 18 април 1928 г. уврежда сериозно сградата на диспансера. Д. Кудоглу настанява отделите в чифлика му при гарата и здравното заведение не прекъсва дейността си. Той предоставя около 500 хил. лв. за ремонт на сградата и двата склада и два месеца след труса диспансерът възстановява работа. Кудоглу предоставя и 100 хил. лв. за подпомагане на пострадалите пловдивски граждани.

В началото на 1928 г. ефорията поема инициатива за откриването на противобясна станция. Тя е открита на 1 април 1929 г., помещава се в 3 здания, предоставени от Д. Кудоглу, който плаща и заплатата на лекаря.

Големите средства, предоставени от дарителя, позволяват на фондацията да развива широка дейност. Тя раздава дрехи, пелени и храна на бедните родилки и бебета. През 1938 г. се построява трапезария и гостилница за тютюноработниците.

Основната част от средствата за издръжка на диспансера идва от складовете. При разходи през 1928 г. от 1,3 млн. лева, 800 хил. постъпват от наемите. Останалите средства се набавят главно от такси от пациенти. Дарителят подпомага щедро фондацията до смъртта си. През 1928 г. той купува за нуждите на Дома парцел, намиращ се срещу складовете, предоставя и много средства за специализации на лекарите в чужбина.

През 1951 г. фондацията е закрыта с Указа за общественото подпомагане.

1.4. ДЕЙНОСТ НА ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ

Основните области на дейност на гражданските организации в България през периода 1878–1944 г. са образованието (поради необходимостта от полагане основите на модерна държава, индустрия и търговия) и социалната сфера (поради тежкото положение на българите в началото на XX век). Съвсем естествено част от нововъзникващите организации насочват дейността си към здравеопазването.

Най-известната и оцеляла и до днешен ден е **Българския червен кръст**. Още по време на Руско-турската война (1877-1878) българи работят в полевите болници на Руския червен кръст. Идеята на червенокръсткото движение импонира на българските медици и общественици и в много градове се създават дружества, носещи името „Червен кръст”. Официалното учредяване на общонационално червенокръстко дружество става през юни 1885 г., а през октомври същата година Международния комитет на Червения кръст официално признава българското дружество⁵.

До 1944 г. между най-важните структури на БЧК са Училището за милосърдни сестри и болницата „Червен кръст“. Училището е открито през 1900 г., а през 1924 г. Министерство на народното просвещение го признава за средно специално учебно заведение. **Болницата „Червен кръст”** е открита също през 1900 г. като база за практическа подготовка на курсистките от Училището за милосърдни сестри. Много бързо тя става първостепенна с две отделения – вътрешно и хирургическо. През 1907-09 г. БЧК построява нова болница на място от 24 хил. кв. м., подарено безвъзмездно от Столичната община. При откриването на болницата двете отделения разполагат с 60 легла, които до 1944 г. нарастват на 100. Има лаборатории за химическо и бактериологично изследване, рентгенов кабинет, физиотерапевтичен кабинет, амбулатория. Създадена е една от първите диетични кухни в България. Болницата става източник на средства за БЧК, реализирайки ежегодно печалба между 100 хил. и 1 млн. лв. Успоредно с това има и широка благотворителна дейност – всички амбулаторни прегледи и болничното лечение са безплатни за бедни, тяхната издръжка се поема от дарителските фондове при БЧК. Болница „Червен кръст“ е единственото лечебно заведение, което не спира работа по време на бомбардировките над София през 1944 г. След 1944 г. държавата постепенно я отнема от БЧК, през 1951 г. тя става Институт за бърза медицинска помощ „Н. Ив. Пирогов“.

Особено активен е софийският клон на БЧК – през 1924 г. той открива първата здравно-съвещателна станция в страната; до 1933 г. в столицата са открити 6 здравно-съвещателни станции за деца, три за бременни, една за нервно и психично болни деца и две селски. Дамският комитет на БЧК работи активно за повишаване здравната култура на населението, организира лектории, курсове за сестри посетителки, учителки съветнички и др.

⁵ Повече за историята на БЧК и за съвременното му устройство – на <http://www.redcross.bg/>

Поради високото доверие на българите към БЧК, към него са учредявани множество дарителски фондове. Има запазени данни за 34 такива, част от които насочени директно за нуждите на здравеопазването.

През 1953 г. с указ се отнема правото на БЧК да притежава здравни и благотворителни институции, а създадените фондове са отнети.

Друга влиятелна благотворителна организация е било благотворителното дружество „Самарянка“. Създадено през зимата на 1910 г. по инициатива на втората съпруга на цар Фердинанд – царица Елеонора, то е подготвяло жени за хуманна и здравна дейност по време на войни и в мирно време. Самарянките работели в болници, отговаряли за хигиената, участвали в борбата с инфекциозните болести, дежуряли в питателните пунктове на гарите. За редовно членство се е изисквало преминаването през курсове и успешно полагане на изпити. В навечерието на Балканската война дружеството разполага със 180 добре подготвени самарянки. В началото на Първата световна война през едномесечни курсове преминават още между 400 и 900 жени. Завършилите съкратените курсове получават степен „санитарки“ и имат по-ограничени ангажменти. По някои данни над 1300 самарянки са участвали във войните от 1912-13 и 1915-18 година. Мнозина от тях заболяват или умират при изпълнение на дълга си. През 30-те години дейността на дружеството постепенно затихва. През 1947 г. Софийски окръжен съд постановява имотите на дружество „Самарянка“ да преминат към БЧК и то престава да съществува.

В периода функционират най-разнообразни граждански форми, насочени към сферата на здравеопазването⁶. През 1921 г. се създава **Дружеството на българските слепи**, първо като група за взаимопомощ, а впоследствие и като културна, образователна и благотворителна организация. Сред успехите на дружеството е създаването на оркестър, чрез който се издържат незрящи музиканти и се популяризира каузата на слепите. Възникват организации в помощ на **глухонемите** – Дружество на глухонемите, Комитет за дом-работилница за глухонемии в Петропавловския манастир и др. **Инвалидите** създават местни и национални организации – Съюз на дружествата „Инвалид“, Общ съюз на инвалидите, вдовиците, сираците и родителите на убитите през войните – София и др. **Софийско дружество „Здравец“**, основано през 1905 г. създава клонове и в други градове, притежава своя сграда в Панчарево, където провежда детски летни лагери. От 1907 г. насетне се основават **Общества срещу туберкулозата**. Подпомагани финансово от БДЧК, Съюза за закрила на децата, МВРНЗ, частни дарения и международна помощ, те поддържат мрежа от пунктове за контрол и надзор, санаториуми и летни детски лагери.

В същия период е създадена и първата професионална съсловна организация – **Българския лекарски съюз**. Основан е през 1901 г. и активно участва в изработването на законодателството в областта на здравеопазването.

⁶ Обобщението е направено по Гаврилова, Р. (1998), стр. 51-58

Значително присъствие и принос за напредъка на здравното дело в България имат и някои големи чуждестранни фондации, като фондация „Рокфелер” и Близкоизточната фондация (САЩ).

С промяната на политическата система след 1944 г. новият политически курс е към концентриране на цялата социална, образователна и здравна дейност в ръцете на държавата. Поради това поетапно се пристъпва чрез различни законови и административни разпореждания към ликвидиране на всички благотворителни структури. Първо те се задължават да закупят голям брой облигации от Заема на свободата (1945 г.). Тогава по-малките фондове влагат почти целия си капитал и работата им става невъзможна. Законът за национализация на частните индустриални и минни предприятия (1947 г.) нанася удар върху фондовете, които се издържат от лихвите от капитала на някои фабрики. Чрез Закон за бюджета и отчетността по бюджета, Закон за бюджета на НРБ за 1948 г., Закон за лицата и семействата и др. в периода 1948–49 г. се закриват фондове, произхождащи от завещания и дарения и управлявани от държавата. Средствата, с които разполагат, се внасят в държавния бюджет. Така престава да съществува фонд „Завещатели и дарители“ при МНП, както и подобни фондове към други министерства. По-късно тези разпореждания се прилагат и към СУ и някои училища. Чрез Закона за изповеданията (1949 г.) имотите на църковните благотворителни заведения се изземват в полза на държавата. През 1947 г. всички дарени и завещани на БАН имоти и приходите от тях образуват фонд „Академия на науките“.

С чл. 17 на Указ за общественото подпомагане от септември 1951 г. се задължават всички дружества и фондации в срок от 3 месеца да ликвидират своята дейност, да предадат имуществата си на народните съвети, а паричните средства – на Министерски съвет. По този начин за дълги години се прекъсва традицията на дарителството в България, както на това в малки размери, така и на развиващите се основни и планирани дарения.

2. ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ В СЪВРЕМЕННОТО БЪЛГАРСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Картината на присъствието на граждански структури в здравеопазването през третото десетилетие на XXI век е много по-пъстра и съществено отличаваща се от наблюдаваната в края на Възраждането. Вместо описаните в исторически план усилия по поставяне на основите на модерно здравеопазване и осигуряване на достъп за всички прослойки от българското население, съвременната гражданската активност се реализира в условията на изградена (и непрекъснато разширяваща се) система от здравни и лечебни заведения, смесено финансиране чрез здравно осигуряване и частни плащания, гъста мрежа от фармацевтични услуги, висококачествено медицинско образование. Най-съществената отлика е в сферата на дарителството.

2.1. ИЗМЕРЕНИЯ НА ДАРИТЕЛСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРЕЗ 2020 Г.

В съвременния етап българската държава има ангажимент към насърчаването на дарителските жестове на физически и юридически лица чрез предвидените данъчни

облекчения. Направени дарения за здравни заведения, лечебни заведения, БЧК или комуни за наркозависими позволяват намаляване на годишната данъчна основа за индивидуалните дарители с до 5%, а за фирмите – до 10% намаляване на положителния финансов резултат.

Най-изчерпателна картина на **състоянието на дарителството** в нашата страна предоставя ежегодният доклад на Български дарителски форум⁷. За 2020 г. той констатира ръст на направените дарения от компании, фондации, физически лица и еднолични търговци, като общата дарена сума надхвърля 117 млн. лева. Нарастването с близо 20% спрямо предходната година се отдава на пандемията от COVID-19 и свързаното с нея по-активно участие в мобилизирането на частни средства и доброволци в помощ на държавата. Сферата „здравеопазване“ е била приоритетна за 43% *бизнес организациите*, които са дарявали не само финансови средства, но и специализирана апаратура, лични предпазни средства и други материали. *Българските и чуждестранни фондации* подкрепят в по-малка степен здравната сфера, но наред с отпускани традиционни дарения, те създават и по-устойчиви форми като целевия фонд „Обединени срещу COVID-19“⁸. Насочен към подкрепа на местните общности, засегнати от пандемията, той приключи дейността си в средата на 2020 г., след като разпредели над 1 млн. лева сред 112 лечебни заведения, общини, читалища, граждански организации, училища, микро- и малки фирми. Здравеопазването е предпочетено от 56% от *индивидуалните дарители*. Нарастването на интереса към здравната сфера тук също се обяснява с пандемията, като 8% от хората изрично посочват, че са дарявали заради COVID-19.

Друга утвърдена форма за осъществяване на дарителство, получила още по-голяма тежест след закриването на Център „Фонд за лечение на деца“, е DMS платформата⁹. Според данните от годишния отчет за 2020 г.¹⁰, само кампанията на Министерство на здравеопазването DMS SOLIDARNOST само за два месеца набира над 400 хил. лв. от граждани и бизнес организации. Организираните през платформата 90 кампании за лечение на хора са привлекли 915 368 лв. (50% от дарителски SMS-и, а останалите – чрез онлайн дарения и банкови преводи).

Както става ясно от изложените факти, дарителството в сферата на здравеопазването остава изключително активно. То се пренасочва по-скоро към подпомагане на нуждаещите се от скъпо или недостъпно в страната лечение, за разлика от предходни исторически периоди, когато наред с индивидуалната подкрепа даренията са за изграждане и поддръжка на мрежата от здравни и лечебни заведения.

⁷ Последният публикуван доклад може да бъде намерен на: [Дарителството в България през 2020 г. \(dfbulgaria.org\)](http://dfbulgaria.org)

⁸ Фонд „Обединени срещу COVID-19“ - America for Bulgaria Foundation (us4bg.org)

⁹ DMS - платформата, чрез която може да подкрепите добри каузи като дарите онлайн или изпратите SMS на номер 17 777 (dmsbg.com)

¹⁰ [2020-Annual-Report-DMS.pdf \(dmsbg.com\)](https://dmsbg.com/2020-Annual-Report-DMS.pdf)

2.2. ПАЦИЕНТСКИ И СЪСЛОВНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Индивидуалните участници в системата на здравеопазването са в уязвими позиции по различни причини. Пациентите имат нужда от защита поради недостатъчната си информираност; форсмажорните обстоятелства, при които понякога им се налага да вземат решения; зависимостта им от придържането към професионалната етика от страна на медицинските специалисти и др. подобни. От своя страна практикуващите медицина имат потребност от поддържане и разширяване на знанията си, достъп до най-новите технологии в своята сфера, не са предпазени от грешки. Правата на оказващите и получаващите медицинска помощ могат да бъдат адекватно представени и защитени от нестопански организации.

Пациентските организации обединяват хора, страдащи от определено заболяване, техни роднини и поддръжници; понякога членове на пациентски организации стават и медици от съответната специалност или област. Класическите задачи, които си поставят подобни сдружения, са разпространяване на информация за болестта, нейните симптоми, отражението им върху качеството на живота; търсене на достъп до медиите за огромяване на населението за даденото заболяване, неговите последици и възможностите за избягването му; споделяне на отражението от заболяването върху личността и ежедневните ѝ дейности; възможности за справяне с настъпващите ограничения в начина на живот. Често тези организации са форум за социална подкрепа, действайки като социална мрежа за страдащите от дадено заболяване; те се занимават с разпространение на информация за методи на лечение, най-нови изследвания, алтернативната медицина и нейните достижения в областта; споделят отзиви за работата на лекари и други медицински специалисти; препоръчване на добри професионалисти и предупреждение за недобросъвестно отнасящи се към пациентите си лекари; споделяне на добри лекарски практики; улесняват достъпа до различни институции – основно социални служби. Не на последно място е задачата на пациентските организации да оказват въздействие върху органи на публичната администрация за подобряване на работата им със страдащи от дадена болест, да лобират за усъвършенстване на законодателството и др.

Обобщени данни за активните пациентски организации могат да бъдат извлечени от различни информационни сайтове и портали като www.zdravenchas.org или www.puls.bg. Към м. март 2022 г. първият портал съдържа контакти на 50, а вторият - на 73 пациентски организации. Те са разпределени основно в по-големите градове на страната и са посветени на всякакви типове заболявания и пациенти; някои от тях защитават интересите на родителите на болни деца; има и женски сдружения.

През последните две десетилетия част от българските пациентски организации предприема целенасочени стъпки, чрез които да засилят влиянието си върху обществото и институциите на властта. Те създадоха свои обединения (асоциации, форуми, конфедерации) за защита на правата на пациентите въобще. Някои от тези организации (като Националната пациентска организация, федерация „Български пациентски форум“, конфедерация „Защита на здравето“

и т.н.) са изключително активни, включват се в публични обсъждания, а техни представители са търсени за мнение от медиите и при вземането на някои политически решения в системата. В различни години някои от тях отговарят и на параметрите, заложи в чл. 86в от Закона за здравето и на Наредба №8 от 19.11.2015 г. за т.нар. представителни пациентски организации.

Традиционна форма на присъствие на граждански структури в здравеопазването са сдруженията, които защитават интересите на хората, полагащи квалифициран труд в сферата на здравеопазването. Това са **съсловните организации** (професионални асоциации, дружества, или съюзи). Обичайната практика е това да са сдружения, които имат за основна цел развитието на дадена професия и защитата на хората, които я упражняват. На някои съсловни организации държавата възлага сертифицирането на полагания в съответната област труд, правата за съблюдаване на професионалната етика, някои контролни функции. В практиката на отделни страни тези организации са и профсъюз на работещите в съответната област. Националните съсловни организации са традиционен участник в консултативни органи, чрез които защитават пред държавата интереса на своите членове, но и от друга страна се грижат за защитата на обществения интерес. Не на последно място, дружествата на упражняващите определена професия, се ангажират в поддържането на качеството, разработването на образователни или квалификационни курсове, подкрепата на научни изследвания.

Нормативната уредба на най-големите български съсловни организации в здравеопазването се изгражда от: Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина¹¹, който урежда статута на Българския лекарски съюз и Българския зъболекарски съюз и Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти¹², който урежда статута на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи.

През последните десетилетия в страната се създадоха множество **професионални сдружения на доброволен принцип** (далеч по-съответстващ на духа на гражданския сектор). Те най-често обединяват практикуващите в конкретна медицинска специалност или област като подпомагат кариерното им развитие, споделянето на опит, организират научни форуми, издават списания и т.н. Чрез подобни дружества се улеснява и връзката с международната научна медицинска общност, създават се контакти, разпространяват се добри практики. Повечето български професионални здравни сдружения членуват в различни международни професионални асоциации и така създават активни мрежи за обмен на информация. Друга съществена част от работата на този тип сдружения е популяризирането на начини за водене на здравословен начин на живот, профилактика на дадено заболяване, улесняват връзката лекар – пациент. В сайтовете на БЛС и БСС¹³ могат да бъдат намерени координати на повече от 40 такива сдружения.

¹¹ Обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., посл. изм. и доп., бр. 85 от 02.10.2020 г., в сила от 30.09.2020 г.

¹² Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г., изм. и доп. ДВ. бр.85 от 2 Октомври 2020г.

¹³ https://blsbg.com/bg/meditsinski-druzhestva-i-sdruzheniia_p2173.html и <https://bzs.bg/bulgarian-organization/>

В България функционират и браншови организации, специализирани да защитават интересите на **производителите на здравни услуги**: Асоциация на болниците в България, Национална асоциация на частните болници, Българска асоциация за лекарствена информация, Медико-фармацевтична асоциация, Национална асоциация на работодателите от здравеопазването в Република България, Национално сдружение на денталните центрове в България, Национално сдружение на лечебните заведения по онкология, Сдружение на бургаските болници, Сдружение на общинските болници в България и др. Както се вижда, нестопанската форма се използва за защита на интересите както на общински, така и на честни лечебни заведения; прилага се на национално и регионално ниво; използва се и от работодателите в здравеопазването.

2.3. ДЕЙНОСТ НА ГРАЖДАНСКИ ОРГАНИЗАЦИИ

Здравеопазването е естествено поле за работа на сдруженията и фондациите, съставляващи ядрото на институционализирания граждански сектор в страната. Законът за юридическите лица с нестопанска цел дефинира общественополезната дейност като „1. развитието и утвърждаването на (...) здравеопазването, (...); 2. подпомагането на социално слабите, на инвалидите или лицата, нуждаещи се от грижи”¹⁴.

В *Информационния портал на неправителствените организации в България* към м. март 2022 г. са вписани общо 14 212 организации. Търсенето в базата данни по сфера на дейност „Здравеопазване, права на пациента” идентифицира **1 019 организации**¹⁵. Това са сдружения (720 бр.), фондации (254 бр.) и други типове структури, които работят основно в обществена полза (посочено от 970 от организациите). Малка част от тях (100 бр.) посочват, че привличат в дейността си доброволци.

Някои от тези организации посочват здравеопазването като *съпътстващ елемент част* спрямо общата си цел за развитие на гражданското общество, поддържане на местни общности, комплексна грижа за определени социални групи; други са по-скоро ориентирани към местно или регионално развитие, обществени дарителски фондове, ромски фондации, организации за работа с деца. Здравеопазването е неизменен елемент от целите на всички видове спортни клубове, туристически и екологични сдружения, пенсионерски организации, родителски асоциации и настоятелства на училища и детски градини.

Основните направления на дейност на гражданските организации, които са „по-тясно специализирани“ в здравната сфера, са няколко: оказване на социални и здравни услуги; здравна просвета и профилактика; изследователски центрове. В групата на производителите на здравни услуги попадат институти или центрове, работещи в областта на психичното здраве, социалната интеграция, борбата с наркоманиите, репродуктивното здраве. Пример е фондация „Асоциация Анимус”, създадена от жени-професионалисти психолози, психотерапевти и социални работници. Към нея работи Център за възстановяване,

¹⁴ Закон за юридическите лица с нестопанска цел, чл. 38, ал.1.

¹⁵ НПО - Информационен портал за неправителствените организации в България (ngobg.info)

консултиране, психотерапия и психоанализа, в който се осъществяват психологически консултации, краткосрочна или дългосрочна психотерапия, клинична и социална работа.

Съществена част от анализираниите организации се насочва към промоция на здравето, популяризиране на съвременна информация и алтернативни методи на лечение, създаване на форуми за споделяне на опит и взаимопомощ. Някои примери за множеството форми на реализация на гражданска инициатива в тази област са: (1) фондация „Искам бебе”¹⁶, чиито цели са подкрепа и активно съдействие при решаване на проблемите с репродуктивното здраве на семействата и несемейните двойки в България; разпространение на информация и знания за проблема „стерилитет” и неговото лечение, повишаване здравната култура на нуждаещите се от лечение и на обществото като цяло в областта на репродуктивното здраве и методите за профилактика на безплодието; даване гласност на емоционалните и социални проблеми, съпътстващи безплодието и създаване на успешен модел на гражданско въздействие за подпомагане на решаването им. (2) Фондация „Макове за Мери”, която работи в подкрепа на родители, преживели интраутеринна или перинатална смърт на дете. Сред целите ѝ са изграждане на групи за психологическа подкрепа, издаване на печатни материали за родители и медицински специалисти, провеждане на обучения за медицински специалисти с цел сенсibiliзирането им към страданието и нуждите на тези родители, провеждане на информационни кампании и кампании на национално ниво за подобряване на болничните практики в случаите, когато едно бебе се ражда мъртво или загива скоро след раждането. (3) Фондация „Инициатива за здраве”¹⁷, която над 22 години работи за намаляването на здравните щети сред употребяващите наркотици и продаващите сексуални услуги, както и за тяхното приемане и равнопоставеност в обществото.

Различни специализирани центрове и институти предлагат алтернативи на провежданите реформи, защитават различни политики в здравната сфера, провеждат самостоятелни изследвания, популяризират варианти на решаване на различни проблеми. Много често една от основните задачи на организации от този тип е и набирането, разпространението и анализа на информация в сферата на здравеопазването с оглед подобряване на качеството на вземаните от различни институции решения в сферата на здравеопазването. Споделя се и чуждестранен опит във финансирането, организирането и предлагането на здравна помощ. Обикновено тези организации се създават от здравни мениджъри, икономисти, хора с опит в администрирането на здравната система на национално ниво, политици. Някои от утвърдените мозъчни тръстове в сферата на здравеопазването са фондация „Международен институт по здравеопазване и здравно осигуряване”, сдружение „Център за защита правата в здравеопазването”¹⁸, Национално сдружение за здравна политика и мениджмънт, Център за здравни стратегии и програми и др.

¹⁶ <http://www.iskambebe.bg/>

¹⁷ Инициатива за здраве | Фондация "Инициатива за здраве" (initiativeforhealth.org)

¹⁸ <http://www.czpz.org>

3. ИНСТИТУЦИИТЕ НА ГРАЖДАНСКОТО ОБЩЕСТВО КАТО ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ?

Навлизането на гражданските структури в практиката на българските лечебни заведения все още е с допълващ характер. Съществува възможността болници да регистрират или участват в създаването на сдружения или фондации, за да подобрят качеството на своето управление, да се приближат до пациентите си, да популяризират дейността и постиженията си, да мотивират медицинския си персонал и да му осигурят възможности за поддържане и повишаване на квалификацията и т.н. Друг вариант за имплантиране на граждански активизъм е създаването на здравни медиатори и въвеждането на фигурата на болничния омбудсман. Действащ пример за тази линия на взаимодействие са *болничните настоятелства*, предвидени в чл. 82-85 от Закона за лечебните заведения¹⁹. Те се учредяват от собствениците на лечебното заведение, а в състава им се включват обществени фигури, представители на гражданското общество, дарители и други личности, които могат да подпомогнат болницата.

По-интригуваща е хипотезата самите лечебни заведения да могат да бъдат създавани и да функционират по правилата, развити за институциите на гражданското общество. Изследователи намират връзка между чл.3, ал. 4 от Закона за лечебните заведения, който забранява на лечебните заведения да извършват друга търговска дейност, освен „за нуждите на осъществяваните от тях медицински дейности и за обслужване на пациентите” и задължението за гражданските организации да използват приходите си единствено за постигане на избраната от тях мисия (чл. 3, ал. 6 и ал. 3 от Закон за юридическите лица с нестопанска цел)²⁰. Логиката сочи, че при такава постановка водещи при вземането на решенията ще бъдат не търговските интереси на собственици или акционери, а професионалната посветеност на пациента.

Въпреки това у нас все още не е възможно здравни или лечебни заведения да бъдат регистрирани според разпоредбите на Закона за юридическите лица с нестопанска цел. Нещо повече, идеята за промяна на търговския статут на болниците в България е високо дискуссионна и среща остра критика като трудно приложима, несъответстваща на установени практики, излишно бюрократична²¹. За добавяне на аргументи, в този параграф ще бъде направен преглед на някои чуждестранни практики.

В редица европейски страни може да бъде проследено прякото производство на услуги от нестопански болници, амбулатории, лекарски практики, сестрински домове, центрове за рехабилитация, специализирани клиники и др. подобни. Създаването на нестопански лечебни заведения става най-общо по два начина²². Първият вариант е със заповед или решение на изпълнителната власт – Министерство на здравеопазването (Франция, Ирландия)

¹⁹ Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г., посл. изм. ДВ. бр.8 от 28 Януари 2022г.

²⁰ Вж. Бояджиев, М. и кол.(2002), стр. 24-25

²¹ Показателно в това отношение е обобщението в: [Новини - Нужна ли е промяна на търговския статут на болниците? \(zdrave.net\)](http://Novini - Нужна ли е промяна на търговския статут на болниците? (zdrave.net))

²² Бояджиев, М. и кол. (2002), стр. 13-14

или държавния секретар (Великобритания). В заповедта се описва кръгът от разрешени за извършване здравни услуги, условията за финансиране, режимът за отчитане, броят и възнаграждението на работещите в лечебното заведение. При процедурата са предвидени задължителни консултации с национални здравни тръстове, местните здравни власти (Великобритания), комитетите по здравна и социална организация (Франция). На второ място, в Белгия, Испания, Италия се прилага акредитационна процедура. Министерството на здравеопазването дава разрешение за извършване на определени здравни услуги при точно фиксирани условия – наличие на финансов план на лечебното заведение, осигуряване на външен контрол на качеството и финансова прозрачност.

Сред примерите за използването на нестопанска форма в производството на здравни услуги могат да бъдат посочени²³: (1) Франция, в която 2/3 от болничните легла са в държавни или нестопански болници. Последните получават от държавата грантове за научно-изследователска дейност и обучение на студенти, както и за спешна помощ, донорство и трансфер на органи и трансплантации; (2) Някои болници във Великобритания са независими тръстове на фондации, които съгласно Закона за здравето от 1999 г. поемат осъществяването на първична болнична помощ и обществени програми; (3) много болници в Белгия и Люксембург са собственост на благотворителни религиозни ордени; (4) в Испания титуляр на здравните заведения са юридически лица с нестопанска цел, на които е забранено оказването от тях болнична помощ да бъде източник на доходи. Лечебната дейност е изрично разрешена като дейност за фондациите.

В практиката на други страни нестопанската форма се използва дори в сектора на здравното осигуряване, като например датският нестопански здравноосигурителен фонд Danmark, който реимбурсира разходи за лекарства, стоматологична помощ, физиотерапия, лещи и покрива около 30% от населението на страната. Във Франция взаимноизгодни нестопански организации на професионален принцип (*mutuelles*) покриват 87-90% от населението. Те допълват финансирането на услуги, включени в схемите на общественото здравеопазване. В Германия публичното финансиране на здравеопазването се осъществява от над 300 здравноосигурителни фондове, които са автономни неправителствени, нестопански организации. Във Великобритания здравноосигурителни нестопански фондове предлагат допълнително здравно осигуряване.

Холандското здравеопазване е типичен пример за комбинацията частно производство – държавно финансиране²⁴. Корените на съвременната частна организация на здравеопазването в Холандия лежат не толкова в грижата за определена група, а в стремежа медицината да бъде достъпна за всички, вкл. за хората с ограничени средства. Държавата си запазва ролята да регулира системата и да инспектира здравните и санитарни условия, в които живее населението. По принцип образователните, социалните и здравните услуги в Холандия се извършват основно от нестопански организации, но се финансират от държавата или от трета страна. Поради това най-много от заетите в холандския нестопански сектор (5% от всички

²³ Обобщени по: Description of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, February 2008

²⁴ Данните за Холандия са обобщени по Burger, A., V. Veldheer (2001) и Burger, A., P. Dekker (2001)

заети в страната) работят в здравеопазването; 27 % от оперативните разходи в сектора са за здравеопазване; 71,7% от дните за хоспитализация се осъществяват в нестопански лечебни заведения; 88,9% от пребиваващите са в нестопански сестрински домове; общо 70,4% от всички заети в здравеопазването работят в нестопанския сектор. Предпочитанието към нестопанските организации дава възможност и на пациентите (или на съществуващите пациентски съвети) да посочат свой представител в управлението на здравните и лечебни заведения или да имат съветнически функции при вземането на решения в сектора.

Ако изключим федералните болници и психиатричните клиники, 58% от другите болници в САЩ са неправителствени, нестопански организации (срещу 24% частни и 19% щатски и местни)²⁵. В тях са съсредоточени повече от половината болнични легла и се правят над 60% от разходите. Нестопанската форма е особено разпространена сред неспециализираните болници за краткотраен престой.

Вторият по големина компонент в американската система на здравеопазване са специализираните клиники (психиатрии, туберкулозни диспансери, заведения за лечение на хронични заболявания, кръвни банки, центрове за хемодиализа, центрове за рехабилитация, клиники за наркомани и др. подобни) и здравните грижи по домовете (организирано осигуряване по домовете на квалифицирана сестринска или медицинска помощ). Въпреки че се сблъскват със сериозна конкуренция от страна на частни заведения, нестопанските структури в тази област също имат своята роля. Те са признати за пионери в американската практика по грижи за болни от СПИН, лечение на зависимости, грижи в хосписи. По данни от началото на новия век, като нестопански работят 76% от американските хосписи, 36% от рехабилитационните центрове, 32% от центровете за диализа, 28% от сестринските домове; в тях работят 45% от служителите и се осъществяват 43% от приходите.

В 42 изследвани страни от цял свят, към 2017 г. в граждански структури в сферата на здравеопазването работят 11 515 170 души (преобладаващо платен персонал). Това са общо 12,1% от ангажираните в гражданския сектор на тези държави доброволци и платени служители²⁶. В Западна Европа картината е още по-изразителна. Там в сферата на здравеопазването работят две трети от заетите в нестопанския сектор. Това отразява историческата роля, която са играли в тази област католическата и протестантската църква. В Централна Европа здравеопазването е далеч по-слабо представено в палитрата от дейности в гражданския сектор. Там основното внимание е насочено към културата и свободното време, вероятно поради поддържането на подобни организации по времето на комунизма. За оказването на услуги в области като здравеопазване, образование и социални услуги държавата си остава предпочитан производител. Поради това заетите с здравната сфера са едва 8% от всички работещи в нестопанския сектор. В другите развити страни, включени в проекта – САЩ, Япония, Австралия и Израел – здравеопазването е основна област на заетост в нестопанския сектор е с 35% от работещите. В САЩ 46% от работещите в нестопанския

²⁵ Fast Facts on U.S. Hospitals, 2022 | АНА

²⁶ Данните са обобщени по материали от The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project ([Comparative Nonprofit Sector Project \(1991-2017\) – Johns Hopkins Center for Civil Society Studies \(jhu.edu\)](#))

сектор са заети в сферата на здравеопазването. За Япония това число е 47%, в Израел – 27%, а в Австралия – около 20%.

Разбира се, гражданските структури не са панацея за решаването на комплексните проблеми на съвременните здравни системи. Високата капиталоемкост и нивата на оперативни разходи в здравеопазването, финансирането на дългосрочната здравна грижа, сложността и социалната значимост на някои заболявания – всичко това са причини, поради които гражданските организации не могат да изместят традиционните форми на оказване на здравни услуги. Въпреки това, тяхната подкрепяща и допълваща роля трябва да бъде допълнително стимулирана и възприета като естествена част от цялостната здравна система и политика в нашата страна.

БИБЛИОГРАФИЯ

Burger, A., P. Dekker (2001) *The Nonprofit Sector in the Netherlands*, working document 70, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

Burger, A., V. Veldheer (2001), *The Growth of the Nonprofit Sector in the Netherlands*, in: *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 30, No. 2, June 2001

Бояджиев, М. и кол. (2002), Правен режим на лечебните заведения в България, страните от ЕС и САЩ, Български център за нестопанско право, София [Bojadziev, M. I kol. (2002), *Praven rejim na lechebnite zavedenija v Bulgaria, stranite ot ES I SAST*, Bulgarski centar za nestopansko pravo, Sofia]

Гаврилова, Р. (1998), История на гражданските организации в България, в: Към историята на гражданския сектор в България, Фондация за развитие на гражданското общество, София [Gavrilova, R. (1998), *Istoriija na grajdanskite organizatsii v Bulgaria*, v: *Kum istorijata na grajdanskija sector v Bulgaria*, Fondatsija za razvitie na grajdanskoto obstetvo, Sofia]

Дарителството в България през 2020 (2022), Български дарителски форум, София - Дарителството в България през 2020 г. (dfbulgaria.org) [Daritelstvoto v Bulgaria prez 2020 (2022)]

Енциклопедия „Дарителството”: Дарителски фондове и фондации в България 1878 – 1951 (2011), том I - III, Български дарителски форум и ИК „Проф. Петко Венедиктов”, София [Entsiklopedija “Daritelstovo”: Daritelski fondove I fondatsii v Bulgaria 1878-1951 (2011), tom I-III, Bulgarski daritelski forum I IK “Prof. Petko Venediktov”, Sofia]

Закон за лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999 г., изм. ДВ. бр.8 от 28 Януари 2022 г. [Zakon za lechebnite zavedenija, Obn. DV. br.62 ot 9 July 1999 g., izm. DV. br.8 ot 28 January 2022 g.]

Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005 г., изм. и доп. ДВ. бр.85 от 2 Октомври 2020 г. [Zakon za suslovnata organizatsia na medicinskite sestri, akusherkite i asotsiiranite medicinski specialisti, Obn. DV. br.46 ot 3 Juni 2005 g., izm. i dop. DV. br.85 ot 2 Oktomvri 2020 g.]

Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, Обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., изм. и доп., бр. 85 от 02.10.2020 г. [Zakon za suslovnite organizatsii na lekarite I na lekarite po dentalna medicina, Obn., DV, br. 83 ot 21.07.1998 g., izm. i dop., br. 85 ot 02.10.2020 g.]

Закон за юридическите лица с нестопанска цел, Обн. ДВ. бр.81 от 6 Октомври 2000 г., изм. ДВ. бр.107 от 18 Декември 2020 г. [Zakon za iuridiceskite litsa s nestopanska tsel, Obn. DV. br.81 ot 6 Oktomvri 2000 g., izm. DV. br.107 ot 18 Dekemvri 2020 g.]

Стратегически документ, анализиращ участието на ЮЛНЦ в предоставянето на здравни услуги в Република България (2008), Български център за нестопанско право, София [Strategiceski document, analizirast uchastieto na ULNT v predostavjaneto na zdravni uslugi v Republika Bulgaria (2008), Bulgarski tsentur za nestopansko pravo, Sofia]