

10

ОРГАНИЗАЦИЯ НА СИСТЕМИТЕ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

ВЪВЕДЕНИЕ

Тази глава разглежда организацията на общественото здравеопазване и болничното обслужване основно в САЩ не като идеален пример, а по-скоро за да се илюстрира как различните системи могат да съществуват и взаимодействат съвместно. Всяка система се е развивала в свой собствен организационен формат, но са намерили обща основа, тъй като медицинските грижи и превенцията стават все повече взаимно зависими. Традиционните системи на общественото здравеопазване все повече ще имат нужда да развиват междусекторно сътрудничество с други компоненти на здравния сектор, а така също и с правителствени и неправителствени организации в близки области като селско стопанство, бизнес, социални грижи, образование, полиция, обществени организации и много други.

Правителствата имат правна, регулаторна и данъчна власт, определена с конституцията за общи действия за доброто на обществото, включително и правото да ограничават индивидуални действия, които могат да застрашават здравето на останалите. Градовете държави в древна Гърция са осигурявали здравеопазване за цялото население и медицински грижи за бедните. Законите на бедните, от времето на кралица Елизабет I в началото на XVII-ти век в Британия, постановяват отговорността на местните власти за здравето и благополучието на населението. По-късно местните, регионалните (щатските) и националните правителства започват да се занимават със здравеопазване, контрол на заболяванията и други аспекти на общественото здравеопазване и здравно планиране, като впоследствие тези дейности се разширяват до гарантирано осигуряване на адекватни здравни грижи на базата на социално равенство за всички групи от обществото.

Обществата са се научили да се предпазват от болести чрез социални дейности, както са се научили, че здравето на отделния индивид зависи от тези дейности. Правителствата са ангажирани в този процес, независимо дали обществото се базира на принципите на демокрация и свободен пазар или е централно управлявано с командна икономика. С оглед доброто на обществото, то е приело някои ограничения на правата на индивидите. Те ограничават индивида в опитите му да напада или уврежда друг човек или да унищожава стоки, независимо дали са частни или обществени. На хората не е разрешено да си изхвърлят боклука на улицата, а на индустрията е забранено да замърсява околната среда или да застрашава работниците си.

Политиката, законодателството, както и действията на общественото здравеопазване включват общи мерки за защита на индивидите и обществото. Тези мерки могат да имат формата на задължителни съобщения за инфекциозни заболявания, хлориране или флуориране на водата в обществената водопроводна мрежа, регулиране на институциите за храна и лекарства, изисквания задължително имунизирани на децата преди

постъпване в училище или налагане на глоби и даже затвор за мениджъри на предприятия, чиято небрежност причинява смърт или нараняване, или чието производство замърсява околната среда.

Целите на общественото здравеопазване могат да бъдат постигнати с необходимата организация. Организацията на общественото здравеопазване изисква формална структура, като нейното финансиране, управление и обхват на дейности и съдържание са установени със закон и други нормативни актове. Тя включва и услугите, които трябва да се извършват за хората. Това са услуги, допринасящи за здравето и здравните грижи за хората, извършвани в определени места, като например в домовете им, в образователните институции, по работните места, на обществени места, в общини, болници и клиники. Занимава се с физическата и психо-социалната среда. Здравната система е организирана на различни нива, започвайки от най-периферното, комуналното или първично ниво. Включва окръжните, регионалните, държавните и националните нива, както и международните контакти. Международните стратегии за здраве и националните здравни системи се фокусират върху инвестиции, чиято цел е преди всичко подобряване на здравето, а не само ефективен мениджмънт на съществуващите институции за медицински грижи и обслужване.

Функцията и структурата са взаимно-зависими; структурата трябва да произлиза от желаната функция, т.е. да се постигнат националните цели и задачи по отношение на здравето. Това може да се реализира чрез законови, регулаторни, финансови и обслужващи функции, които осигуряват основата на здравето във всяка страна. Някои страни се опитват да осигуряват всички здравни грижи чрез държавната система. Други узаконяват финансирането на здравните грижи, а трети се фокусират върху финансирането на групи от населението, като отдават по-голямо значение на осигуряването на условия за научно-изследователска дейност в здравеопазването.

Тази Глава описва организацията на общественото здравеопазване преди всичко на базата на примери от САЩ, включително федералните, държавните и местните здравни власти. За разлика от повечето индустриални държави, в САЩ няма универсално здравно планиране. В резултат на това здравните грижи се извършват от независими - частни и обществени агенции. Това често се описва като "несистемно". Всъщност, това е комплексна мрежа от взаимно-свързани услуги, на която все пак липсва универсалност, тъй като много хора остават извън основния поток на здравното обслужване. Резултатът е, че организацията на общественото здравеопазване в САЩ играе много важна роля в осигуряването на основни услуги за хора или нужди, които не могат да бъдат удовлетворени по друг начин. Именно поради това фрагментиране на здравните грижи в САЩ, общественото здравеопазване там винаги е играло водеща роля, особено по отношение на помощта, развитието и постиженията в областта на промоцията за здравето.

ПРАВИТЕЛСТВО И ЗДРАВЕ НА НАЦИЯТА

Общественото здравеопазване включва широк кръг проблеми, които трябва да бъдат отговорност на правителството, тъй като те изискват законодателна, силова и данъчна власт. Това включва, например, контрол на околната среда, диетите и храненето, хранителните стоки и лекарствата, здравеопазването, имунизациите, законите за пътищата, контрол на огнестрелните оръжия и здравна просвета. Много от тези функ-

ции се подпомагат и извършват от неправителствени организации (НПО), на които е делегирана съответната държавна власт.

Финансирането и заделянето на обществени фондове за здраве са важни средства за подобряване на здравните дейности. Това означава заделянето на обществени фондове за подпомагане на научно-изследователската работа, средства за просвета и осигуряване на услугите. Националните правителства могат да осигуряват здравните услуги, но все по-често тази дейност се децентрализира към по-ниските нива на управление (регионални, окръжни, общински) или към неправителствени изпълнители на здравни грижи. Помощта, оказвана от академичните, професионалните и обществените организации, които могат да извършват такива дейности като практическо и академично обучение, изследователска дейност и установяване на професионални стандарти, е от изключително значение за Новото обществено здравеопазване. Тези функции могат да се извършват от различни професионални, потребителски и академични институции. Това дава възможност на правителствата да действат индиректно чрез установяването на стандарти и норми, както и чрез различни инициативи и дейности, засягащи отговорността, акредитацията и лицензирането, а така също и чрез директни регулаторни стандарти или финансови санкции.

ФЕДЕРАЛНИ И УНИТАРНИ ДЪРЖАВИ

Общественото здравеопазване изисква правна, административна и финансова основа. Формата на управление за различните държави може да е различна, някои са федерални, а други са унитарни.

При федералните системи трите нива на управление: федерално, държавно и местно имат отделни, но препокриващи се отговорности за общественото здравеопазване. Федералните държави имат конституции, в които се подчертават правата на държавата и здравеопазването се определя като частна дейност между пациент и лекар. От тук и първичната отговорност за здравето е на държавно или провинциално ниво. Обаче, поради по-големите ресурси на национално ниво, ролята на федералното правителство в здравната сфера с течение на времето се е увеличила. Националните правителства обаче са отговорни за осигуряването на равенство и социалната политика. Разрастването на ролята на федерацията е исторически процес, наблюдаван в много страни. Като минимум, федералното ниво е отговорно за националната здравна политика, планирането и формулирането на националните здравни цели. САЩ, Канада, Русия, Аргентина и Нигерия са примери за страни с федерална форма на управление.

Унитарната държава е форма на управление, която има централни, национални и локални нива на управление, но няма междинно законодателно ниво. Такива страни са Великобритания и страните с правителства, основаващи се на Френския Наполеонов кодекс, повечето от които са испано-говорящи. В тези страни централното правителство има основната отговорност за здравето, но и тук също местното управление е основен фактор в общественото здравеопазване. Властта на регионалните и местните власти произтича от националната структура. Общественото здравеопазване се развива на местно ниво под формата на здравно обслужване, хигиенизиране, контрол на храните и други подобни. Във Великобритания националното правителство първоначално издига местните организации на общественото здравеопазване, по-късно организира програмите за индивидуални здравни услуги за цялото население в централно контролираната Национална здравна служба.

Разпределянето на властта в здравната сфера е общо за всички здравни системи, като поради историческите дадености тази степен на разпределение е различна. В края на XX-ти век националните здравни власти са до голяма степен отговорни за общата политика, законодателството, финансирането, стандартите, мониторинга, изследователската дейност и осигуряването на услугите с цел постигане на националните здравни цели. Управлението на услугите, обаче, е в общия случай децентрализирано, като отговорността е на държавно, регионално и локално или на институционално ниво. Разпределянето или съвместяването на отговорността от различните нива на властта е типично за настоящото планиране, поради различните интереси и необходимостта да се извършват различни дейности, които съставляват здравния сектор на обществото. Неправителствените агенции често изпреварват държавните власти в тази област и тяхното присъствие и участие представлява важен елемент в здравния комплекс, било то като изпълнители на услуги, застъпници или организации за събиране на финансови средства за програми, които правителството няма възможност да включи в своята "потребителска кошница".

Администрирането на услугите често се поверява на местните власти или на независими институции или други агенции. Отговорностите се разпределят в различна степен в процеса на администриране на услугите, в обучението, практическата подготовка и регистрирането на здравните професионалисти, в изследователската работа, в междусекторното сътрудничество между правителствените агенции, професионалните и акредитиращите организации, НПО и подпомагащите групи, академичните и изследователски институции. Законодателството може да инициира и направлява промените в здравните програми чрез регулаторни и финансови мерки, но реализирането им изисква участието на широк спектър индивиди и потребителски организации, доставчици и други групи с интереси в здравната сфера. Здравеопазването не е изолирана услуга, а отражение на ценностите и стандартите на социалното и икономическото развитие на обществото, с голяма степен на взаимна зависимост между здравните агенции и другите правителствени и неправителствени елементи на това общество.

КОНТРОЛ И БАЛАНС В ЗДРАВНАТА АДМИНИСТРАЦИЯ

Баланс между намесата на правителството и частните организации, между регулирането и самоуправлението в здравеопазването не може нито лесно да се дефинира, нито лесно да се постигне. В исторически план различни елементи на здравеопазването са се развивали по различно време и с различна степен на политическа, икономическа и обществена подкрепа. Натрупаният опит на модерното обществено здравеопазване показва, че всички елементи на здравеопазването трябва да се разглеждат като част от едно цяло. Слабостите в една област заплашват благополучието на цялото. Незадоволителните нива на хранене и санитарно-битови условия причиняват болести, за които лечението е по-скъпо и по-малко ефективно от превенцията. В същото време ниските нива на медицински стандарти, дължащи се на неадекватно обучение, мотивация, ресурси и контрол могат да доведат до ниски стандарти на здравето между големи групи от населението.

Организацията на услугите на общественото здравеопазване, независимо от това, дали са интегрирани в обща система или в отделни системи за извършване на различни лечебни дейности, изисква комбинирането на централизирани и децентрализирани отговорности. Основната национална отговорност може да бъде най-добре реализирана

на чрез адекватното поставяне на целите и стандартите при осигуряване на регионално и социално равенство. Децентрализацията дава на местните власти преки оперативни права със съответните средства и отговорности. Разпределянето на отговорностите означава, че много агенции оперират на различни национални нива. Всяка има своя собствена сфера на интереси и те се свързват заедно, за да образуват работещо цяло с контрол, баланс и сътрудничество помежду си.

В централизираната здравна организация, която контролира политиката, администрацията, финансирането, услугите, обучението на персонала, изследователската работа и нормативните актове може да липсва контрол и балансираност, необходими за предотвратяване на авторитарното управление. Предишните високо централизирани здравни системи прибягват до децентрализацията като средство за вливане на допълнително финансиране, чувство за местен патриотизъм, гордост, неприкосновеност и качество на своите здравни системи, комбинирайки го с универсален достъп и регионално, етническо и социално равенство. Всеобхватността и намаляването на разходите са предизвикателства пред организацията на системите на общественото здравеопазване.

В разпределянето на отговорностите за здравето федералната структура има явни предимства. Най-високото ниво на управление служи като общо ниво на политиката със своята финансираща и регулаторна роля. По своята същност държавното (щатското) ниво е близко до обществото и представлява регионалните интереси. Местното здравно управление е най-близко до обществото и с подкрепата на държавата (щата) и федералното правителство може да провежда промоция на здравните интереси на обществото, които са обект на федералното законодателство и отговорност.

Новото обществено здравеопазване търси баланс и сътрудничество между правителствено-ориентираните здравни услуги и широката мрежа от частни, често конкуриращи се организации, които работят заедно за ефективното използване на ресурсите за осъществяване на общите здравни цели - да се удовлетворят нуждите на индивида и населението като цяло.

ПРАВИТЕЛСТВО И ИНДИВИД

Конфликтните идеи относно всеобхватната роля, която правителството трябва да играе, засягат общественото здравеопазване по различни начини. През 1869 г. Джон Стюарт Мил, един от основателите на съвременната икономика, пише в увода към *On Liberty*: "единствената цел, за която власт може справедливо да се налага над член на цивилизованото общество срещу волята му, е да се предотврати причиняването на вреда на другите. Неговото собствено добро, независимо дали е физическо или морално, не е достатъчна гаранция".

Институциите за основни санитарно-хигиенни работи и комунална хигиена трябва да се съгласят с тези индивидуалистични идеи. Въпросите за намесата на правителството в "личните работи", като здравето, не са нови и са обект на активни дискусии в индустриалните западни общества, бившите Съветски републики и другите развиващи се страни. Независимите икономисти проповядват идеята за минимално държавно участие във всички икономически работи, включително социалните услуги, каквото е здравеопазването.

През XIX, и още повече през XX век, става очевидна и задължителната намеса на държавата в съхраняването и промоцията на здравето и налагането на мерките на общественото здравеопазване във всички общества. От друга страна е разочарованието от опита на правителства, които са поели пълната отговорност за здравеопазването и

тоталния мениджмънт на здравните услуги. Повечето страни поддържат свой собствен баланс между тези две крайности. Парадоксално е, че здравната система на САЩ, най-децентрализираната и приватизирана от всички национални здравни системи, поставя ударението върху разработването на национални и професионални стандарти, мониторинга, националните цели и нормативи в здравеопазването и е в процес на тотална промяна от индивидуални здравни грижи към системи за управлявани здравни грижи.

ФУНКЦИИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Американската асоциация по обществено здравеопазване (*APHA*), създадена през 1872 г. периодически издава декларации за мисията и основните услуги, предоставяни от организациите на общественото здравеопазване. Тези насоки помагат на правителството да осигурява или контролира изпълнението им чрез другите агенции. Декларацията на *APHA* от 1994 г. за цялостната визия и мисията на общественото здравеопазване в Америка (панел 10.1) е одобрена от Асоциацията на щатските и териториални здравни власти, Националната асоциация на регионалните и градските здравни власти, Института по медицина, Асоциацията на училищата по обществено здравеопазване, Американската служба по обществено здравеопазване и други. Периодичните прегледи и ревизии, извършвани чрез консенсус между различните професионални организации, свързани с общественото здравеопазване, помагат за поддържането на актуалността на всички локални и централни организации на общественото здравеопазване.

ПАНЕЛ 10.1

МИСИЯ И ОСНОВНИ УСЛУГИ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, АМЕРИКАНСКА АСОЦИАЦИЯ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Отговорности или мисия на общественото здравеопазване:

1. Превенция на епидемии и разпространение на болести.
2. Предпазване от заплахите на околната среда.
3. Превенция на наранявания.
4. Промоция и окуражаване на здравословно поведение.
5. Откликване на бедствени ситуации и помощ при възстановяването от тях.
6. Осигуряване на качество и достъпност на здравните услуги.

Основни услуги на общественото здравеопазване:

1. Мониторинг на здравния статус за идентифициране на общи здравни проблеми.
2. Диагностика и проучване на здравните проблеми и здравните рискове в обществото.
3. Информирание, обучение и осведомяване на хората по въпросите на здравето.
4. Мобилизиране на общественото партньорство и действия за разрешаването на здравните проблеми.
5. Разработване на политики и планове за подпомагане на индивидуалните и обществените здравни усилия.
6. Внедряване на закони и нормативи, които съхраняват здравето и гарантират сигурност.
7. Насочване на хората към необходимите лични здравни услуги и осигуряване на здравни грижи, каквито по друг начин не могат да се осигурят.

8. Надежден и експертен персонал в общественото здравеопазване.
9. Оценка на ефективността, достъпността и качеството на здравните услуги.
10. Научни изследвания за нови идеи и решения на здравните проблеми.

Източник: Essential Public Health Services Work Group, 1997. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152; see also <http://www.alpha.org/science/>

ТАБЛИЦА 10.1

Отговорности и дейности на здравните власти в областта на общественото здравеопазване на национално, щатско или местно ниво

Отговорности	Програми/дейности
Мониториране на здравния статус	Поддържане и мониторинг на статистиката на жизненоважните показатели, водена за значимите заболявания, регистри за специални заболявания, данни за използваемостта на болниците, специализирани (стражеви) центрове, параметри на развитието на децата, наблюдения в училищата, трудова медицина, специални проучвания; сбор и обработка на здравни данни; оценка на ефективността и качеството на здравните услуги.
Разработване на здравна политика и цели	Представят здравните интереси в планирането на урбанизацията, въпросите на околната среда, социалната политика, планирането и функционалността на ресурсите на здравеопазването, планирането при бедствени ситуации; планиране на програмите на агенциите; цялостно щатско и регионално планиране на здравеопазването; здравна просвета на обществото; защита на здравето; включване на външни изпълнители на здравни грижи; научно-изследователска работа и развитие; ангажиране на обществото; организация на здравната агенция; насоки на политиката на здравната агенция; човешки ресурси и финансиране; връзка с федералните и щатските здравни власти.
Здравна промоция	Обучение на населението по въпросите на здравето; промоция на безопасна и здравословна обществена инфраструктура и обслужване.
Обществено здравно обслужване	Контрол на имунизациите, полово предаваните болести, туберкулозата и заразените болести; контрол на хронични болести и медицинска рехабилитация; семейно здраве, включително пренатални грижи, грижи за деца инвалиди, училищно здраве и семейно планиране; стоматологично здраве; злоупотреба с вещества, хранене и просвета.
Регулиране на околната среда, храните, лекарствата, труда и други основни, свързани със здравето услуги	Регулиране и проследяване; защита на храните; опасни вещества и безопасност на стоките; пречистване на водоизточниците, контрол на замърсяването с горива и масла; контрол на замърсяването на водата; обеззаразяване и обезопасяване на басейни; безопасност на труда; контрол на радиационния фон; управление на качеството на въздуха; контрол на шума; управление на изхвърлянето на твърди отпадъци; обеззаразяване на институциите; предпазване от наранявания от околната среда; запазване и ремонт на жилища.
Финансиране	От данъците и междуправителственото финансиране да се прави промоция на здравните дейности и услуги с цел задоволяване на здравните нужди; осигуряване на стипендии или финансиране за по-ниските нива на управление, за изпълнители и научни работници.
Здравни услуги за психично здраве	Първична превенция от психични нарушения, консултации за обществените ресурси; услуги, свързани с диагностиката и лечението: външни пациенти, спешни отделения, краткосрочна хоспитализация, дневен стационар и нощни дежурства; обслужване на пациенти след хоспитализация, диагностика и оценка на услугите за пациенти със забавено умствено развитие
Лични здравни услуги	Медицински грижи за индивидите, които нямат адекватна здравна осигуровка (старите хора, бедните, временно пребиваващите); функционираща медицинска техника; спешна медицинска помощ; здравни програми на работодателите; медицински грижи за затворници и специализирани институции
Междусекторно сътрудничество	Координиране с различни агенции за обучение, социални услуги, планиране на урбанизацията, жилищно настаняване, полиция, гражданска защита, военни, затворнически услуги; координиране на неправителствените организации, включително доброволните, обществените, етническите и религиозните организации

За голяма част от отговорностите, делегирани на агенциите за обществено здравеопазване на национално, щатско, регионално или местно ниво на здравната администрация е необходима комбинация от методи и подходи. В таблица 10.1 е показан списък на дейностите на организациите на общественото здравеопазване в САЩ. Регулаторните функции са на базата на юридическите правомощия на агенциите на общественото здравеопазване да създават и внедряват стандарти. Дефинирането на здравните цели, политиките и финансирането, както и националните или щатски стандарти е от изключителна важност за промоцията на нови програмни инициативи. Здравната промоция включва не само директно или формално обучение, а промоция за разбиране проблемите на общественото здравеопазване от обществото, изпълнителите на здравни грижи и другите агенции. Услуги могат да се изпълняват директно или могат да бъдат финансирани, или контролирани от агенциите за обществено здравеопазване. Директна услуга е осигуряването на услуги за хората, особено в области, където е необходимо универсално изпълнение на стандартна програма (например имунизации), или за рискови групи от населението, които не могат да си осигурят достъп до други услуги (например пренатални грижи за бедните).

Междусекторното сътрудничество представлява координиране с други агенции от правителството, НПО или изпълнители на здравни услуги, с оглед изпълнението на общи цели, които водят към подобряване на общественото здравеопазване. Това е област, за която подкрепата на общественото здравеопазване е важна, тъй като правомощията на общественото здравеопазване позволяват ангажирането на други агенции за разработването на водоснабдителни и канализационни системи или полицейски надзор на магистралите, с цел намаляване на пътно-транспортните произшествия. Както в миналото, така и за в бъдеще, НПО, доброволните организации и подпомагащите групи ще играят жизненоважна роля в разработването на здравните програми.

РЕГУЛАТОРНИ ФУНКЦИИ НА АГЕНЦИИТЕ ЗА ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Регулаторната функция в общественото здравеопазване е на базата на законния мандат да защитава обществото от вредности и рискове, които оказват влияние на здравето и да осигурява определени стандарти за извършването на здравни услуги. Независимо от степента на децентрализация на системите за здравни услуги, съществуват ключови централни стандарти в общественото здравеопазване, които трябва да се поддържат на федерално ниво в основните области като хранене, санитарно-хигиенни работи, контрол на храни и лекарства и други, които индивидуалният гражданин или изпълнител на здравни грижи не може да контролира. Регулаторната функция покрива широк кръг от услуги на общественото здравеопазване.

Регулаторните аспекти на общественото здравеопазване в САЩ включват:

1. Удостоверения за раждане и смърт: местни, щатски и национални власти, като Американския национален център за здравна статистика (*NCHS*);
2. Одобряване на лицензите за бизнес: местни здравни власти;
3. Съгласуване на кодове: местни здравни власти в съответствие с щатските и федерални кодове;
4. Санитарно-хигиенни мероприятия и околна среда: чрез общинските, щатските и националните агенции, като Агенцията за опазване на околната среда (*EPA*);
5. Регулиране на здравния персонал: чрез щатските бордове (комисии);

6. Лицензиране и издаване на сертификати на здравни заведения: местни, щатски и федерални власти;
7. Контрол на заразните заболявания: местни, щатски и федерални власти съвместно с Центъра за контрол на заболяванията (*CDC*);
8. Безопасност на храните: местни, щатски и федерални стандарти и проверки от Администрацията за храни и лекарства (*FDA*);
9. Фармацевтични стандарти: включително безопасност, ефикасност, обозначаване и стандарти за производство чрез Администрацията за храни и лекарства;
10. Трудова медицина и безопасност: местни, щатски и федерални стандарти и проверки чрез Администрацията за безопасност на труда и здравето (*OSHA* за стандарти, нормативи и внедряване и Националния институт по безопасност на труда и здравето *NOSH* за научно-изследователска дейност).

МЕТОДИТЕ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ ИЛИ ГАРАНТИРАНЕ НА УСЛУГИТЕ: ПРЕКИ ИЛИ НЕПРЕКИ?

Осигуряването или гарантирането на здравните услуги от правителството е различно за отделните страни. Канадската програма за здравно осигуряване се управлява от провинциите като разходите се разпределят федерално. В Скандинавските страни, които имат много от характеристиките на провинции, основно действат местни здравни служби. В централно управляваните икономики, като страните от бившия Съветски Съюз, здравните услуги са били силно централизирани. В момента тенденцията навсякъде по света е към децентрализиране на мениджмънта на услугите.

Много от функциите на общественото здравеопазване могат да се изпълняват само от правителството, тъй като изискват юридически, данъчни и регулаторни правомощия или защото са насочени към цялото население. Централно координиране е необходимо за основните функции на общественото здравеопазване като епидемиология и контрол на заболяванията, мониторинг на здравето на населението и други въпроси, разглеждани по-горе.

За да се придържат към специфичните здравни цели, формулирани от националните или международните обществени или професионални организации, местните, щатските или националните здравни власти могат директно да осигуряват определени функции на общественото здравеопазване, като например специализирани лаборатории. В САЩ агенциите за обществено здравеопазване извършват услуги, които не са достъпни за хора във висок риск или за групи от населението, които по друг начин не могат да ги получат. Много от тези услуги се извършват с помощта на специално финансиране от по-високите правителствени нива и са насочени към специфични програми като имунизации, намаляване на оловото, пренатални грижи и изследване за СПИН. Това по принцип са услуги, които обикновено не се покриват от медицинските осигуровки или от здравните системи.

Имунизациите могат да се извършват като държавна услуга, както е в Израел, или от частни лица или изпълнители на управлявани грижи, както е във Великобритания и САЩ. Даже и в страни с добре развити системи за първична медицинска помощ възниква необходимост от допълнителни услуги, които изискват специални действия, като скрининг за хипертония или заразни болести. Здравната просвета, като функция на всички нива на държавните или недържавните здравни служби, включва дейности, които са насочени към повишаване на здравното съзнание на цялото общество или специфични целеви групи.

Финансовото стимулиране, под формата на стипендии или други категории на финансиране, може да бъде насочено към програми за извършване на специфичен вид здравни услуги, научни изследвания или обучение. Финансово стимулиране се използва в търсенето на решения на специфични проблеми, като стимулиране заплащането на лекарите за постигнати добри резултати или за изпълнението на специфични цели, като пълна имунизация или тест на Пап и мамография за специфични целеви групи във Великобритания. Представят се предложения, които по-късно се разглеждат и оценяват по отношение на качество и в съответствие с поставените цели и потенциалните резултати. Стимулирането или категорийното финансиране е полезен начин за въвеждане на нов пакет дейности, за подсилване на слаба област на общественото здравеопазване или за подпомагане на нови основни цели на здравните системи.

НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИ РОЛИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Както държавният, така и частният сектор, включващи обслужващи системи с идеална цел или с цел получаване на печалба, имат жизнено важна роля в общественото здравеопазване и здравните грижи. Частният сектор включва не само изпълнители на здравни грижи, но също и професионални организации, университети, потребители, доброволни и подпомагащи групи. Поради приноса им към извършваните услуги, професионалните стандарти и обучението на здравния персонал, те имат сериозен принос в здравната система, независимо от начина ѝ на финансиране или администриране.

Неправителствените организации могат да въвеждат иновационни методи чрез доброволни дейности и програми с оглед задоволяването на специфични области на грижите, с които формалните здравни системи имат трудности. В САЩ пример за доброволна НПО и нейния принос е Маршът на 10-те цента, която е изиграла изключителна роля в разработването на полиомиелитната ваксина на *Salk* и грижите за хората, засегнати от полиомиелит. Понастоящем тя се занимава с профилактика на уврежданията при раждане (панел 10.2). Съществуват много организации, които събират средства за промоция на изследванията на специфични болести, от диабет до множествена склероза.

ПАНЕЛ 10.2

МАРШЪТ НА 10-ТЕ ЦЕНТА

Създаден през 1938 г. с участието на президента Франклин Делано Рузвелт, самият той жертва на полиомиелит, Маршът на 10-те цента играе основна роля в осигуряване грижи за децата, засегнати от полиомиелит и търсенето на ваксина за предпазване от болестта. Хиляди доброволци помагат за събирането на средства и за организирането на широкомащабни клинични изпитвания на ваксината на *Salk*. С премахването на полиомиелита в САЩ, Маршът на 10-цента се фокусира към основни проблеми на детското здраве: увреждания при раждане, нискотегловност, детска смъртност и недостатъчни пренатални грижи.

За 2000 година тази организация си поставя следните цели:

1. Да се намалят уврежданията при раждане с 10 %. Уврежданията при раждане са 150 000 годишно и представляват водеща причина за детската смъртност;

2. Да се намали детската смъртност до 7 на 1000. Годишно в САЩ умират 33 000 деца до 1 година и това нарежда страната на 24 място по детска смъртност (за деца до 1 година);

3. Да се намалят нискотегловните новородени до 5 % или по-малко. Ниското тегло на новородените е заплаха за живота и благополучието на 290 000 новородени годишно;

4. Да се увеличи броят на жените, получаващи пренатални грижи в първия триместър на бременността до 90 % (от сегашно ниво 79 %);

5. Да се подпомага извършването на генетични изследвания, включително генна терапия, тестване и консултации, създаване карта на гените;

6. Да се финансира института за биологични изследвания *Salk* за работа по Проекта на човешкия геном (гени, свързани с имунни нарушения, забавено умствено развитие, левкемии), подобряване на кръвните тестове за скрининг на новородените, подобряване на перинаталните грижи за избягване на церебрална парализа и нарушения на дишането при новородените;

7. Да се подкрепя използването на фолиева киселина от жените във фертилна възраст с цел намаляване на риска от дефекти на нервната система.

Източник: <http://www.modimes.org>

Доброволните организации могат да инициират услуги, каквито общественият сектор не е в състояние. Могат да се посочат многобройни примери, но този ще бъде достатъчен. През 1976 г. в Ерусалим, един мъж и баща му са основали доброволна организация в памет на майката и съпругата (*Yad Sarah*), с цел осигуряване наемане на медицинска апаратура и други услуги, от инвалиден стол до домашна храна, в дневните центрове и системи за спешно повикване, с мисията да помагат на старите хора и инвалидите да функционират самостоятелно. По-късно клонове на тази организация се създават в 70 града в цял Израел. Други организации с подобна цел са създадени в 25 града на бившия Съветски Съюз и се планира създаването на подобна организация в Ню Йорк.

МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА И ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Както общественото здравеопазване, така и клиничните услуги са жизнено важни и взаимно свързани за подобряване здравето на индивида и обществото. Бързият достъп до високо качествени здравни услуги е право на населението и изискване на доброто обществено здравеопазване. Това изисква наличието на високо качествени изпълнители на клинични и профилактични грижи. Явлението частно заплащане на лекарите, работещи в публичния сектор на здравеопазването е широко разпространено, както и това, че лекари от публичния сектор практикуват частно след официалното си работно време. Това не може напълно да се спре, но може да се регулира.

Във Великобритания частната практика на специалистите, работещи в болниците е разрешена и даже се окуражава, тъй като по този начин се осигурява по-бърз достъп до болнични грижи за частните пациенти. На това често се гледа като вродена несправедливост на Националната здравна служба. В израелските университетски бол-

ници е организирана частна медицинска практика, която използва старшите лекари на територията на болницата, като част от реализираните приходи остават за болницата.

Заплащането на базата на извършени медицински услуги е все още общоприета практика в САЩ и Канада, въпреки, че тези страни имат различни методи на финансиране на здравните услуги. Националната здравно осигурителна програма в Канада се базира на частно заплащане за услуга, но забранява на лекарите да вземат допълнително пари от пациентите, тъй като това може да застраши равенството на достъп до здравна помощ на цялото население, като част от федералните критерии за подпомагане на здравните планове на провинциите.

САЩ имат смесена схема от частно медицинско осигуряване, преди всичко чрез работодателя, *Medicare* за възрастните над 65-годишна възраст и *Medicaid* за бедните. Около 40 милиона души нямат медицинска осигуровка, а други 15 милиона имат много ниско ниво на покритие на медицинската осигуровка, с допълнителни трудности за онези, които си сменят работата и губят своите медицински осигуровки. С намаляването на частната медицинска практика в САЩ се наблюдава нарастване на плановите за управлявани грижи. Действайки като програми с цел печалба или с идеална цел, плановите за управлявани грижи предоставят по-ниски цени и по-всеобхватно покритие от традиционните застрахователни планове.

В много страни се извършва реформа на здравната система. Това изисква инициативи за промоция на амбулаторните и обществено достъпните услуги чрез стимулиране и интегриране на болничните и дългосрочните грижи. Управляваните грижи са важни в САЩ и поради необходимостта от ограничаване на ненужното използване на болничните и специализирани услуги и поставяне на ударението на първичните и превантивни грижи. Моделът им е подобен и в други страни.

СТИМУЛИРАНЕ И РЕГУЛИРАНЕ

Стимулирането и отказът от стимулиране са важни средства на здравната политика и управление. Правителствата са отговорни за осигуряването на достатъчно и качествени здравни заведения и персонал, които да посрещат нуждите на населението, както и за гарантирането на адекватното и ефективно финансиране на системата. Тази отговорност включва използването на публичната власт за осигуряването на балансирана и висококачествена система на здравните грижи, еднакво достъпна за хората от всички райони и социални класи. Независимо от това, дали услугите се притежават и администрират от правителството, агенции с идеална цел или от частни институции, публичната власт е отговорна за удовлетворяването на здравните нужди на населението.

Осигуряването на подходящ баланс между различните елементи на здравните системи, обслужващи населението на един и същ регион или окръг, е важен въпрос на планирането на общественото здравеопазване. Здравните заведения, като болници и общински здравни заведения за продължително лечение и грижи се лицензират и регулират от съответните здравни власти. Тази регулаторна власт е необходима, но не е достатъчна без финансови споразумения, които обединяват стимулирането и отказът от стимулиране (т.е. подхода "морков и тояга"). Комбинацията осигурява механизми, които подтикват здравните заведения да се развиват, като се съобразяват с националните, щатските или местните нужди. В развитите страни това може да означава закри-

ване на излишни болнични легла и пренасочване на средствата към общински-базирано здравно обслужване, както става понастоящем във Великобритания, Скандинавските страни и много европейски страни, Канада, САЩ и до определена степен в Русия.

Дяловете на болничните легла и медицинския персонал на 1000 души от населението са критични детерминанти на здравната икономика, така че националните и щатските здравни власти трябва да използват тяхната регулаторна сила, за да ограничават издържането и разпределението им. Излишно големият брой лекари е проблем в много средно развиващи се страни, като тези в Латинска Америка. Нормативната или финансовата власт, както и финансовият контрол могат да се използват за намаляване назначаването на лекари в медицинските заведения с цел да се намали излишъка от лекари и да се пренасочат лекарите към областите с недостиг на специалисти за извършване на здравни грижи.

Всяка федерална правителствена институция може да подпомага специфичните здравни програми като предлага финансова помощ. Подходът на категоричното финансово стимулиране осигурява стипендии за определена цел или разпределяне на разходите за програми, които отговарят на определени изисквания. Канадският план за здравно осигуряване се базира на провинциалните планове, които удовлетворяват изискванията за определени федерални изисквания и получават правото на споделяне на разходите.

ПАНЕЛ 10.3

АКТ HILL-BURTON

Актът *Hill-Burton* (Акт за проучване и реконструкция на болниците, 1946 г., т. VI от Акта за публичното здравно обслужване) е осигурил федерално-щатско-местно партньорство за разпределението на \$ 16 милиарда в помощ на 3 800 общини в 11 500 проекта за болници, заведения за продължителни грижи и лечение, рехабилитационни центрове и центрове на общественото здравеопазване. Той въвежда национални стандарти и финансиране в местни болници. Програмата помага за издигането на стандарта на медицинските грижи в САЩ през 50-те и 60-те год. на XX-ти век. Това води до увеличаване броя на болниците в по-слабо обслужваните райони и ремонта на остарели здравни заведения. Този Акт помага за интегрирането на южните райони на САЩ и осигурява механизъм за лечение на неосигурените американски граждани в национални болници.

Програмата има успех и в ограничаването на излишните болнични легла, поставяйки стандарти за 4-4,5 остри болнични легла на 1 000 души от населението (повече в селските райони), без да се увеличава общият брой на леглата. Докато поддържа средната класа, тъй като тя има местен финансов принос, Актът *Hill-Burton* насочва федералните пари към бедните общини, като по този начин повишава стандарта на болниците и равенството в достъпа до качествени здравни грижи. Той изисква от болниците, получили федерално финансиране да осигуряват определен обем безплатни или по-евтини медицински услуги за бедните (виж глава 11) и спешна помощ за неосигурените. С поставянето на горна граница на броя на болничните легла, се ограничава разрастването на болниците и се стимулира процесът на непрекъснато подобряване и съкращаване на болничния престой.

Програмата има и редица основни грешки, включително промоцията на болницата като основен център за здравни грижи, оставяйки общинските грижи

извън потока на допълнителното финансиране. Това води до увеличаване пропорцията на здравните разходи за болнични грижи. Разходите за болнични грижи като процент от общите здравни разходи са се увеличили от 34,5 % през 1960 г. до 41,5 % през 1980 г., но са намалели на 35,4 % през 1995 г. През 80-те год. на XX-ти век Актът *Hill-Burton* е разширен за подпомагане на клиничните и първични здравни грижи.

Национално здравно осигуряване е било включено в предложения закон за социално осигуряване по време на управлението на Рузвелт, но е изключен от Акта за социална сигурност от 1935 г., тъй като го застрашава политически. След края на Втората световна война, през 1946 г., предложеният *Wagner-Murray-Dingell* закон за национално здравно осигуряване под натиска на Американската медицинска асоциация и здравно осигурителната индустрия се проваля и не успява да стигне до Конгреса. Част от това предложение оцелява като Акт на *Hill-Burton* за осигуряване на федерална помощ на местните агенции за строеж или ремонт на болници (панел 10.3). Моделът на *Hill-Burton* е типичен подход към решаването на проблем във федерална държава, използвайки механизма на категорийни стипендии за промоция на това, което се приема за здравен приоритет. Подобен подход може да се използва за подсилването на слаба здравна програма като имунизации и майчини грижи в развиващите се страни. Може да се използва и за промяна на баланса в обезпечаването на услуги и ресурси. Една система за стимулиране или разпределяне на разходите може да осигури капитално финансиране, например, за намаляване на общия капацитет на леглата и за подпомагане интегрирането на отделенията за майчински, психични, гериатрични грижи и туберкулозни отделения в многопрофилните болници. Финансова помощ при условие "намаляване и подобряване" може да осигури обновяване на болничното заведение и преминаване към одобрена програма за модернизиране на болничните услуги. Федералната финансова помощ може да стимулира местните власти да се кандидатира за част от финансирането, при условие, че удовлетворяват федералните критерии и насоки за тази цел.

В страни, в които здравните системи са били високо централизирани, като Британската национална здравна служба и бившата съветска здравна система, децентрализацията и разпределянето на правомощията се подпомагат чрез финансови механизми. Канадският план за национално здравно осигуряване е внедрен от федералното правителство с помощта на финансово стимулиращ тип разпределяне на разходите, което принуждава провинциите да приемат федералните условия за универсално покритие, всеобхватност, преносимост и публично администриране, като критерии за провинциалните планове. Когато федералното правителство преминава от фиксирани дялове на разходите към фиксирано или блоково финансиране, то губи частично контрол върху пълното управление на провинциалните планове. В същото време то поддържа строгите си изисквания за равенство, преносимост (на покрити от осигурителния план услуги), публично администриране и забрана за допълнително заплащане на покрити от осигурителния план услуги. Намаляването дела на федералното финансиране в общите разходи на провинциите ги принуждава да започнат реформа, изразяваща се в намаляване болничните легла и промоция на организациите на общественото здравно обслужване.

Частните, нелегитимни заведения за хронично болни са причина за разпространението на ниско качествени здравни услуги на много места в САЩ. В случая не е възможно на наемската на здравните власти, освен при констатиране на изключително лоши санитарно-хигиенни условия. Въвеждането на *Medicare* за възрастните и *Medicaid* за бедните дава възможност на федералните и щатски агенции да поставят минимални стандарти, като изискват от всички здравни заведения, обслужващи пациенти на *Medicare* да бъдат акредитирани от неправителствена агенция, призната от федералните здравни власти. Това става стандартно изискване в САЩ. Канадските провинциални осигурителни платове също налагат икономически санкции на неакредитираните болници.

Друга мярка за увеличаване регулирането на здравните заведения е изискването всяка болница, предприемаща разширяване или ремонт, да има одобрение от щата чрез Сертификат за нуждите (*CON*). Сертификатът, използван в САЩ под щатското здравно законодателство, зависи от демонстрираната необходимост и източници на финансиране, които трябва да бъдат в съответствие с щатското законодателство. Това може да се свърже с поощряваща субсидия, но може да се използва и като елементарен механизъм за регулиране. Подходът на *CON*, използван от щатските здравни департаменти успява само частично да ограничи необузданите амбиции за разширяване на болничните заведения. През 80-те и особено през 90-те год. на XX-ти век, конкуренцията и промяната в системите за заплащане, водят до затварянето на болници и намаляване на болничните легла в много от тях.

ПРОМОЦИЯ НА ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКАТА ДЕЙНОСТ И ОБУЧЕНИЕТО

Медицинските изследвания и обучение са в основата на бъдещото развитие на здравните грижи. Те поощряват разработките в здравните науки, като ваксини, проекта за човешкия геном, лечението на генетични и хронични заболявания. Това допринася за създаването на медицински училища, но също така и за съхраняването и подобряването на тяхното качество, издигайки стандартите на грижите. Изследванията в общественото здравеопазване зависят от основните и клиничните науки, но в равна степен и от епидемиологията и документирания опит от работата на поле.

В САЩ Националният здравен институт (*NIH*), започвайки от Националния раков институт през 1930 г. е допринесъл значително за високото качество на медицинското образование и изследователска дейност. Системата на субсидиране от *NIH* е била основен фактор за промоция на стандартите за медицинско обучение чрез финансиране на изследователската дейност и обучението в медицинските училища в САЩ. Благодарение на това финансиране, след Втората Световна война САЩ заема челно място в областта на биомедицинските науки. В САЩ има 24 Национални здравни института (включително центрове и отдели), (табл. 10.2).

Комбинацията от колегиално съперничество, свобода на публикуването, обмен на резултати от научни проучвания и прегледи в рецензирани списания и професионални срещи в правителствени агенции, съдействат за научния и приложен напредък в медицинските науки. Производството на лекарства и медицинска апаратура от частния сектор спомага за непрекъснатото развитие на медицинските и здравните науки, в.т.ч. общественото здравеопазване. Между националните центрове с отлични постижения в общественото здравеопазване са Института *Pasteur* във Франция и Лабораториите в Кеймбридж, Великобритания. Те са финансирани от държавата и разполагат с голям брой високо квалифицирани изследователи.

ТАБЛИЦА 10.2

Национални здравни институти, здравни центрове и отдели в САЩ и техните интернет адреси, Януари 2000

Наименование	Абревиатура	Уебсайт
<i>Институти</i> (основна страница: http://nih.gov)		
Национален раков институт	<i>NCI</i>	www.aci.nih.gov
Национален очен институт	<i>NEI</i>	www.nei.nih.gov
Национален институт по сърдечни, белодробни и болести на кръвта	<i>NHLBI</i>	www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi/htm
Национален изследователски институт за човешкия геном	<i>NHGRI</i>	www.nhgri.nih.gov
Национален институт по стареене	<i>NIA</i>	www.nih.gov/nia
Национален институт за злоупотреба с алкохол и алкохолизъм	<i>NIAAA</i>	www.niaaa.nih.gov
Национален институт по алергични и инфекциозни болести	<i>NIAID</i>	www.niaid.nih.gov
Национален институт за артрит и мускулно-скелетни и кожни болести	<i>NIAMS</i>	www.nih.gov/niams
Национален институт за детско здраве и развитие на човека	<i>NICHHD</i>	www.nih.gov/hihcd
Национален институт за глухота и други нарушения на комуникирането	<i>NIDCD</i>	www.nih.gov/nidcd
Национален институт по стоматология и лицево-челюстни изследвания	<i>NIDCR</i>	www.nidcr.nih.gov
Национален институт по диабет, бъбречни и болести на храносмилателната система	<i>NIDDK</i>	www.niddk.nih.gov
Национален институт за злоупотреба с наркотици	<i>NIDA</i>	www.nida.nih.gov
Национален институт по околна среда и здраве	<i>NIEHS</i>	www.niehs.nih.gov
Национален институт по общомедицински науки	<i>NIGMS</i>	www.nih.gov/nigms
Национален институт за психично здраве	<i>NIMH</i>	www.nimh.nih.gov
Национален институт за неврологични нарушения и инсулти	<i>NINDS</i>	www.ninds.nih.gov
Национален институт за сестрински изследвания	<i>NINR</i>	www.nih.gov/ninr
<i>Центрове и отдели</i>		
Клиничен център <i>Warren Grant Magnuson</i>	<i>CC</i>	www.cc.nih.gov
Център за информационни технологии	<i>CIT</i>	www.cit.nih.gov
Национална медицинска библиотека (<i>NLM</i>) и системата за извличане и анализ на медицинска литература	<i>MED-LARS</i> ¹	www.nlm.nih.gov
Национален център за изследователски ресурси	<i>NCRR</i>	www.ncrr.nih.gov
Национален център за съвременна и алтернативна медицина	<i>NCCAM</i>	www.nccam.nih.gov
Международен център <i>Fogarty</i>	<i>FIC</i>	www.nih.gov/fic
Отдел за компютърни изследвания и технологии	<i>DCRT</i>	www.dcrn.nih.gov
Център за преглед на научна информация	<i>CSR</i>	www.drg.nih.gov

Източник: National Institute of Health, Bethesda, Maryland 20892. Website Jan.2000
<http://www.nih.gov>

¹*MEDLARS* - Medical Literature Analysis and Retrieval System

Федералното финансиране на медицинските учебни центрове подпомага академичните стандарти на студентското обучение. Федералните или външните механизми за субсидиране могат да се използват за промоция на училищата по обществено здравеопазване и здравната администрация, които са нужни за подготовката на следващото поколение здравни ръководители и изследователи. Изследователска дейност може да се развива от научните работници в университетите или научно-изследователските институти или в държавния или частния сектор, в отговор на покана за предложения. Конкурентната система за субсидиране може да се използва за модернизиране на медицинското обучение и университетските академични стандарти чрез промоция на изследователската дейност и студентското обучение.

НОРМАТИВИ ЗА АКРЕДИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО

Прилагат се когато здравните власти имат достатъчно правомощия да регулират здравните заведения. На практика акредитацията, базираща се на професионални указания и системи извън държавната структура (виж глава 15), като допълнение на официалните регулаторни мерки на департаментите (министерствата) на здравеопазването, играе важна роля за качеството на организацията, извършваща здравни услуги.

Започнала в САЩ през 1913 г. и прилагана съвместно с Канада през периода 1951-1959 г., когато Канада създава своя собствена акредитационна система, Съвместната комисия за болнична акредитация (*JCHA*), създадена от консорциум на Американския колеж на хирурзите, Американската болнична асоциация и други доброволни професионални организации, провежда доброволна оценка и одобрение на болниците в Северна Америка. Комисията създава минимум стандарти през 1918 г. и започва да разработва подробни насоки, основаващи се на правата на пациента, стандартите за здравни грижи и ефективната организация на здравното обслужване. Първоначално прегледът се извършва на базата на доброволно искане от страна на институцията. Акредитацията включва процес на външен преглед на сградите и съоръженията, организацията, персонала и много други функции, включително квалификацията на персонала, възможностите за непрекъснато обучение, медицинските записи, оценката на качеството и други (глава 15).

Първоначално прегледът от *JCHA* се извършва на базата на доброволно искане от институцията, но акредитацията става практически задължителна за икономическото оцеляване на всяка болница в САЩ и Канада. От 1965 г. *Medicare* и *Medicaid* приемат акредитацията като съответствие с федералните стандарти за целите на плащанията и отказват да плащат за услуги в неакредитирана болница. Преименуваната Съвместна комисия за акредитация на здравните организации (*JCAHO*) продължава да разработва стандарти за акредитация на: заведенията за умствено изостанали (1969 г.), психиатричните заведения (1970 г.), заведенията за продължително лечение (1971 г.), амбулаториите (1975 г.), хосписите (1983 г.) програмите за домашни грижи (1990 г.), програмите за управлявани грижи (1989 г.) и програмите за амбулаторни грижи (1990 г.). Все повече се набляга на плановете за действие за подобряване качеството на селските болници, здравните мрежи и програмите на общественото здравеопазване. Комисията е особено активна в подпомагането на акредитиращите организации в другите страни, като например във Великобритания и Австралия. Щатският департамент по здравеопазването в Ню Йорк има своя собствена, задължителна, нормативна система за болниците и заведенията за продължително лечение и грижи. Въпреки че регулирането не

е много популярно сред изпълнителите на здравни услуги, много щатски здравни власти го приемат като основно за поддържането на стандартите на качество и защитата на професионалните и човешките права. В Израел е създадена национална система за инспектиране на частните заведения за продължително лечение, която от 90-те год. на XX-ти век непрекъснато подобрява стандартите на здравните заведения и обслужване. Въпреки, че опонентите приемат това за държавна намеса, те признават нуждата от държавно регулиране. Тези модели могат да бъдат полезни за повишаването на стандартите и в другите здравни системи.

НАЦИОНАЛНИ СЛУЖБИ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Националните правителства могат да използват финансовата си мощ, за да съдействат за изпълнението на програмите директно на щатско, провинциално или местно правителствено ниво или индиректно чрез неправителствените агенции. Последните включват университети, доброволни учебни болници и частни неправителствени организации. Те могат да използват пряко или непряко финансиране за разпространение на националните стандарти, като тези в медицинското обучение и изследователската дейност. Те могат също така да осигуряват регионално равенство на услугите чрез участието си в разходите или субсидирането в полза на по-бедните региони в страната. Националните правителствени здравни агенции са отговорни за външните връзки, включително връзките с международни институции, като Организацията на обединените нации, Световната здравна организация, Организацията за храни и селско стопанство, Международната организация на труда (глава 16), а така също и паралелно с министерствата на здравеопазването в други страни и другите национални агенции от страната.

Преди и след Втората Световна война повечето западни индустриални страни са разработили някаква форма на национална здравна програма. В Северна Америка здравеопазването се е осъществявало чрез частно осигуряване, в повечето случаи на базата на договаряни между профсъюзите и работодателя здравни планове. САЩ, разочаровани от опитите си да въведат национален здравно осигурителен план през 1946 г., чрез Националния здравен институт (*NIH*) създават много категорийни програми за финансиране на щатските и общинските здравни услуги и научно-изследователската дейност и учебните заведения. Това са до голяма степен конкурентно оценени и одобрени програми в цялата страна, които, въпреки всичко не успяват да осигурят универсален достъп до здравни грижи (глава 13).

При всички форми на държавно управление, националната отговорност за здравето е причина за развитието на специализираните услуги на общественото здравеопазване, а така също и надзорните и регулаторните функции. Те включват осигуряване на жизнено важни поддържащи услуги, като лаборатории по обществено здравеопазване, епидемиология и дейности, осигуряващи контрол на заразните болести (например публикуване на национална епидемиологична статистика, надзор над летища и пристанища), национална здравна статистика, надзор над лекарствата, биопродуктите, изследователските и учебните заведения и сътрудничество между федералните, щатските и локалните власти. Бюра по стандартизацията осигуряват насоките, мониторинга и/или надзора на здравните грижи на по-ниските нива на държавно управление и в неправителствения и частния сектори.

ПАНЕЛ 10.4

**ФУНКЦИИ НА ФЕДЕРАЛНОТО ИЛИ НАЦИОНАЛНОТО
МИНИСТЕРСТВО ИЛИ ДЕПАРТАМЕНТ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

Национално здравно планиране;
Национално здравно финансиране;
Национално здравно осигуряване;
Гарантиране на регионално равенство;
Основни цели, задачи и целеви групи;
Стандарти и качество на здравните грижи;
Изследователска дейност, промоция и качество;
Професионални стандарти/лицензиране;
Околна среда - законодателство, стандарти, мониторинг;
Храни и лекарства - законодателство, стандарти, лицензиране;
Епидемиология на острите и хроничните болести;
Мониторинг на здравния статус;
Развитие на медицинската/фармацевтичната индустрия;
Здравна промоция;
Политика за храни и хранене;
Национални лаборатории;
Социално подпомагане;
Социална закрила.

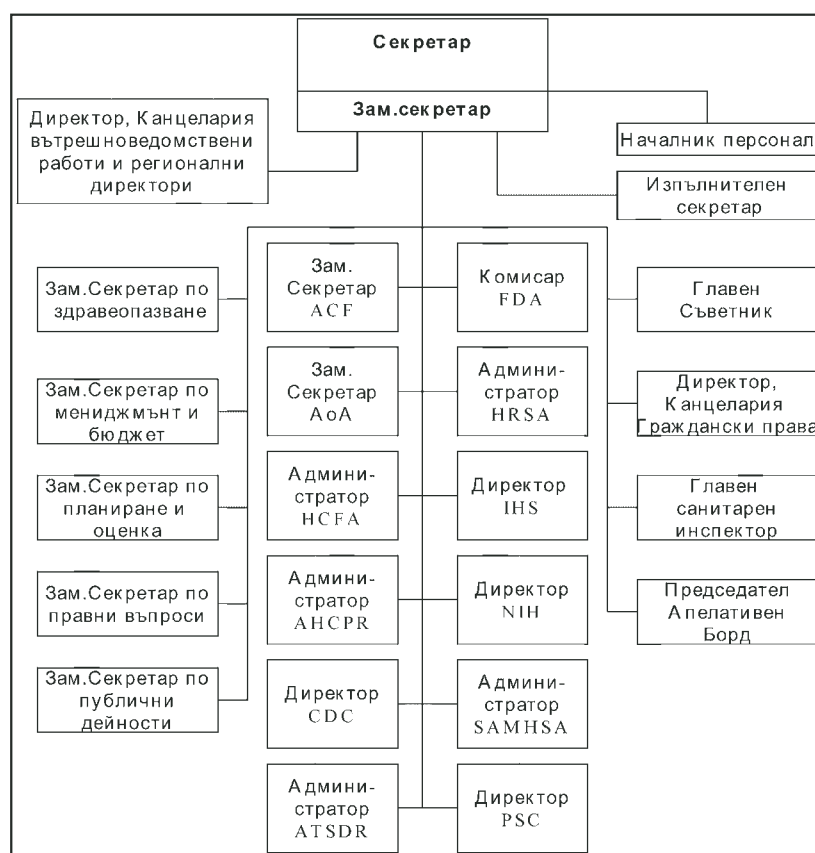
Федералното правителство се намесва на сцената на общественото здравеопазване основно в областите, за които може да функционира само национално законодателство. Военно-морската болница е създадена през 1798 г. с цел осигуряване на здравни грижи за американските и чуждите моряци. Федералният Акт за храни и лекарства от 1906 г. защитава потребителя от фалшифицирани храни и неефекасни или опасни лекарства. Актът за социална сигурност от 1935 г. осигурява пенсии за старите хора и инвалидите. През 1965 г., Актът за социална сигурност е разширен и включва *Medicare* като федерална програма за здравно осигуряване на старите хора. В същата година е създадена и *Medicaid*, която осигурява здравни грижи за бедните като разходите се разпределят между щатските и местните власти. Историята на развитието на общественото здравеопазване в САЩ отразява постиженията на съвременната наука и знание, обществените потребности за по-добро здраве и еволюцията на взаимодействието между организации на федерално, щатско и локално ниво. В известен смисъл общественото здравеопазване в САЩ се явява като международен професионален водач в тази област; от друга страна САЩ е доста назад от други индустриални държави.

Департаментът по здравеопазване, образование и благоденствие е създаден през 1953 г. под управлението на член от кабинета на изпълнителната власт на администрацията на Айзенхауер, включващ различни федерални агенции и програми. Тази и последващите реорганизации водят до създаването на Департамента по здравеопазване и човешки услуги (*HHS*) и неговите клонове. Сегашната структура на *HHS* е дадена в таблица 10.3. Федералната власт играе роля в директното регулиране и финансиране на проекти, за които се счита, че са в интерес на нацията. Тя помага на

щатските и локалните здравни власти да откликват на проблемите на общественото здравеопазване. Категорийната система за субсидиране се използва като инструмент за поощряване на специфични области като майчино и детско здраве, което остава основна дейност на щатските и местни департаменти по обществено здравеопазване. Инициативата на Администрацията за финансиране на здравеопазването (*HCFA*) за промени в методите на заплащане за болнични грижи чрез диагностично свързани групи (разглеждани в глави 12 и 13) допринася за намаляването на болничния престой, леглодните и отношението болнични легла/население.

ТАБЛИЦА 10.3

Департамент по здравеопазване и човешки услуги (*HHS*) на САЩ



Забележка: Заместник секретаря по здравеопазването е и Главен санитарен инспектор

Използвани съкращения:

- ACF* - Администрация за деца и семейства
- AoA* - Заместник секретар за стари хора
- HCFA* - Администрация за здравно финансиране
- ANCPH* - Агенция за здравна политика и изследвания
- CDC* - Център за контрол на болестите

<i>ATSDR</i>	- Агенция за токсични вещества и регистри на болестите
<i>FDA</i>	- Администрация за храни и лекарства
<i>HRSA</i>	- Администрация за здравни ресурси и обслужване
<i>IHS</i>	- Здравно обслужване на индианците
<i>NIH</i>	- Национален институт по здравеопазване
<i>SAMHSA</i>	- Администрация за злоупотреба с вещества и психично здраве
<i>PSC</i>	- Център за подпомагане на програмите

Главният санитарен инспектор (*Surgeon General*) на Службата по обществено здравеопазване осигурява професионалното ръководство на общественото здравеопазване в САЩ. Това най-добре би могло да се демонстрира от д-р *C. Everett Koop*, дългогодишен Главен санитарен инспектор на Службата по обществено здравеопазване по времето на администрацията на президента Рейгън. На назначаването на д-р *Coop*, детски кардиохирург, първоначално се противопоставя Американската асоциация по обществено здравеопазване, но много скоро той демонстрира високо ниво на професионализъм и морал и се превръща в символ за подражание в областта на общественото здравеопазване.

Центровете за контрол на заболяванията и превенция на болестите (*CDC*) имат постоянна роля в разпространението на епидемиологични данни и оценки в страната и по света (виж глава 4). Програмата за обучение на епидемиолози за федералните, щатските и местните здравни департаменти продължава да осигурява висококачествени медицински епидемиолози, способни да заемат ръководни постове в тази област.

Други агенции на федералното правителство като Департаментите по селско стопанство, отбрана, околна среда, вътрешни работи, труд и транспорт, също контролират свързани със здравето програми. Департаментът по селско стопанство развива национална програма за обедното хранене в училищата и програма за маркиране на храни, предназначени за подпомагане на бедните работници. Департаментът по труда управлява Администрацията за безопасност на труда и здравето. Агенцията за защита на околната среда е независима федерална агенция, отговорна за качеството на въздуха и водата, контрола на замърсяването, регулирането на пестицидите, контрола на твърдите отпадъци, контрола на опасните радиоактивни и токсични вещества и шума.

ЩАТСКИ СЛУЖБИ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Щатското или провинциалното ниво на държавно управление има водеща роля в здравеопазването на много федерални държави. Щатските или провинциалните правителства носят отговорността за осигуряването на професионална и техническа помощ на местните здравни департаменти. Щатските функции, като финансиране и в някои случаи директно обслужване и мониторинг на здравния статус, включват следното:

1. Координиране с други правителствени департаменти: държавно планиране и приоритети, образование, социални грижи, труд, селско стопанство, психично здраве и финансиране на университетите;
2. Въвеждане на стандарти, развитие, финансиране, оказване на помощ и надзор на местните здравни департаменти;
3. Правно регулиране на свързани със здравето въпроси: подготовка, помощ и прокарване/влизване в действие на закони и други нормативни актове;
4. Планиране и дефиниране на здравни приоритети и цели;

5. Директна помощ на местните здравни департаменти по епидемиология, лабораторно обслужване, биологични проучвания, планиране на програмите и развитие;
6. Поддържане и публикуване на статистика на жизненоважни показатели и епидемиологични данни; здравни информационни системи;
7. Разработване на стандарти и мониторинг на количеството, качеството и разпространението на диагностични и лечебни услуги;
8. Надзор над професионалните болести;
9. Надзор над околната среда;
10. Лицензиране на здравните професионалисти и здравните институции;
11. Осигуряване на трудово и персонално здравно обслужване за щатските служители;
12. Координация със съответните здравни служби, включително социалните служби, службите за психично здраве, забавено развитие, наркотици и рехабилитация и затворническите служби;
13. Координация с национални и други щатски/провинциални здравни власти;
14. Мониторинг на индикаторите на здравния статус на щатските/провинциални и местни власти.

Щатските или провинциалните департаменти по здравеопазване са комплексни организации с много отговорности за финансиране, регулиране, инспектиране и гарантиране на решаването на въпросите на здравеопазването. В САЩ това включва администриране на здравното осигуряване за бедните (*Medicaid*); в Канада провинциите административат универсалните здравно осигурителни планове. Щатите могат да създават програми, които изпълняват съвместно с местните здравни власти и с федерално поделение на разходите или да отговарят на федералните инициативи и да търсят техните фондове в различни програми чрез федералната система поканя-за-предложения за майчино и детско здраве или друго категорично субсидиране.

ПАНЕЛ 10.5

ЗДРАВНИ ОТГОВОРНОСТИ НА ПРОВИНЦИАЛНО/ЩАТСКО ПРАВИТЕЛСТВО

Разпределяне на ресурсите;
Здравно планиране;
Епидемиология;
Статистика на жизненоважни показатели;
Контрол на инфекциозните болести, имунизации, изследване, отчет;
Здравна промоция;
Обучение на здравни професионалисти;
Лицензиране и надзор на здравните заведения;
Управление на лаборатории, лицензиране, контрол на качеството;
Здравна просвета;
Промоция на качеството;
Мониторинг на околната среда и здравето;
Хранене;
Служби за майчино и детско здраве;
Психично здраве.

Щатският департамент по здравеопазване в Ню Йорк (*DOH*) има здрави традиции в регулирането на заведенията за хронични грижи, лабораториите и болниците, а така също и в областта на здравето и околната среда. Сертификатите на нуждите, регулирането на методите за реимбурсиране на болнични грижи (виж глава 13), здравните стандарти и системите за проследяване, селските здравни системи и много други регулаторни функции на департамента го правят мощна детерминанта в управлението на здравеопазването в щата. Този щатски *DOH* развива и други дейности, като скринингови програми за вродени и инфекциозни болести на новородените, сертифициране на лаборатории, контрол на качеството. Институтът за СПИН отговаря за скрининга, превенцията и програмите за лечение на СПИН. Центърът за обществено здраве управлява широк кръг програми на общественото здравеопазване: епидемиологични проучвания на инфекциозните болести, пренатални грижи и грижи за новородените (за онези, които не могат да си позволят достъп до такива грижи), общински програми за здравни работници, мониторинг на храненето и други интервенционни програми, насочени към групите или темите с висок риск. Епидемиологията и мониторингът на околната среда са също силно развити в щата, който е преживял инцидента *Love Canal* (виж глава 9). В Таблица 10.4 е дадена структурата на щатския департамент по здравеопазване в Ню Йорк през 1996 г. Тя не е съвсем точна, но показва широкия обхват дейности, включително щатски, федерални и локални. Щатският департамент по здравеопазване в Ню Йорк си поставя следните цели за периода 1995-1997 г.:

1. **Реформа във финансиране на здравеопазването:** конвертиране на болничното финансиране от щатски регулирани тарифи към конкурентна система, при която болниците договарят със здравните осигурители тарифите, с цел да се въведе конкуренция, по-голяма ефикасност и по-ниски цени на здравните услуги.

2. **Актът за здравната реформа** от 1996 г. създава фонд от \$ 2,6 милиарда от допълнителни такси за специфични медицински услуги, за финансиране на безплатни медицински грижи и разширяване на здравното осигуряване на работещите бедни, за подпомагане на висшето образование (за получаване на бакалавърска, магистърска или докторска степен), за развитие на първичната здравна помощ и за подпомагане на болниците в адаптацията им към новия икономически климат;

3. **Инициативата за управлявани грижи** за 3 милиона облагодетелствани от програмата *Medicaid* договаря с федералните агенции (Администрацията за финансиране на здравеопазването) включително и създаването на практики за програмата на управляваните грижи;

4. **Законопроект за правото на управлявани грижи:** 6 милиона жители на Ню Йорк са обхванати в програми за управлявани грижи, а този законопроект гарантира, че участващите в програмата трябва да бъдат запознати с потенциалното лечение на техните здравни проблеми и да гарантира 2-дневен престой в болница след раждане;

5. **Реформата за дисциплинарни наказания на лекарите** чрез законодателството от 1996 г. разрешава на Борда за професионално медицинско поведение да спира практиката на лекар, чакащ съдебно решение за отнемане на разрешителното за практикуване; от 6000 разследвани случая през 1995 г., са наложени 363 дисциплинарни наказания, като на 15 души лекарските права са отнети незабавно;

6. Започват **консултации** със слушания в целия щат относно приоритетите на общественото здравеопазване за следващите десет години;

7. **Работната задача за продължителните грижи**, назначена от губернатора на щата препоръчва стратегии за реформа на финансирането на продължителните меди-

цински грижи, здравното осигуряване, управляваните продължителни грижи и програмите за грижи в дома;

8. **Скрининг за HIV на новородените** е направен на 90 % от новородените, на чиито майки е предложена тази услуга; това е важно, тъй като антивирусната терапия, приемана по време на бременността намалява риска за предаването на вируса на новороденото със 70 %;

9. **Поява на инфекциозни болести:** контрол на *E.coli* O157 в недопечените хамбургери, *cryptosporidiosis*, като паразитна болест, пренасяна чрез пиене на заражена вода, група A *Streptococcus*, силно резистентна стрептококова пневмония, Ханта-вирус, свързан с експозиция на изпражнения от гризачи, ерлихиоза, предавана от кърлежи;

10. Отговор на кризите на здравеопазването чрез **увеличаване на качеството на грижите** повсеместно в болниците, частните клиники и другите здравни заведения; наложена е забрана за продажбата на билкови стимуланти, съдържащи ефедрин, причинили смъртта на 15 души в страната.

ТАБЛИЦА 10.4

Таблица на организацията на Щатския департамент по здравеопазване в Ню Йорк, 1996 г.

Пълномощник (комисар)	
Управление на здравни заведения Канцелария за управлявани грижи Правителствени дела и стратегическо планиране Училище по обществено здравеопазване Канцелария за здраве на малцинствата	
Канцелария за обществено здравеопазване (OPH)	Канцелария за управление на здравните системи (OHSM)
Институт за СПИН HIV и комунални дейности Превенция Център за обществено здраве Семейно и местно здравеопазване Хранене Епидемиология Превенция и контрол на хронични болести Център за околна среда и здраве Защита на околната среда Оценка на околната среда и здравето Епидемиология на околната среда и професионалните болести Окръжни канцеларии Лабораторен център Молекулярна медицина Инфекциозни болести Превенция от болести на околната среда Сертифициране на качеството на лабораториите Управление на лабораториите Генетични увреждания	Финансиране на здравеопазването Покриване на лекарствата за стари хора Финансов мениджмънт и индустриална помощ Здравна икономика Реимбурсиране на продължителни здравни грижи Реимбурсиране на първични и остри здравни грижи Здравни стандарти и надзор Домашни грижи Болнично обслужване Лошо професионално медицинско поведение Спешна медицинска помощ Погребения Контролирани вещества Стандарти за планиране на здравни заведения Разни Архитектура Планиране на здравни заведения Инициативи за продължително лечение Оценка на заведения и услуги Финансов анализ и оценка Проектен мениджмънт

Други агенции, които имат здравни отговорности в щата Ню Йорк са: Департамент по образованието (училищно хигиенизиране и санитарен контрол, здравна просвета, лицензиране на лекарите и другите здравни професионалисти), Департамент по труда (здраве и сигурност на работниците, промишлено замърсяване и контрол на радиоактивния фон), Департамент за опазване на околната среда (контрол на пестицидите, контрол на бяс, замърсяване на въздуха, контрол на канализацията и твърдите отпадъци), Департамент за социални грижи (*Medicaid*, Училището по обществено здравеопазване при Ню Йоркския щатски университет, студентски здравни служби), Департамент по психична хигиена (психични институции и общински служби), Комисия за контрол на пристрастяването към наркотици (лечебни заведения, изследвания, просвета), Департамент по агрономия (лицензиране на производителите на месо и кланиците, проверки на ресторантите, регулиране на храненето в училищата по отношение на осигуряването на хранителни добавки), Департамент по наказанията (функциониране на затворническите болници и клиники, откриване на случаите на туберкулоза) и Департамент за моторни превозни средства (промоция на сигурността на магистралите). Департаментът по здравеопазването в щата Ню Йорк е уникален по това, че заедно с Щатския университет в Ню Йорк (*SUNY*) спонсорира училището по обществено здравеопазване в Олбани, в което като преподаватели участват служители от департамента, а студенти стажуват в различни отдели на департамента по здравеопазването. Въпреки, че този департамент не характеризира задължително подобните департаменти в останалите щати в САЩ, той представя широкия обхват на общественото здравеопазване на щатското ниво на управление.

МЕСТНИ ЗДРАВНИ ВЛАСТИ

В исторически аспект местните здравни власти (*LHA*) са отговорни за хигиенизирането и осигуряването на директни грижи за бедните и другите високо рискови групи от населението. За тези цели са били създадени здравни бордове във Филаделфия през 1794 г. и в Ню Йорк през 1796 г.

Местният департамент по обществено здравеопазване на ниво град или окръг е официалната агенция за обществено здравеопазване, която е най-близо до обслужваното население. Местните здравни власти изпълняват цяла гама от директни надзорни функции по хигиенизирането с цел осигуряване на съответствие с местните, щатските и федералните санитарни норми. Местният департамент по обществено здравеопазване може също така да осигурява директни услуги, обикновено лични превантивни услуги, финансирани от местните правителствени власти или от по-високите нива на държавното управление. В САЩ местният департамент по обществено здравеопазване е агенцията, която се опитва да осигури здравно обслужване на хора, които са неадекватно обслужвани от доброволни или федерални и щатски осигурителни планове. Програмите могат да се финансират чрез поделение на разходите или могат да се базират на категорийни или блокови субсидии от щатските или федералните правителства.

Въпреки, че се наблюдава сериозно нарастване на участието във високите нива на управление в общественото здравеопазване, местните здравни власти остават основната сила за общественото здравеопазване на общинско ниво. В САЩ и Канада местните здравни власти са организирани под формата на градски или окръжни департаменти по обществено здравеопазване.

ПАНЕЛ 10.6

ЗДРАВНИ ОТГОВОРНОСТИ НА МЕСТНИТЕ ЗДРАВНИ ВЛАСТИ

Регистрация и статистика на жизненоважни показатели;
Епидемиология на инфекциозните болести;
Здравна просвета, здравна промоция;
Защита на околната среда, хигиенизиране;
Контрол на заразните болести, полово предавани болести, *HIV*, туберкулоза;
Превантивни пренатални, кърмачески и детски грижи;
Разпределяне и търсене на ресурси от по-висшите нива на управление;
Планиране и управление на здравните услуги;
Лицензиране и надзор на здравните заведения;
Болнични и домашни грижи;
Грижи за инвалидите;
Рехабилитация и продължителни грижи;
Координиране на здравното обслужване, партньорство между обществено и частно здравно обслужване;
Междусекторно сътрудничество;
Психично здраве;
Социална помощ;
Хранене;
Общинско участие.

В новите здравни инициативи, като "Здраве за всички", Областни здравни системи и "Здрави Градове", местните здравни власти са ангажирани в по-широк кръг програми за здравето на своето население. За да изпълнят целите на тези програми, предишните силно централизирани системи, като тези във Великобритания, Скандинавските страни, развиващите се страни и републиките от бившия Съветски Съюз, се децентрализират до местни здравни власти с различна степен на централно финансиране, планиране и управление.

ПАНЕЛ 10.7

ДЕПАРТАМЕНТ ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ОКРЪГ ОЛБАНИ

През 1993 г. окръг Олбани, щата Ню Йорк има население 298 500 души, раждаемост 12,9 на 1 000, детска смъртност 5,7 на 1 000 и относителен дял на нискотегловни новородени 7,6 %. Тези характеристики са подобни на данните в останалата северна част на щата (т.е. извън града Ню Йорк). Смъртността от мозъчно-съдови заболявания и болести на сърцето е с около 10 % по-висока от тази в останалите части на щата; смъртността от пътно-транспортни произшествия и убийства е по-ниска. Относителният дял на заболяемостта от инфекциозни болести е подобен на този в останалата част на щата.

Доходите на департамента по здравеопазване в Олбани са от приходи (31 %), от окръжната управа (26 %), от щатската управа (22 %) и от субсидии

(21 %). Субсидиите са основно от щатското правителство и са предназначени за първичната медицинска помощ за деца от 0 до 5 години, пренатални грижи и превенция от отравяне с олово. Основната част от разходите (\$ 12 милиона от общо \$ 18 милиона) са за програмите за деца със специални нужди, ранна интервенция, предучилищни програми за деца от 3-5 години и програми за физически инвалиди. Департаментът развива активна дейност в различни програми, включително контрол на бяс, околна среда и здраве, контрол на инфекциозни и предизвикани от храни болести, здравна просвета (преди всичко *HIV* и болести, предавани по полов път), намаляване на пушенето, превенция от болести на сърцето и инсулт, контрол на туберкулозата, имунизации при пътуване, лаймска болест, тест на Пап, превенция от наранявания, обучение на общопрактикуващи лекари, общински здравни работници и промоция на флуорирането.

През 1995 г. Департаментът започва да сключва договори за акушерско и педиатрично обслужване за групи от населението с нисък доход в две Католически болнични мрежи и един федерално финансиран общински здравен център. Окръжните клиники се пренасочват към тези изпълнители на здравни грижи, които от своя страна започват обслужване на нивото на другите обслужващи програми, които изпълняват. Това "здравословно партньорство" пренасочва грижите за повече от 1 000 семейства към тези нови изпълнители на здравни грижи, като използва общински здравни работници за проследяване на нуждаещите се и хората, които не могат да си позволяват друг начин на здравно обслужване. Този модел на сътрудничество между системите за обществено здравеопазване и медицински грижи се наблюдава и в други части на САЩ.

Източник: Committee on Medicine and Public Health (Lazker, R.D., ed.). 1997. *Medicine and Public Health. The Power of Collaboration*, New York: American Public Health Association and American Medical Association, New York Academy of Medicine. 1997; and Albany County Department of Health, 1998.

През 1940 г. Американската асоциация по обществено здравеопазване приема препоръчителен стандарт от шест основни отговорности на местните здравни власти:

1. Статистика на жизненоважни показатели;
2. Контрол на заразните болести: в областта на детските болести, туберкулозата, полово-предаваните и тропическите болести;
3. Хигиенизиране на околната среда: вода, обработка и маркетинг на хранителни продукти, канализация, отпадъци, хигиенно-санитарни условия на местата за бизнес, обществено хранене и работни места;
4. Лабораторно обслужване;
5. Майчино, детско и училищно здраве;
6. Здравна просвета.

През 1950 г. Американската асоциация по обществено здравеопазване приема разширена програма за отговорностите на местните здравни власти, която включва освен горните и следните дейности:

1. Контрол на хроничните болести;
2. Планиране на жилищното строителство в града;

3. Превенция от катастрофи;
4. Координиране с други агенции;
5. Проследяване на общия здравен статус: раждания, хронични болести, данни за заболяемостта, изследвания, докладване на заболяемостта, оценка на общинските здравни нужди;
6. Обучение на широката общественост и професионалистите по отношение на здравния статус и нуждите;
7. Надзорнически и регулаторни дейности, включително на изпълнителите на здравни грижи;
8. Лични здравни грижи: директни и помощни грижи, вариращи от програми за цялостно обслужване до грижи за нуждаещите се;
9. Планиране на здравните заведения, градско планиране и обновление;
10. Специална диагностика: включително болести, предавани по полов път, туберкулоза, рак, развитие на децата и стоматология.

Сътрудничеството между различните нива на държавното управление е жизнено важно за дефинирането и постигането на националните здравни цели. Всяко ниво на държавното управление има своя уникална роля. Без национално финансиране и политика, децентрализираната администрация на общественото здравеопазване не може да постигне пълния потенциал на общественото здравеопазване и ще доведе до неравенство между различните региони на страната.

МОНИТОРИНГ НА ЗДРАВНИЯ СТАТУС

Както беше посочено в Глава 3, общественото здравеопазване зависи от информацията, така както и армията се нуждае от разузнаване, за да може да променя подходите си в зависимост от променящите се обстоятелства и нужди. Сборът, сравняването и анализа на тази информация са жизнено важни за създаването на информирана здравна политика и трябва да бъдат достъпни за всички, които отговарят за здравните анализи и развитието на здравната политика. Всички нива на държавно управление са ангажирани в мониторинга на здравния статус, с географските информационни системи, базите данни от различни източници, свързани със здравните индикатори на населението от определена географска единица с цел идентифицирането на специфични локализиращи проблеми, изискващи интервенция.

Отговорността за събирането на данни за статистиката на жизненоважните показатели лежи преди всичко върху местните държавни власти, както и докладването за инфекциозни болести и други събития. Първоначалното сравняване на данните се извършва на това ниво, а информацията след това се предава последователно на щатско и национално ниво. Събирането на информация е добре развита традиция в индустриалните държави. САЩ извършват това по много ефективен начин. В САЩ Центърът за контрол на заболяванията (CDC) е национален ръководен и компетентен център не само за контрол на инфекциозните болести, но също така и на хроничните болести, като сърдечно-съдови болести, хранене, диабет, перинатална епидемиология и много други болестни състояния.

Здравната статистика осигурява непрекъснати данни за мониторинга на здравния статус на населението. Тя осигурява рутинни данни от мониторинга на диагностиката

на населението. Тези данни представят ценна епидемиологична информация за вродени аномалии, болести, предавани по полов път, туберкулоза и *HIV*. Центрове за върхови постижения от различен тип, финансирани или администрирани директно от федералното или щатско правителство или чрез механизмите на Националния институт за здравеопазване, извършват медицински грижи на третично ниво, както и биомедицински и епидемиологични изследвания, като по този начин допринасят за попълване на информацията, необходима за промоция анализа на качеството и здравните грижи.

Националните здравни власти са отговорни за централното сравняване и анализа на здравната информация, за епидемиологията на инфекциозните болести и хроничните заболявания, за статистиката на жизненоважните показатели, използването на услугите и мониторинга на националното и регионално здраве. Тази информация има смисъл само, ако се събира, обработва и публикува така, че да бъде наистина достъпна за здравните администратори, плановици, епидемиолози, изпълнители на здравни грижи и широката общественост. Данните от преброяването на населението им позволяват да се запознаят със смъртността, заболяемостта и разпространението на различните болести.

Сравнително евтините технологии на персоналните компютри с модеми, както и телефоните и факсовете, позволяват на местните здравни агенции да получават съвременна информация чрез Интернет за непрекъснатия здравен профил на своите общини. Източниците на данни включват:

1. Статистика на жизненоважни показатели и национални центрове за здравна статистика;
2. Епидемиологични доклади за инфекциозни и наблюдавани болести, включително болести, предавани по полов път;
3. Щатски, национални и международни центрове за контрол на заболяванията;
4. Данни от преброяване на населението;
5. Специални регистри за заболявания (например рак);
6. Информационни системи за изписване от болница;
7. Лаборатории на общественото здравеопазване;
8. Центрове за контрол на отровите;
9. Централни медицински библиотеки с *Medline*;
10. Регистри на медицински, сестрински и стоматологични професионалисти.

Географската епидемиология е била винаги важна в историята на общественото здравеопазване. Фрагментирането на информационните системи забавя приложението на съвременни информационни технологии в многофазовата оценка и интегрирането на данните от различни източници.

НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ЦЕЛИ

Американската служба за обществено здравеопазване си поставя национални здравни цели още от 1979 г. Те все повече се приемат от всички нива на националния комплекс на общественото здравеопазване. Те подчертават основните области, изискващи усилията на всички нива на държавно управление и здравната система. Те имат също и просветна роля за изпълнителите на здравни грижи и общността.

Част от напредъка, постигнат в намаляването на заболяемостта и смъртността от епидемиологично значими болести е в резултат на по-широкото разбиране нарастващата роля на "грижете за самия себе си". *Health People 2000 Review*, издаден през 1994 г. от Националния център за здравна статистика и *CDC* отбелязва постигнатия напредък по повече от 300 отделни цели, насочени към предпазване от болест и нараняване и към промоция на здравето в САЩ. Около 8 % от целите са постигнати, а в други 41 % е постигнат значителен успех. За 16 % е регистрирана регресия, а 7 % са останали без промяна. Годишното издание *Health, United States* осигурява непрекъснато осъвременяване на здравната статистика. Ето някои примери за постигнати здравни цели:

1. Детската смъртност през 1994 г. е била 7,9 на 1 000, с 5 % по-ниска от тази през 1993 г.; през 1996 г. е още по-ниска;
2. Смъртността от сърдечно-съдови болести и инсулти продължава да намалява, както при бялото, така и при чернокожото население, все още смъртността при чернокожите е по-висока отколкото при бялото население;
3. Значителен брой рискови фактори за сърдечно-съдови болести (висок холестерол, пушене и значителна употреба на мазнини) са намалени; делът на населението с наднормено тегло се е увеличил, включително и при юношите;
4. Броят на възрастните, които тренират усилено и регулярно се е увеличил, както и броят на предприятията, предлагащи програми за физически упражнения и спорт;
5. С увеличаване броя на щатите, в които пушенето е ограничено или контролирано, пушенето между възрастните е намаляло; след 50 годишно непрекъснато увеличаване, през 1991-1993 г. се наблюдава намаляване честотата от ракови заболявания;
6. Катастрофите с моторни превозни средства, предизвикани от употребата на алкохол са намалели, закони за отнемане на шофьорски книжки действат в 37 щата, закони за задължително използване на предпазни колани действат в 48 щата; две трети от възрастните понастоящем използват предпазни колани;
7. Самоубийството, водеща причина за смъртност между юношите (на възраст 15-19 години) поддържа относително едни и същи стойности, но опитите за самоубийство се увеличават;
8. Смъртността от рак (например рак на дебелото черво и рак на гърдата) е намалена; все по-голям брой жени си правят мамограми, а процентът на жените над 50 годишна възраст, подложени на клинични изследвания на гърдите се е увеличил от 25 на 55 % за периода 1986-1993 г.;
9. Леко са намалели професионалните болести и наранявания, както и смъртността от тях;
10. Зъбният кариес продължава да намалява; намалява се загубата на зъби при по-старите хора.

Концепциите за превенция и промоция на здравето се интегрират в поставянето и постигането на здравните цели. Все повече методите на общественото здравеопазване се движат към по-големи отговорности по отношение на мониторинга на здравето и организацията на здравеопазването за постигането на щатските дългосрочни и краткосрочни цели. Новото обществено здравеопазване осигурява концептуалната база на този процес.

ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И НОВОТО ОБЩЕСТВЕННО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Тъй като САЩ нямат национална здравно-осигурителна програма, обикновено се казва, че САЩ имат "несистема". Това е заблуждаващо; САЩ имат много сложна и "незавършена" здравна система. Песимистите казват, че чашата е полу-празна, а оптимистите казват, че чашата е полу-пълна. САЩ са водеща сила в общественото здравеопазване, не само в разработването на нови ваксини, но и във въвеждането на нововъведения, като флуориране на общинските водни източници. САЩ имат най-скъпата здравна система, но се нареждат след много други страни по важни индикатори на здравния статус (виж глава 13). Въпреки това, САЩ са една от малкото страни в света с универсална програма за обяд в училищата. Освен това, американската здравна система е комплексно интерактивно множество от организации, обект на системни промени и е родоначалник на много нововъведения в здравните науки, здравната администрация и общественото здравеопазване.

Съществуват елементи на публично администриран универсален достъп. Средната класа е защитена чрез здравно осигуряване, осъществявано от работодателите, старите хора - от *Medicare*, а бедните - от *Medicaid*. Провалът на приемането на национално здравно осигуряване, осигуряващо равен достъп до здравни грижи продължава да бъде основната пречка за подобряването на здравето на уязвимите бедни и крайни сектори на обществото. Службите на общественото здравеопазване на всички нива на държавното управление изразходват голяма част от своята енергия и ресурси в опити да покриват дефицити, дължащи се на неравенството в достъпа до здравно обслужване.

Все по-голяма част от американското население се обхваща от планове за управлявани грижи, при които финансови стимули се дават за промоция на намаляване на болничните грижи и увеличаване на амбулаторните и превантивните грижи. Сътрудничеството между организациите на общественото здравеопазване и медицината, стари антагонисти в САЩ, поема в нова посока в средата на 90-те год. на XX-ти век с разработването на "новата парадигма" за съвместна работа. Американската медицинска асоциация и Американската асоциация по обществено здравеопазване започват да работят заедно за промоцията на мрежа под формата на местни програми за сътрудничество, за разрешаване на неудовлетворените общински здравни нужди. Това на практика означава признаване на значението както на клиничната медицина, така и на общественото здравеопазване. Междусекторният диалог помага за идентифициране на потенциала за сътрудничество в контекста на драматичните промени, характерни за организацията на американското здравеопазване.

В други държави като Великобритания и Скандинавските страни, организацията на здравното обслужване е насочена към областните здравни системи, в които общественото здравеопазване е пълноправен партньор на клиничното обслужване и където превенцията е неделима част от икономиката и функция на обществено базирани програми. Може да се каже, че революцията, която управляваните грижи предизвикват в САЩ през 90-те год. на XX-ти век съдейства за ново ниво на коопериране между клиничната медицина и общественото здравеопазване. Интегрирането на услугите, финансирани от *Medicare* и *Medicaid*, с федералните изисквания за легитимност на здравните заведения е нов подход. Разширяването на *Medicaid* може да се осъществи преди всичко чрез регистрирането в програми за управлявани грижи на голям брой подходящи за целта хора, които понастоящем не са обхванати от тези програми.

Намаляването на болничния сектор, ограниченията в разходите за здравни грижи, увеличаващият се брой на обхванатите от програми за управлявани грижи, насочени към постигане на здравните цели и увеличаващият се обхват на управляваните грижи, ще създаде национална здравна програма, водеща към някаква форма на Ново обществено здравеопазване. САЩ са новатори във финансирането на системи за промоция на ефикасност в използването на услугите. Други страни също са започнали да прилагат този опит в своите здравно-осигурителни планове. САЩ могат да се поучат от реформите, протичащи в много други страни, включително Канада и Европейските страни, тъй като техните здравни системи също се развиват. Американската общност по обществено здравеопазване, включително училищата по обществено здравеопазване, има капацитета и опита на професионален водач и съветник и може да спомогне до голяма степен за въвеждането на Новото обществено здравеопазване.

Разходите за обществено-базирани услуги на общественото здравеопазване в 50 щата са 3 % от всички разходи за здравеопазване. По-голямата част от разходите на щатските здравни департаменти (66 %) са за лично здравно обслужване, преди всичко за хора, които не са обхванати или не могат да си позволят здравно осигуряване, изключвайки превантивните грижи. Това отразява преобладаващия приоритет на болничното и амбулаторното обслужване, базиращи се на здравно осигурени лица или заплащане на услугите. Тъй като голяма част от амбулаторните грижи включват превантивни услуги, относително ниските разходи за общински-ориентирани функции на общественото здравеопазване отразяват традиционните стойности и подценяване потенциалното значение на общински-ориентирания подход към промоцията на здравето.

БОЛНИЦИТЕ В НОВОТО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Болницата е важен елемент на Новото обществено здравеопазване. Индивидуалното здравно заведение, независимо дали е център за обща рехабилитация, частна клиника, психична или друга специализирана болница, се нарича най-общо "болница". Всяко от тези заведения има определена роля, административна структура, бюджет и начин на функциониране като уникална организация. Болниците са се развивали с общинско, религиозно, доброволно, държавно, правителствено, университетско, частно или друго настояничество. Традиционно болниците са били отделни административни единици от останалото здравно обслужване, въпреки, че често са в тясна връзка с медицински и парамедицински обучаващи програми. Организационната структура отразява историята на организацията, но също така и мисията на здравното заведение, ресурсите и неговата роля като част от по-голямата общинска здравна система.

Болниците остават между най-големите работодатели на медицински кадри във всички страни, като обхващат три четвърти от всички здравен персонал и в зависимост от страната, нейните традиции и процеси на реформа, между 38 и 75 % от всички здравни разходи. Болничният сектор има голямо значение и играе основна роля в системата на здравното обслужване. Това са причините, поради които за него е жизнено важно да рационализира обслужването си, като не допуска дублиране, излишък на болнични легла и прекомерно наблягане на специализирани услуги за сметка на първичната здравна помощ и обезличаването на пациентите.

Съвременната болница е най-скъпият и видим за обществеността елемент на здравната система; той дава работа на най-много медицински кадри и осигурява грижи

за сериозно болните. Ето защо, нейното управление е важен фактор в управлението на цялата здравна система. Въпреки, че здравната система е организационна система, болниците като нейни компоненти са също живи организационни единици, които се нуждаят от структура, управление и планиране.

При подхода за управлявани грижи, болниците ще се опитват да задоволяват както пациента, така и икономическите ограничения на системата за управлявани грижи. Осигуреният пациент, с възможностите си да променя здравните си планове, ще може да оказва определено влияние върху грижите, които получава. Аналогично, системата за управлявани грижи може да оценява качеството на грижите, извършвани от дадена болница и да изразява неудовлетворението си, като избира алтернативен изпълнител на здравни грижи.

Мисията на болницата е да осигурява високо качество на грижите и услугите за пациента в рамките на ограниченията на актуалните стандарти от знания и ресурси. Освен това, съществуват още много задачи, които болницата като организация трябва да изпълнява. Между тях са професионалното и икономическо оцеляване на болницата като институция, образователни функции, изследователска дейност и публикации. Болницата има важно значение за общината, тъй като осигурява работа, финансова стабилност и платежоспособност, престиж, обучение и възможност за изследователска дейност, както и система за достъп до здравни грижи.

За да изпълнят тези разнообразни цели и задачи, болниците са се превърнали в комплексни организации с огромен отдел по труда (виж глава 12). Той обхваща много различни професионални области, както и "хотелски функции", хранене, пералня, домакинство, снабдяване и финансови и административни функции. Като голяма и сложна организация, болницата трябва да има формална, квази-бюрокраична структура с ясни линии на властта и отговорността. Независимо от това, съвременната болница не може да функционира под традиционния, авторитарен, патриархален стил на управление. Координирането на много комплексни умения, събрани заедно в болницата, изисква стриктна координация между отделите и персонала на всички нива. В противен случай машината просто няма да функционира. Освен това, болницата до голяма степен зависи от мотивацията и сплотеността на персонала, и способността му да си сътрудничи с други отдели или професионални нива свободно, без излишни бюрократични ограничения.

Независимо от всичко, приемането на власт, дисциплина и стриктни изисквания за поддържане стандартите на здравни грижи си остава основно за функционирането на болницата, бъдещото ѝ оцеляване и развитие. Ново изискване към болниците е ефикасността, което на практика означава, че загубата на време или дублирането на функции и услуги, лошото поддържане и функциониране на сгради и съоръжения, корупцията, небрежността и кражбата не могат да се толерират от организацията. Съвременната болница има формално бюрократично управление и стотици или даже хиляди примери на неформални мрежи и понякога формални организации. Те извършват ежедневната си работа, състояща се основно в грижи за пациентите, като същевременно се стремят да удовлетворяват и другите нужди на болницата и "добър стандарт на грижите" чрез ефикасно използване на ресурсите. Необходими са много проверки и баланси в структурата на различните нива на управление и отговорности, а понякога и между открити обтегнати отношения между административните и професионалните елементи.

КЛАСИФИКАЦИЯ НА БОЛНИЦИТЕ

Всяко легло, което е поставено и се използва за грижи за настанен в болницата пациент се брои като болнично легло. Преброяване на леглата се прави обикновено в края на отчетен период. СЗО дефинира болничното легло като регулярно поддържано и използвано за настаняването и целодневните грижи на пациенти легло, поставено в част от болницата, където се осигуряват непрекъснати медицински грижи. Леглото се измерва функционално чрез броя и качеството на персонала и допълнителните услуги, които осигуряват диагностика и лечение за пациента в това легло.

Болниците са институции, чиято основна функция е да осигуряват диагностични и терапевтични медицински, сестрински и други професионални услуги за пациенти, нуждаещи се от грижи за определени медицински състояния. Болниците имат най-малко шест легла, организиран персонал от лекари и непрекъснато сестринско обслужване под надзора на регистрирана медицинска сестра. СЗО приема дадено учреждение за болница, ако то има като постоянен щат най-малко един лекар, може да предложи болнично настаняване и може да осигурява активни медицински и сестрински грижи.

ПАНЕЛ 10.8

ВИДОВЕ БОЛНИЦИ

Болници за краткосрочно лечение са онези, в които повече от половината пациенти се приемат в различни отделения на болницата със средна продължителност на престоя по-малка от 30 дни. Такива болници могат да бъдат учебните, многопрофилните, общинските и областните болници, които осигуряват широк кръг услуги, а така също и специализираните болници, които са фокусирани към специални категории пациенти по възраст, пол или медицинско състояние.

Болници за продължително лечение са онези, в които повече от половината пациенти се приемат в различни отделения на болницата със средна продължителност на престоя по-голям от 30 дни. Това могат да бъдат специализирани болници, както и болници, които се управляват съвместно с болници за краткосрочно лечение.

Домовете за здравни грижи са учреждения с три или повече легла, които осигуряват сестрински или лични грижи за стари, немощни или хронично болни. Те наемат една или повече регистрирани или практикуващи медицински сестри и обезпечават по-интензивни сестрински грижи, отколкото обикновено се полагат на пациент за ден.

Общежитията са учреждения, свързани с медицински център, в които се осигурява настаняването или нощуването на външни пациенти, на които се извършват изследвания или се полагат грижи за тях.

Хосписите са учреждения, свързани с медицински център, специално организирани за оказването на хуманни, персонализирани и ориентирани към семейството пакети здравни грижи за умиращи пациенти.

Болниците с идеална цел (работещи без печалба) се управляват от правителствена, доброволна, религиозна, университетска или друга организация, чиито цели и задачи не включват финансова печалба.

Частните болници функционират с цел получаване на печалба от индивиди, партньори или корпорации.

Многопрофилните болници осигуряват диагностика и лечение на пациенти с различни медицински състояния или за повече от една категория медицински дисциплини (например обща медицина, специализирана медицина, обща хирургия, специализирана хирургия и АГ). Към този тип болници не спадат онези, които осигуряват по-ограничен набор от грижи.

Общинските болници обслужват градове или големи областни центрове. Те са многопрофилни и в повечето случаи за краткосрочно лечение (среден престой по-малък от 30 дни).

Областните болници са многопрофилни, обслужващи населението на определена географска област и имат като минимум четири основни профила: обща медицина, хирургия, АГ и педиатрия.

Учебните болници се управляват от или са свързани с медицински факултет в университет или институт.

Специализираните болници са единична категория здравни заведения за хоспитализация, като например детска болница, майчин дом, психиатрична болница, болница за туберкулозно болни, болница за хронично заболяване, гериатрия, рехабилитация или център за лечение на алкохолизъм или наркомания, които осигуряват определен тип услуги за по-голямата част от пациентите си.

Болниците за третични грижи са специализираните и учебните болници; болници от вторично ниво са общинските или областните болници, които осигуряват широка гама от услуги; болници от първично ниво са общинските болници в селските райони, които извършват ограничен кръг болнични услуги.

Болниците могат да бъдат и такива, които работят без печалба (с идеална цел) или с цел получаване на печалба. Повечето работят без печалба като извършват публични услуги под управлението на държавни, общински, религиозни или доброволни организации. Във Великобритания, болниците, които преди са били управлявани от Националната здравна служба, понастоящем се преобразуват в публични тръстове, които работят като публични учреждения с идеална цел. В Скандинавските страни областните болници и други местни здравни заведения се управляват от областните здравни департаменти. Въпреки, че се увеличават, частните многопрофилни болници, които работят за печалба са все още много малко, но обхващат голяма част от заведенията за хронични грижи.

В САЩ, Канада и Израел продължителните грижи за стари и немощни хора се извършват от частни здравни заведения с цел печалба. В тези страни частни здравни заведения се създават поради неадекватните публични ресурси за директно осигуряване на здравни грижи. С развитието на системите за заплащане, се създават все по-добри условия за навлизането на частния сектор в тази област. Правителственият надзор и регулиране е намалил злоупотребите и експлоатацията, която се наблюдава през 60-те год. на XX-ти век, но стандартите на грижите могат да бъдат компрометирани от мотивите за получаване на печалба. Всъщност, съществуват добри примери за функционирането на заведения за продължителни грижи, управлявани от частни организации, които са ефикасни и осигуряват добри стандарти на грижите. Както е показано в панел 10.8, болниците могат да се класифицират в зависимост от типа на услугите, които извършват, обслужваното население и средната продължителност на болничния престой.

ОСИГУРЕНОСТ С БОЛНИЧНИ ЛЕГЛА

Осигуреността с болнични легла се измерва по отношение на болничните легла за 1 000 души население. Тя е различна за отделните страни. Исторически, създаването и развитието на болниците започва от църквата и религиозните групи, общините или доброволните благотворителни организации, от местните, щатските или националните правителства без да се съобразява с националните критерии за планиране. В здравните системи, независимо от методите на администрация и финансиране, осигуряването с болнични легла и тяхното използване са фундаментални за здравната икономика и планиране.

Често болничното легло е въпрос на политика. В някои страни, на болницата се е гледало традиционно като на център за подслон от жестоките условия на живот, климат и социални условия. Това се отнася преди всичко за селските райони, в които достъпът до здравни грижи е недостатъчен. Натиск за разкриването на повече легла може да бъде оказван от страна на лекарите или от страна на обществото. Политическите фигури са склонни към повече болници, тъй като те осигуряват работа в общината, означават достъп до медицински грижи и създават обществено чувство за благополучие. Разкриването или закриването на болнични легла е един от най-трудните и противоречиви въпроси в здравното планиране и здравната политика. Независимо от това, ако политиките са отговорни за заплащането на болничните оперативни разходи, те могат да удържат на натиска. Трудно се удържа на натиска, а политическата целесъобразност да се разкриват повече легла се изправя пред трудността на финансирането на работата на тези легла. Още по-трудно е да се закриват излишни или неикономични болнични легла, тъй като това означава безработица в общината, освен ако не е съгласувано с трансфер на персонала към други служби, което от своя страна е също много болезнена процедура.

Болничното легло има важно икономическо значение за здравната система. Разходите за легло се измерват като общите разходи на болницата се разделят на броя на болничните легла. Що се отнася до определянето и оперирането на разходите, като средно се приема, че разходите за разкриването на легло се равняват на разходите за функционирането му за период от 2-3 години. Решението за разкриване на легло задължава здравната система с абсолютно твърди разходи, даже и ако това легло не се използва в резултат на регулиране или намаляване на използването му от професионални или икономически съображения. Даже и в най-конкурентно способната и пазарно ориентирана здравна система болничното планиране вече не е в ръцете на самата болница.

Тенденцията да се разкриват излишни болнични легла с последващите трудности в поддържането им е обща както за развитите, така и за развиващите се страни. Излишната осигуреност с болнични легла се свързва с висока степен на използването им и дълга продължителност на болничния престой. Ако болницата или лекарят не са заинтересовани да увеличават производителността си, пациентите могат да продължават да стоят в болницата. Това води до високи общи разходи за здравни грижи и обикновено се свързва с медицински злоупотреби, включително падане в болницата, грешки при лечението, грешки при даването на лекарства, грешки при използването на анестезия, вътре болнични инфекции. Проблемът с излишните болнични легла може да се решава по различни начини. Основното е, че изисква прехвърлянето на легла и персонал към други отделения или закриването на остарели съоръжения.

От 80-те год. на XX-ти век много страни започват да намаляват използването на излишните болнични легла като съкращават продължителността на болничния прес-

той, увеличават ефикасността на диагностичните процедури, намаляват излишните хирургични процедури и започват да прилагат по-малко травматични процедури (например запазваща гърдата хирургия при рак на гърдата, ендоскопска хирургия). Амбулаторното обслужване заменя болничното за много видове хирургични интервенции, включително по-голяма част от очните, ушните и операциите на носа и гърлото, както и за медицинските грижи в областта на онкологията, хематологията, психичното здраве и много други проблеми на вътрешната медицина (глава 11).

Разработването на алтернативи на болничните грижи, като например организирани домашни грижи, подпомагат по-ранното изписване на пациента от болницата, осигурявайки грижи за пациента в дома му, като сестрински грижи, физиотерапия, венозни инжекции, смяна на превръзка или изваждане на конци след хирургична намеса. Заведенията за рехабилитация осигуряват подходящи евтини алтернативи на продължителните периоди за възстановяване след операция като подмяна на става на бедрото или коляното. Заведенията за гериатрични пациенти, изискващи предимно сестрински грижи, които нямат нужда от продължителен престой в болница за активно лечение, са алтернатива на болничните грижи. Закриването или намаляването на болнични легла е важно, тъй като то трябва да гарантира, че спестените средства от една област на обслужването се пренасочват към общата финансираща система с цел да се осигури финансиране за съответното алтернативно обслужване. Преди спестените от намаленото болнично обслужване средства да се реализират в разширеното общинско здравно обслужване, в повечето случаи се налага да се направят допълнителни инвестиции.

Системата за заплащане на човек (*capitation system*) стимулира областните здравни системи или системите за управлявани грижи да ограничават хоспитализациите и продължителността на болничния престой. Швеция постига успех в намаляването на процента от БНП, изразходван за здравни грижи през 80-те год. на XX-ти век като намалява болничните легла, но без да влошава или подобрява индикаторите на здравния статус. Системите за управлявани грижи и Диагностично свързаните групи имат същия ефект в САЩ. Областните системи за заплащане на човек спомагат за намаляването на болничните легла във Великобритания. Това е сложен и противоречив въпрос, но управлението на броя на болничните легла е изключително важно, особено като се има предвид остарялото население с хронични болести и високо интензивното и скъпо струващо лечение, нужно за много пациенти (глава 11).

ПРОМЕНЯЩАТА СЕ РОЛЯ НА БОЛНИЦАТА

Болниците стават все по-технологично ориентирани и по-скъпи. Под натиска на растящите цени, стимулирането на алтернативни форми на здравни грижи води до създаването на домашни грижи, амбулаторно обслужване и връзка с учреждения за продължителни грижи. Силите, които действат над болницата, като на организационна и икономическа единица, поставят болницата в контекст, в който общински базирани грижи са важна алтернатива, изискваща организационна и финансова връзка.

Болницата, като ключов елемент на всяка здравна система, с напредъка на технологиите и усъвършенстването на здравния мениджмънт, ще се променя. Управлението на здравни системи с по-малък болничен престой изисква реорганизация в болниците, целяща осигуряването на помощни услуги за амбулаторно диагностично и лечебно обслужване и домашни грижи. Взаимодействието между болничните и общински базирани здравни услуги изисква промени в културата на управлението и подходи, насо-

чени към общината. Включването на целия персонал в осигуряване качеството на услугите вече е част от тази култура на управлението.

Страните, в които болниците се управляват от Министерство на здравеопазването или Национална здравна служба започват да пренасочват собствеността на болниците и тяхното управление към агенции с идеална цел или тръстове, като самостоятелни икономически единици или ги интегрират в рамките на обслужващи програми на областните здравни власти. Борбата за пациенти и заплащане на услугите, като системите, използващи диагностично свързани групи, ще увеличи конкуренцията и необходимостта от отлично качество на болничните грижи и тяхното управление с оглед финансовото оцеляване на здравното заведение. Във Великобритания, Израел и много страни в преход се наблюдава тенденция към преминаване от съветска и пост-колониална здравна система към по-малко централизиран мениджмънт и по-голяма конкуренция в здравните грижи. Тенденцията да се включват болниците към областните здравни власти е друга важна политическа посока на здравната реформа.

ПАНЕЛ 10.9

СЛИВАНЕ НА БОЛНИЦИ В ОКРЪГ ЛОС АНЖЕЛИС

Лос Анжелис е голям, многоетнически и бързо развиващ се окръжен център с повече от 9 милиона души население, разположен в южна Калифорния. В него се намират голям брой болници, управлявани от различни организации с идеална цел (религиозни, етнически и други), окръжния департамент по здравеопазването в Лос Анжелис, здравни институции, собственост на университета, както и заведения, функциониращи с цел получаване на печалба. През 80-те и 90-те год. на XX-ти век, отношението легла/население е било 3,5 на 1 000 души от населението. Заплащането по диагностично свързани групи през 80-те год. на XX-ти век и увеличаващият се брой на хората, включени в програми за управлявани грижи, стават причина за намаляване на легловата заетост с 45 % (за леглата, заемани през 1996 г.). През 1998 г. по-голямата част от населението на Лос Анжелис е вече включено в програми за управлявани грижи. В резултат на това много болници започват да се продават на търговски болнични вериги или са заплашени от закриване, като някои от тях се трансформират в заведения за продължително лечение или заведения за амбулаторни грижи.

Центърът по здравни науки към *UCLA* е учебна болница, собственост на университета и управлявана от университета. В средата на 90-те год. на XX-ти век този център разработва договори за осигуряване на болнични грижи по много програми за управлявани грижи, включително и такива, които обхващат служителите на университета, както и програми, обслужващи много служители и работници в Лос Анжелис и окръга. За да разшири своите общински базирани грижи, центърът закупува няколко общински болници и подписва споразумения за сдружаване с групови медицински практики от близките области на града. Това позволява на центъра да обхване голяма част от населението в условията на силно конкурентния пазар. Все повече се набляга на развитието на договорни отношения със заведенията от първичната медицинска помощ. Центърът за здравни науки заменя болницата, която е била разрушена от земетресението през

1994 г. с институция със значително по-малко болнични легла. Това е приетата стратегия за оцеляване, която трябва да гарантира на болницата непрекъснатата роля на основна учебна и общинска болница в променящия се медицински пазар и през XXI в.

Източник: UCLA Medical Center, Health Sciences, 1998

В САЩ болнични мрежи се развиват както в търговския, така и в нетърговския сектори с интегриране на мениджмънта и намаляването на разходите в съответствие с търсенето и функционирането. Договори с организации за управлявани грижи за болнични услуги заместват предишната система, при която хоспитализирането на здравно осигурени пациенти зависи от това, дали лекарят има съответните права или е член на болничния персонал. Болничните търговски корпорации, заедно с подобните организации за управлявани грижи са поставили здравните грижи на стоковия пазар с печалби по-големи от тези на много други сектори от частната икономика. В този аспект сливането на болници може да се разглежда в контекста на произволно бизнес сливане или корпоративно развитие.

РЕГУЛИРАНЕ НА БОЛНИЦИТЕ

Правителствата имат отговорността и правомощията да гарантират стандартите на здравето на населението. Лицензирането на здравните институции е един от традиционните методи, използвани за защита на публичните интереси и предотвратяване на вредни практики в лечебните заведения. Процедурата на лицензиране е основа за регулиране на стандартите и съдържанието на услуги, както и на контролиране разходите за здравни грижи (глава 11).

Правителствата имат различни методи за регулиране на болниците; единият е контрол на механизма за заплащане, който позволява договаряне и влияние върху стандартите и съдържанието на грижите; вторият е регулиране броя на болничните легла чрез механизмите за лицензиране и регулиране; третият е контрол на основните разходи; четвърти метод е заплащането за здравно осигурени пациенти на акредитирани болници. Нивото на правителствената отговорност за регулирането е различно за отделните страни, като в повечето случаи зависи от конституционното разделяне на отговорностите между различните нива на управление и мащаба на страната. В общия случай, щатските и местните власти имат най-голямо влияние, тъй като са най-близо. Там, където болниците се управляват пряко от правителствени агенции, съществува конфликт на интереси под формата на саморегулиране.

Комбинирането на правителствените роли за финансиране, управление и регулиране на болниците в силно централизирана здравна система, на пръв поглед изглежда доста привлекателно и изгодно. Отделянето на тези конфликтни функции, обаче, е важно за постигането на висококачествено здравно обслужване. Отделянето на финансирането и регулирането от управлението на услугите е възходяща тенденция в националните здравни служби.

Правителственото регулиране прави неправителствената акредитация практически задължителна, тъй като стандартите на акредитиращата агенция са приети от правителството. Изискването за задължително пълно акредитиране на болниците и

заведенията за продължителни грижи и използването на съществуваща инспектираща система на неправителствена организация, упълномощена да проверява спазването на държавните стандарти в САЩ, спестява на правителството необходимостта от създаването на широкомащабна регулаторна и инспектираща система.

НЕОСИГУРЕНИТЕ КАТО ПРОБЛЕМ НА ОБЩЕСТВЕНТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Сериозно предизвикателство за общественото здравеопазване в САЩ са 40-те милиона неосигурени американци и огромния брой американци с недостатъчно покритие на здравната осигуровка. Голяма част от дейността на окръжните и общинските здравни департаменти е насочена към това население, което в по-голямата си част е бедно и се нуждае от здравни грижи. Осигуряването на старите и бедните от *Medicare* и *Medicaid* дава база за защита на тези групи от населението, но "почти бедните" и "почти старите" са все още много уязвими, особено когато съкращаването на работни места е основна част от икономиката на страната. С увеличаване броя на хората без здравна осигуровка, особено след провала на въвеждането на закона за национално здравно осигуряване през 1994 г., този проблем става все по-остър. Ето защо се увеличават и щатските и федералните инициативи за разширяване на здравното осигуряване, покривано от *Medicaid* и особено на почти 20 % от децата, които нямат здравна осигуровка. Въпреки, че САЩ е единствената индустриална страна, която все още няма универсално здравно осигуряване, тя е создала други механизми, които оказват положителен здравен ефект, като например програмите за училищно хранене и много категорийни здравни програми за промоция на пренаталните грижи, имунизации, скрининг за олово, мамографии, тест на Пап и други превантивни услуги. Не може да се предвиди кога или дали изобщо САЩ ще въведат национално здравно осигуряване. Отлагането във времето на въвеждането на национално здравно осигуряване ще продължи да бъде огромен товар за пълната реализация на американския национален здравен потенциал, за отделните граждани и за нацията като цяло.

ОБОБЩЕНИЕ

Общественото здравеопазване е организирано на местно, щатско и национално ниво с цел да определя и да работи за постигането на здравните цели. Балансираната здравна система изисква рационално разпределяне на ресурсите за различните превантивни и лечебни елементи на здравеопазването, както и за контрола на околната среда. Ресурси трябва да се осигуряват за всички уязвими групи от населението, като се отчита, че някои групи имат по-големи потребности от други. В същото време, въпроси, които касаят цялото население, като хранене, хигиенизиране, жилищно настаняване и социо-икономически условия засягат бедните и старите хора непропорционално. Сериозната обществена политика трябва да отчита и необходимостта от осигуряването на адекватно качество на грижите от страна на изпълнителите на здравни грижи и здравните институции, като разработва и регулира стандарти, процедури за лицензиране и механизми за оценка на качеството.

През почти двата века, изминали от създаването на американската военно-морска болнична служба, сериозни успехи са постигнати в общественото здравеопазване и развитието на системите на общественото здравеопазване в САЩ. Въпреки липсата на национална здравна система, САЩ са лидер във формулирането на административни механизми за подобряване на ефикасността на здравните грижи.

Преминаването на здравеопазването в САЩ към управлявани грижи през 90-те год. на XX-ти век предизвиква широкомащабна реорганизация на болниците с вертикална и хоризонтална интеграция, т.е. формиране на мрежи от болници и свързване на болничните и първичните здравни грижи. Настройката към организацията на здравните грижи на XXI век изисква промени и в болниците. Това включва намаляване броя на болниците, развитието на амбулаторно обслужване и домашни грижи, свързването с първичното здравно обслужване с оглед "обхващане на повече пациенти". Конкументните фактори, в които лекарите и другите здравни професионалисти от първичната здравна помощ, както и общината играят важна роля при определянето на използваемостта и преди всичко оцеляването на болницата, ще помогнат за създаването на по общински-ориентирана здравна система.

В САЩ общественото здравеопазване е отделено и не може да се сравнява с медицинското обслужване. Въвеждането на управлявани грижи за голяма част от населението създава професионални и икономически предизвикателства и за двете страни. Организираното обществено здравеопазване в САЩ се нуждае и трябва да търси потясна връзка с управляваните грижи с цел постигането на всеобхватния подход на Новото обществено здравеопазване. Организацията за управлявани грижи трябва да развиват здравна промоция, като в същото време трябва да гарантират интересите на пациента за успешна промоция на неговите дългосрочни икономически интереси и обратно. Ако общественото здравеопазване остане извън проблемите на организацията и финансирането на личните здравни услуги, изолацията на общественото здравеопазване в САЩ ще се задълбочи.

Новото обществено здравеопазване е всеобхватен подход към здравните грижи, наблягащ на взаимната връзка на медицинското и болничното обслужване в превенцията и промоцията на здравето. Клиничната медицина, управлението на здравното обслужване и подходите на комуналното здравеопазване си взаимодействат по различни начини в САЩ и в другите страни. В северна Европа и Великобритания областните здравни системи са отговорни да получават бюджет на глава от населението за осигуряването на здравето на общината (комуналното здравеопазване) и всички нива на лични здравни грижи. В САЩ липсата на универсален достъп до здравни грижи и централна система на заплащане за всички, парадоксално е довела до създаването на системите за управлявани здравни грижи, свързващи всички нива на здравеопазването. Но общественото здравеопазване остава настрана от този процес, тъй като се организира и финансира отделно.

Подходът на Новото обществено здравеопазване търси да свърже онези дейности на местното, щатското и националното управление, които съдействат за здравето на населението, включително осигуряването на лични грижи в болници, общински здравни заведения и заведения за продължителни грижи. Подходът на Новото обществено здравеопазване търси да свърже онези дейности на местното, щатското и националното управление с неправителствени служби, които съдействат за здравето на населението, включително управляваното или индивидуалното осигуряване на лични грижи в болници, общински здравни заведения или заведения за продължителни грижи.

ЕЛЕКТРОННИ МЕДИИ

Агенция за здравно-политически изследвания - <http://www.ahcpr.gov>
Американска болнична асоциация - <http://www.aha.org>
Американска асоциация по обществено здравеопазване - <http://www.apha.org>
Бюро за първична медицинска помощ (DHHS) - <http://www.hrsa.gov>
Център за контрол на болестите и превенция (DHHS) - <http://www.cdc.gov>
Департамент по здравеопазване и човешки ресурси (DHHS) - <http://www.hhs.gov>
Администрация за здравно финансиране (DHHS) - <http://www.hcfa.gov>
Здравни индикатори, САЩ - <http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/indicatr.htm> и DNHS@hcfa.gov
(National Health Indicators)
Здраве, САЩ, 1998 - <http://www.cdc.gov/nchswww/products/pubs/pubd/hs/hs.htm>
Hill-Burton Obligated Facilities, Администрация за здравни ресурси и обслужване -
<http://www.hrsa.dhhs.gov/osp/dfcr/obtain/hbstates.htm>
Служба за здраве на индианците (DHHS) - <http://www.his.gov>
Институт по медицина, Национална академия на науките -
<http://www.nas.edu/IOM/IOMHome.nsf>
Обща комисия за акредитация на здравните заведения - <http://www.jcaho.org/index.htm>
Национален център за здравна статистика - <http://www.cdc.gov/nchswww>
Национален здравен институт - <http://www.nih.gov>

ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

Afifi, A., Brewslow, L. 1994. The maturing paradigm of public health. *Annual Review of Public Health*, 15:223-235
Alpert, J.J. 1998. Editorial: Serving the medically underserved. *American Journal of Public Health*, 88:347-348
Centers for Disease Control. 1996. Historical perspectives of CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:526-530
Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditures for essential public health services selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152
Centers for Disease Control. 1999. Ten great public health achievements United States, 1900-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:241-243
Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900-1999: changes in the public health system. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:1141-1147
Citrin, T. 1998. Topics of our time: Public health Community or commodity: Reflections on healthy communities. *American Journal of Public Health*, 88:351-352
Oberle, M.W., Baker, E. L., Magenheimer, M.J. 1994. Healthy people 2000 and community health planning. *Annual Review of Public Health*, 15:223-235
Rosenbaum, S., Hawkins, D. R., Rosenbaum E., Blake, S. 1998. State funding of medical care service programs for medically underserved populations. *American Journal of Public Health*, 88:357-363

БИБЛИОГРАФИЯ

American Public Health Association. 1991. Healthy Communities 2000: *Model Standards*, Third Edition. Washington, DC, APHA.
Buttery, C. M. G. 1991. *Handbook for Health Directors*. New York: Oxford University Press.

- Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditure for essential public health services Selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152
- Green, L. W., Ottoson, J. M. 1994. *Community Health*, Seventh Edition. St. Louis: Mosby.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington DC: National Academy Press.
- Lasker, R. D. (ed) and Committee on Medicine and Public Health. 1997. *Medicine and Public Health: The Power Collaboration*. American Public Health Association and American Medical association. New York: New York Academy of Medicine.
- Mill, J. S. 1869. *On Liberty*. London: Bartleby Co. (www.bartleby.com/130)
- Miller, C. A., Moos, M. K. 1981. *Local Health Departments: Fifteen Case Studies*. Washington DC: American Public Health association.
- Patrick, D. L., Erickson, P. 1993. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Rohrer, G., Hanlon, J. J. 1990. *Public Health Administration and Practice*. Ninth Edition. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- Turnock, B. J. 1997. *Public Health: What It Is and How it Works*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- United States Department of Health and Human Services. 1992. *Healthy People 2000: National Health promotion and Disease Prevention Objectives*. DHHS Publication PHS 91-40212. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- United States Department of Health and Human Services. 1994. *Healthy People 2000 Review*, 1994. DHHS Publication No. (PHS) 94-1256-1. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- United States Department of Health and Human Services. 1998. *United States, 1998: with Socioeconomic Status and Health Chartbook*. DHHS Publication No. (PHS) 98-1232.
- Williams, S. J., Torens, P. R. (eds). 1998. *Introduction to Health Services*, Fifth Edition.