

ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ В УСЛОВИЯТА НА ГЛОБАЛНА КРИЗА

А. Жеков

Медицински университет – Пловдив

Резюме. В условията на глобална финансова криза гражданите не могат да си позволят загуба на трудоспособност, както и държавите – спад на икономическата и социалната активност. В този аспект извънболничната помощ е не само икономически инструмент за осигуряване на национално богатство, а и компонент на легитимността на държавата и политическата система в очите на гражданите. Модерното общество е узряло за всеобхватни реформи: политически, управленски и организационни.

Ключови думи: извънболнична помощ, здравна политика, социално-икономически фактори

A. Zhekov. OUTPATIENT CARE DURING THE GLOBAL CRISIS

Summary. In conditions of a global financial crisis, people cannot afford a loss of workability, as well as the countries – a downfall in economic and social activity. In this aspect, outpatient care is not only an economic instrument for achievement of national welfare, but also a component of state and political system legitimacy in citizen's eyes. Modern society is ready for comprehensive reforms: political, managerial and organizational.

Key words: outpatient care, health policy, socioeconomic factors

Няма еднозначно мнение, дали хората днес са по-щастливи, но те са несъмнено по-заможни и по-здрави, отколкото преди тридесет години, поне според статистиката. Ключовият показател детска смъртност намалява. Регистрирани са 9,5 млн. случая през 2006 г. по света, ако обаче се бе запазила пропорцията от 1978 г., днес тази бройка би била 16,2 млн., т.е. 6,7 млн. са спасени благодарение на постигнатия прогрес. Осигуреността с лекарства расте, има повече чиста вода, по-добри санитарни условия за живот, вземат се сериозни мерки за здраве и безопасност при работа.

Делът на здравеопазването в брутните национални продукти се увеличава по-бързо от другите сектори: от 8% средно по света през 2000 г. до 8,6% през 2006 г. Като се отчете инфлацията, това означава абсолютно увеличение на разходите за здравеопазване с 35% за посочените пет години.

Въпреки това са налице някои тревожни тенденции: националните здравни системи се развиват по направления, които не способстват в пълна степен за осигуряването на справедливост, солидарност и равен достъп, а и не дават очакваните резултати с оглед на размера на похарчените средства.

Когато не са част от дългосрочна национална политика и се радват на голяма независимост, здравните системи се превръщат в административно управлявани области, отделящи малко внимание на извънболничната помощ. Оставени на самотек, те често са обречени на фрагментация, задълбочаване в сложни проекти с ограничена полза, борби между отделни групи за оскъдни ресурси.

Вместо да увеличават потенциала си за бързо реагиране при нови заплахи (вирусни, икономически и др.), националните здравни системи прескачат от една задача към друга, обикновено без да следват единна посока или дългосрочен план. Предвид горното можем да формулираме четири от най-тревожните тенденции:

1. Прогресът остава неравномерен в световен мащаб: докато някои страни са постигнали значителен напредък, други губят позициите си.
2. Здравните системи отделят най-много внимание на тясноориентираното предоставяне на специализирана медицинска помощ.
3. Прилагат се административни методи за борба със заболяванията, което в най-добрия случай води до краткосрочни резултати и със сигурност – до фрагментация на медицинското обслужване.

4. Налице е неударжима и нерегулируема комерсиализация на здравеопазването, която води и до размиване на границите между публичното и частното здравеопазване. В комбинация с другите тенденции тя води до още по-неравен достъп до здравни услуги, разорителни цени и дефицит на доверието към националните здравни системи, съчетан с цялостния срив на доверието към държавите и социалните системи в условията на глобалната финансовата криза.

Спадът на доходите на гражданите, растящата безработица (прогнозирани 9,5% средно за Европейския съюз през 2010 г. срещу 7,5% през 2007 г.) и намаляващите национални бюджети оказват пряко негативно въздействие върху здравето на населението, особено на малоимотните слоеве. Обезценяването на редица национални валути през изминалата 2008 г. (в сравними с нашата държава: Полша с 32%, Чехия – 18%, Румъния – 17%, Унгария – 15%) доведе до оскъпяване на вносните лекарства и медицинското оборудване. Около 16% от населението на ЕС днес са застрашени от изпадане под официалната граница на бедността, а както е добре известно, в икономически затруднените домакинства грижите и разходите за здравето отстъпват на заден план. Безработицата и спадът на доходите водят до консумация на евтини и полуготови храни, до депресии и нездравословен начин на живот, свързан с повишена употреба на алкохол и наркотици, престъпност и изблици на насилие. На този фон намаленото използване на автомобили изглежда като незначителна компенсация.

Всичко изброено поставя извънболничната помощ пред нови предизвикателства и ° отделя стратегическа роля в съвременното здравеопазване. Както подчертават специалистите по обществено здраве, подобряването на здравето на населението е възможно чрез политическа воля за включване на здравен аспект във всички мероприятия в секторите извън здравеопазването, и то не само на национално равнище.

Практическият опит, новите постижения и изисквания към здравеопазването в съвременния свят допринесоха за актуализацията на редица концепции и за появата на нови:

- До неотдавна основна цел бе осигуряването на базови извънболнични услуги и основен пакет лекарства. Сега приоритет е реорганизираната и регулираната здравна система, осигуряваща всеобщ достъп и социална защита на здравето.

- В съвременния свят трябва да се води борба за здравето на всеки член на обществото, с акцент не само върху майката и детето, както беше преди.

- Основното внимание вече не е за отделни инфекциозни и остри болести, а се концентрира върху цялостните потребности на населението и комплексните мерки за преодоляване на всевъзможни рискове и заболявания.

- Хигиената, водоснабдяването и санитарната просвета не са достатъчни. Днес говорим за здравословен начин на живот и елиминиране на вредните социални фактори.

- Трябва да се изградят институции за участие на гражданското общество в политическия диалог и механизмите на отчетност.

- Централизираното управление отгоре–надолу се заменя от плуралистични здравеопазни системи, функциониращи в глобален аспект.

- Необходимо е управление и умножаване на ресурсите вместо приемането на тяхната оскъдност за даденост.

- Всеобщо е мнението, че щом болничната помощ отнема до 3/4 от парите за здравеопазване, трябва да се развива извънболничната. За съжаление и комплексната съвременна извънболнична помощ не е евтина, но дава много по-добри съотношения на разходите, цените, резултатите и качеството.

Световната здравна организация предлага на държавите четири групи реформи на извънболничната помощ, които следва да се прилагат доколкото е възможно в съответната страна в съвременните условия. Реформите целят сближаване и едновременна работа по ефективни мерки предвид съвременните здравни предизвикателства, равнопоставеност, солидарност и социална справедливост, като се отчитат и растящите очаквания на гражданите в модерното общество:

1. Реформи, осигуряващи цялостен обхват, за да могат националните здравни системи да допринасят за равенство по отношение на здравето, за здравна справедливост и за преодоляване на социалната изолация, главно чрез осигуряване на всеобщ достъп и социална защита на здравето.

2. Реформи на организацията, с приоритет на услугите на първичната помощ, като се отчитат потребностите и очакванията на гражданите, за да се повиши социалната значимост на тези услуги и тяхната способност да реагират адекватно на световните промени при запазване на добри резултати.

3. Реформи на държавната политика, способстващи за подобряване на здравето чрез интегриране на обществено-здравните мероприятия с първичната медицинска помощ и чрез провеждане на рационална здравна политика както във всички сектори на националното стопанство, така и на международно равнище.

4. Реформи на управлението, насочени към подмяна на административнокомандните методи на ръководство, както и на политиката на ненамеса от страна на държавата, с ново управление – социалноинтегрирано, репрезентативно и консенсусно, отговарящо на комплексния характер на съвременното здравеопазване.

Сегашната неблагоприятна ситуация стимулира осъзнаването на растящата роля на извънболничната помощ и осигуряването на повече средства за нея. Хората в модерния свят не искат да се превръщат в пациенти. За съжаление не всички граждани успяват да се облагодетелстват от превантивните мерки, а дори и най-напрегнатите усилия не могат да предотвратят някои заболявания – вирусни или свързани с икономическата реалност. Обедняването и влошаването на качество на живот водят до увеличение на заболяемост и смъртност, дори сред активното младо население.

Глобалната финансова криза чрез своите проявления и последици се превърна в поредното тъжно доказателство на пряката взаимна зависимост между икономиката и здравето. В тези условия хората с право очакват защита от своите правителства. Модерното общество е узряло за истински реформи, като тези, очертани от СЗО за извънболничната помощ.

Оптимистичният сценарий не е пациентът да бъде бързо излекуван в луксозна болница от усмихнати здравни работници, а изобщо да не попада в нея, като активно помага на същите тези здравни работници в техните усилия да опазят възможно най-дълго доброто му здраве, а и здравето на другите граждани.

В условията на глобална финансова криза нито гражданите, нито държавите могат да си позволят загуба на трудоспособност, спад на икономическата и социалната активност. В този аспект извънболничната помощ е не само икономически инструмент за осигуряване на национално богатство, а е вече компонент на легитимността на държавата и политическата система в очите на гражданите.

Библиография

1. Воденичаров, Ц. и С. Попова. Медицинска етика. С., 2003.
2. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. 2004.
3. Попова, С. Личност и здраве. С., 1993.
4. Основи на общата медицинска практика. (под ред. На Е. Шипковенска и Д. Джолис). С., Отечество, 1998, 130.
5. Binder, S. et al. National Public Health Institutes: Contributing to the Public Good. – J. Public Health Policy, **29**, 2008, 3-21.
6. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007.
7. Hanratty, B., T. Zhang et M. Whitehead. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. – Int. J. Health Services, **37**, 2007, 89-109.
8. Nussbaum, M. C. et A. Sen. (Eds.). The Quality of Life. Oxford, Clarendon Press, 1993.
9. Satcher, D. et E. J. Higginbotham. The public health approach to eliminating disparities in health. – Am. J. Public Health, **98**, 2008, 400-403.
10. Shiffman, J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? – Health Policy Plan., **23**, 2008, 95-100.
11. Ståhl, T. et al. (Eds.). Health in All Policies. Prospects and potentials. Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
12. Stevenson, D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. – N. Engl. J. Med., **19**, 2008, 358.
13. Wallerstein, N. What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006.
14. World Health Report. World Health Organization, 2008
15. World Health Statistics 2008. Geneva, World Health Organization, 2008.
16. Xu, K. et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. – Health Affairs, **26**, 2007, № 4, 972-983.

✉ Адрес за кореспонденция:

А. Жеков
Медицински университет
ул. „Васил Априлов“ № 15А
4000 Пловдив

Постъпила – 15.04.2009 г.