

## 2

# РАЗШИРЯВАНЕ НА КОНЦЕПЦИЯТА ЗА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

## ВЪВЕДЕНИЕ

Еволюцията на общественото здравеопазване от древни времена до днес, и особено в последните две столетия, е продължителен процес, чийто революционен възход предстои. Изучаването на историята подпомага студентите и специалистите при определянето на посоката, по която се движат в стремежа си към обогатяване със знания и опит. Този академичен поглед е жизнено необходим за осъзнаване на процесите на промени и овладяване на посоката на тези промени в областта на науката, практиката и икономиката - основни движещи сили на общественото здравеопазване в края на XX век. За идващите поколения - не само качеството на живот, но и оцеляването са заложени на карта.

Първоначално, общественото здравеопазване е възприемано като дисциплина, която изучава и осъществява мерки за контрол на заразните заболявания, главно чрез хигиенизиране и ваксиниране. Санитарната революция, която предхожда развитието на модерната бактериология, допринася значително за подобряване на здравното състояние на обществото. Подобряването обаче на храненето, повишаването на нивото на образованост на населението и благоустрояването на жилищната среда са фактори от не по-маловажно значение. Развитието на майчиното и детско здравеопазване, нарастващата мрежа от дейности в областта на общественото здравеопазване, подобряването на физическата и социална среда, подобряването на индивидуалния начин на живот, имат също значителна роля за по-доброто здравно състояние на населението в световен мащаб.

Обществено здравеопазване се разви като мултидисциплинарна област на науката и включва приложение на аналитични и приложни познания, образование, социални науки, икономика, мениджмънт и комуникационни умения за повишаване на благосъстоянието на индивида и общността; в обхвата му попадат още изкуството и политиката за координиране на различни обществени и индивидуални услуги. Тази холистична представа на баланс и равновесие, е своеобразен ренесанс на класическите гръцки традиции. Нейното адаптиране в съвременни условия е трудно на фона на нарастващия масив от знания и опит в областта на общественото здраве и медицинските грижи в края на XX-ти век.

### ПАНЕЛ 2.1

#### АРИСТОТЕЛ ЗА ЗДРАВЕТО

"Здравето на тялото и ума е съществено за добрия живот на човека и всеки човек има абсолютното морално право на добро здраве. Дълг на обществото е да осигури упражняването на това право".

Специалистът по обществено здравеопазване е еднакво ангажиран както с организацията, така и с директното осъществяване на здравни грижи. Всеки здравен специалист трябва да бъде наясно с въпросите, свързани с Новото обществено здравеопазване и развитието на неговите отделни измерения, тяхното взаимодействие, организация и финансиране в различните краища на света. Само по този начин ще бъде в течение на динамиката на промените.

Новото обществено здравеопазване е широкообхватно понятие. То включва всички обществени или индивидуални дейности, насочени към ограничаване на факторите, които допринасят за тежестта на заболяванията и поощряване на тези, които директно водят до подобряване на здравето. Програмите, по които се работи, обхващат широк спектър от дейности: от имунизация, здравна промоция и грижи за децата, до етиктиране на хранителните продукти и осигуряване на организирани и достъпни здравни грижи. Планирането, мениджмънта и мониторирането на функциите на системите на здравеопазване са от първа необходимост в условията на ограничени ресурси и високи очаквания, типични за съвременните общества. Това налага изграждане на развити информационни системи за осигуряване на обратна връзка и контрол на данните, необходими за ефективен мениджмънт. Новото обществено здравеопазване включва отговорност и координация на всички нива на държавата, на неправителствените организации и участието на медиите, силни професионални организации и организации на потребителите. Ясно е посочена личната отговорност на индивида за собственото му здраве, както и тази на доставчика на медицински услуги да предоставя високо специализирани и качествени здравни грижи.

## ЕВОЛЮЦИЯ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Преходът към Новото обществено здравеопазване се предшества от редица промени в обществото. Религията, въпреки все още голямата си роля на политическа и управленска сила в редица държави по света, вече е загубила централната си организационна мощ. Урбанизацията и изграждането на мултинационални икономически системи, превръщат здравето на индивидите в нещо повече от "локален проблем". Отделният човек е не просто обитател на селото, града или държавата, в които той или тя живеят, но е жител на Земята - "глобалното световно село". Селскостопанската революция от XV-ти до XVII-ти век, която доведе до увеличаване на хранителните припаси, беше последвана доста по-късно от развитието на науката за храненето и значението му, като предмет на общественото здравеопазване. Научната революция от XVII-ти до XIX-ти век позволи да бъдат описани и анализирани заболяванията и вредните ефекти от индустриалната революция, включително пренаселената жилищна среда и замърсяването на природата. В средата на XX-ти век, една нова селскостопанска "зелена революция", допринесе значително за намаляването на щетите за околната среда в международен план. Тези, както и много други обществени промени, дискутирани в Глава 1, създават възможност общественото здравеопазване да разшири своя потенциал и хоризонти и да разработи своята прагматична и научна основа.

Организацията на общественото здравеопазване от XX-ти век доказва своята ефективност за намаляване на тежестта от инфекциозните заболявания и допринася за подобряване качеството и продължителността на човешкия живот. В последния половин век хроничните заболявания се превърнаха в главна причина за заболяемостта и

смъртността в развитите страни и са с все по-изразено влияние в развиващите се страни. Нарастващият масив от научни и епидемиологични знания предоставя нови възможности за справяне с тези заболявания. Много аспекти на общественото здравеопазване могат да бъдат повлияни единствено чрез промяна на поведението и индивидуалния риск на отделния човек. Това изисква комплексни интервенции, свързани както с индивидуалния начин на живот, така и с обществени, социални и други фактори на околната среда.

Разпространението на хроничните заболявания достига своя връх в така наречения епидемиологичен преход. В същото време протича своеобразна революция в областта на икономиката и мениджмънта на здравните системи поради бързо нарастващите разходи и почти универсалното признаване правата на хората за достъп до качествени здравни грижи. Всичко това води до включване на професионалистите и институциите от областта на общественото здравеопазване в мениджмънта и икономиката на здравните системи. Концепции като определяне на цели, задачи, приоритети, ефективност на разходите и оценка на дейностите се превърнаха в част от дневния ред на Новото общественото здравеопазване. Бъдещите доставчици на здравни услуги или мениджъри в здравната сфера се нуждаят да бъдат своевременно осведомени за развитието на тези концепции, за да се справят със сложната комбинация от наука, хуманност и ефективен мениджмънт на ресурсите. По този начин ще се постигнат по-високи стандарти на здраве и посрещане на новите предизвикателства на Новото общественото здравеопазване на XXI-ви век.

## ЗДРАВЕ И БОЛЕСТ

Дефинициите за здраве следват различни гледни точки, които варират от практическо обосноваване върху реалните факти за смъртността и болестността до идеализирани представи за човешкото и общественото здраве. Оперативната дефиниция за здраве има следния вид: състояние на равновесие на човека с биологичната, физическа и социална среда и максимална функционална дееспособност. В този смисъл, здравето е състояние, характеризиращо се с анатомична, физиологична и психологична цялост и оптимална функционална дееспособност в семейството, работата и обществото (включително справяне с психо-емоционалния стрес), чувство за благополучие и липса на риск от заболяване и преждевременна смърт. Факторите от значение за здравето са взаимосвързани.

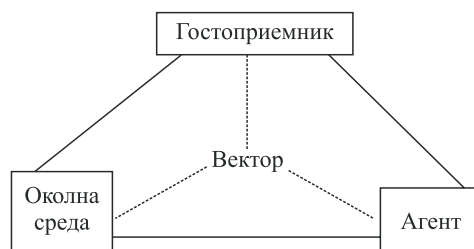
През 1878 г. Клод Бернар описва феномена на адаптирането и приспособяването на вътрешната среда на човешкия организъм към физиологичните процеси. Тази концепция е фундаментална за медицината. Тя е също централна за общественото здравеопазване, тъй като правилното разбиране на събитията и факторите, определящи взаимовръзката между здравето и болестта е основно за идентифициране на факторите, които нарушават техния баланс, както и за откриване на възможности за опит за връщане баланса на здравето.

От времето на Хипократ и Гален, като основни причини за болестите са смятани течностите в тялото (хуморална теория) и заразните изпарения (теория за миазмата) или други вредни излъчвания на околната среда. Теорията за миазмата, макар в основата си да не е базирана на научни доказателства, води до осъществяването на серия от практически интервенционни мерки в началото и средата на XIX-ти век за

подобряване на санитарно-хигиенните, жилищни и социални условия на живот, довели до успешни резултати в подобряване на здравето. Микробиологичната теория на пионерите в областта - епидемиолози (*Pannum, Snow, Budd*), учени (*Pasteur, Cohn, Koch*) и практики (*Lister, Semmelweis*) доведе до развитие на бактериологията и революция в практическото обществено здравеопазване. Комбинираното приложение на тези две теории е в основата на класическото обществено здравеопазване. То има огромно значение за постигане на контрол върху инфекциозните заболявания.

### МОДЕЛ: ГОСТОПРИЕМНИК - АГЕНТ - ОКОЛНА СРЕДА

Моделът: гостоприемник-агент-околна среда се основава на следния механизъм: вреден агент, посредством предразполагаща среда влиза в контакт с гостоприемника и причинява специфично заболяване. Този модел доминира в разбиранията на общественото здравеопазване и повлиява неговото развитие до средата на XX-ти век. Гостоприемникът е човек с висок риск за специфично заболяване. Агентът е микроорганизъм или директна причина за заболяване. Околната среда включва външните фактори, които повлияват гостоприемника, неговата или нейната възприемчивост към агента и вектора, който разпространява агента до различни гостоприемници от средата, в която той живее. Този механизъм обяснява причинността и разпространението на много заболявания. Векторът е способ на предаване на заболяване от околната среда. Този модел (фиг. 2.1), в действителност съчетава теориите за заразните заболявания (микробиологичната теория и теорията за миазмата). Един специфичен агент, начин на предаване и възприемчив гостоприемник са включени във взаимодействие, което е централно за инфекциозния характер и тежестта на заболяването. Околната среда предопределя наличието на носителите или разпространителите на инфекциозния (или токсичен) агент, както и други допринасящи фактори за възприемчивостта на гостоприемника като бедност, ниско образование и др.



ФИГУРА 2.1

Моделът: гостоприемник - агент - околна среда

### РАЗШИРЕН МОДЕЛ: ГОСТОПРИЕМНИК - АГЕНТ - ОКОЛНА СРЕДА

Разширеният модел: гостоприемник - биологичен агент - околна среда (фиг. 2.2) позволява по-широка дефиниция на трите компонента във връзка с епидемиологията, както на острите инфекциозни заболявания, така и на неинфекциозните заболявания. Във втората половина на XX-ти век този модел допринесе съществено за справянето с комплекса от фактори, свързани с хроничните заболявания - съвременните водещи причини за болестност и преждевременна смъртност в развитите страни, с нарастващо значение и в развиващите се страни.



ФИГУРА 2.2

Разширен модел: гостоприемник - агент - околна среда

Интервенции, насочени към промяната на факторите, свързани с гостоприемника, околната среда и агента са същността на общественото здравеопазване. При контрола на инфекциозните заболявания биологичният агент може да бъде отстранен чрез пастъризация на хранителните продукти или филтрация и дезинфекция (хлорирание) на водните източници за предотвратяване на водопреносими заболявания. Гостоприемникът може да бъде защитен чрез имунизирание срещу инфекциозния причинител. Околната среда може да бъде променена за предотвратяване на разпространението на дадено заболяване чрез прекъсване на вектора (пътя на предаване) или унищожаване на първоизточниците на заразата. Комбинацията от тези интервенции се прилага за борба със специфични организми или заболявания. Заболяванията, които могат да бъдат предотвратени чрез ваксинации изискват едновременно рутинни и специфични дейности за повишаване на общата имунна защита на населението. Контролът върху заболявания, за които все още не е открита ваксина, напр. малария, включва широк спектър от дейности като откриване и лечение на случаи със заболяване за повишаване на индивидуалното здраве и унищожаване на първоизточника. Прилага се и контрол върху вектора - ограничаване на популациите от комари за ограничаване на разпространението на маларията. Контролът върху туберкулозата изисква не само откриване и лечение на случаите със заболяване, но също и вярно схващане за факторите, допринасящи за това заболяване - социални условия, съпътстващи заболявания (употреба на наркотици, *HIV/СПИН*), резистентност на агента към лечението, неспособност на пациентите да приключат успешно лечението без медицинско наблюдение. Болестите, предавани по полов път, изискват комбинирани действия за постигане на поведенческа промяна, здравно възпитание, медицински грижи и приложна епидемиология.

При неинфекциозните болести интервенцията е дори по-сложна и включва основно интервенции, насочени към промяна на поведенческите фактори, като прилагането на широка гама от законови, административни и образователни мерки. Съществуват комплексни рискови фактори с утежняващ ефект за причинността на неинфекциозните заболявания, чието адресиране е по-трудно в сравнение с факторите, причиняващи инфекциозните заболявания. Например, тютюнопушенето е рисков фактор за карцином на белия дроб, а експозицията към азбестов прах има утежняващо

въздействие. Превенцията на експозицията е по-лесно осъществима, в сравнение с намаляването на тютюнопушенето. Сnižаването на болестността и смъртността от травми е еднакво проблематично.

Откриването на единствена причина, която идентифицира заболяването е научно и практически постижение за общественото здравеопазване. Това позволява осъществяването на директни интервенции, като използването на ваксини и антибиотици за превенция и лечение на инфекциозни заболявания. Кумулативният ефект на няколко рискови фактора е също от голямо значение при редица инфекциозни заболявания (туберкулоза) или хронични заболявания (сърдечно-съдови заболявания).

Факторите, които въздействат върху човешкото здраве могат да бъдат: вътрешни и външни. Вътрешните фактори са два вида: биологични (наследствени) и поведенчески (придобити) навици на живот: тютюнопушене, преяждане, или друг вид високорисково поведение. Външните фактори, повлияващи човешкото здраве включват околната среда, социално-икономическо и психологическо състояние на индивида, семейството и обществото, в което той живее. Образованието, културата и религията са други фактори, допринасящи за индивидуалното и обществено здраве.

Съществуват също фактори, свързани със здравето на индивида, при които обществото има директна роля. Един от тях е осигуряването на медицински грижи. Обезпечаването на здравословна и безопасна околна среда е друг подобен фактор, който включва мерки като флуориране на водата за подобряване на стоматологичното здраве, законодателни мерки за намаляване на травмите и смъртността вследствие пътно-транспортни произшествия - задължително поставяне на колани в автомобилите и каски на мотоциклетистите. Тези фактори могат да повлияят индивидуалния отговор по отношение на заболяванията или разпространението на дадена епидемия (виж глава 3). За епидемия говорим също и при хроничните заболявания, тъй като наличието на общи рискови фактори може да причини голям брой случаи в дадена популация, сравнена с предходен период от време или с друга популационна група, неекспонирана на дадения рисков фактор.

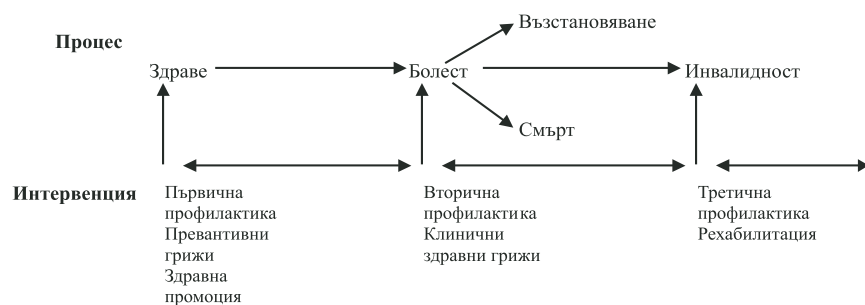
## ЕСТЕСТВЕН ХОД НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

Заболяването е динамичен процес, който преминава през стадии на възникване, протичане и лечение. Познаването на естествената история на заболяването е фундаментално за откриването на най-ефективните подходи за успешно прекъсване или промяна на болестния процес за пациента, за семейството или за общността.

Естественият ход на заболяването представлява неговото хронологично протичане. То включва фактори, които са свързани с възникването, клиничното протичане, лечението, дългосрочните последици (последващи фази или усложнения) и факторите, дължащи се на средата или вътрешни фактори (генетични или поведенчески), както и видовете интервенции в зависимост от стадия на заболяването (фиг. 2.3).

Както вече беше посочено, дадена болест възниква, когато агентът, гостоприемникът и околната среда взаимодействат помежду си и създават неблагоприятни за здравето условия. Агентът би могъл да бъде болестотворен микроорганизъм, химическа експозиция, генетичен дефект или състояние на хранителен дефицит. Дадена форма на индивидуално или социално поведение, като безразсъдното шофиране или рисково сексуално поведение, може да доведе до травма или заболяване. Госто-

приемникът може да притежава имунитет или да бъде податлив към дадено заболяване, в резултат на много допринасящи фактори от околната среда (социални, културни и др.). Спецификата на вектора зависи от околната среда: комари (малария), замърсена спринцовка (хепатит С), богата на олово блажна боя или семейна среда, в която се наблюдава домашно насилие.



ФИГУРА 2.3

Процеси на заболяване и интервенция

Приемайки, че естественото състояние на "здраве" представлява оптимално чувство на благополучие, пълно функциониране на всички органи и липса на болест, ходът на заболяването, инфекциозно или неинфекциозно, следва характеристиките, описани от клиницистите и епидемиолозите. Клиничната история на заболяването спомага за определяне на предклиничните изяви или предразполагащите фактори.

Клиничното протичане на заболяването или лабораторните и радиологични резултати могат да бъдат повлияни от индивидуални или популационни интервенции, водещи до излекуване или по-леко протичане на естествения ход на заболяването, без риск от усложнения. По този начин интервенцията се превръща в част от естествения ход на заболяването. Естественият ход на инфекциозните заболявания в дадена популация ще бъде повлиян от размера на предварително ваксинираното население или рисковата експозиция на общността. Някои заболявания са характерни основно за детската възраст, тъй като възрастното население има изграден имунитет вследствие предходни експозиции или ваксинации. Морбили и дифтерия, които засягат предимно детската възраст, могат да засегнат и възрастни хора, поради по-слаб естествен имунитет или поради неадекватно ваксиниране в детството.

При мениджмънта на хроничните заболявания, високите разходи за пациентите и здравните системи нарастват, когато превантивните грижи или управлението им са неадекватни. Прогресирането на диабета и тежките му усложнения могат да бъдат предотвратени чрез добър контрол на заболяването. Пациентите с напреднала хронична обструктивна белодробна болест или сърдечна недостатъчност биха могли да поддържат добро стабилно състояние при добър мениджмънт на лекарствата, имунизации срещу грип и пневмония и адекватно прилагане на други видове грижи. Ако такъв мениджмънт не се осъществява, пациентът може да има нужда от дълготрайно и скъпо струващо лечение. Липсата на адекватни поддържащи грижи е по-скъпо струващо за здравната система и животозастрашаващо за пациентите.

Както при отделния човек, естественият ход на заболяването на популационно ниво, може да бъде предопределен от влиянието на множество фактори. Епидемиоло-



гичните модели на инфекциозните заболявания могат да бъдат оценени по аналогичен начин с индивидуалните случаи. Класическото описание на случай на морбили на островите Фаро, направено от Панум е информативно за начините на предаване и епидемичната природа на заболяването, както и за протективната роля на придобития имунитет.

## ОБЩЕСТВО И ЗДРАВЕ

Здравето на общностите, както и индивидуалното здраве зависи от обществените фактори не по-малко, отколкото от генетичните, личните рискови фактори и медицинските услуги. Значението на социалното неравенство за здравето е осъзнато и документирано. Докладите на Чадуик и Шатък (*Chadwick & Shattuck*) от периода 1840-1850 г. документирант взаимовръзката между бедност, лоши хигиенни и жилищни условия и трудова среда с високата смъртност, като полагат основите на социалната епидемиология. Политическите и социални идеологии подкрепяха идеята, че благосъстоянието, включващо универсална система на здравеопазване от един или друг тип, ще елиминира социалните и демографски различия в здравния статус.

От въвеждането на задължително здравно осигуряване в Германия през 80-те год. на XX-ти век до пропадналия опит на Съединените щати за национално здравно осигуряване през 1995 г. (виж глави 1 и 13), социалните реформи за справяне с неравнопоставеността по отношение на здравето се фокусират върху подобряване на достъпа до медицински и болнични грижи. Тъй като повечето индустриални държави възприеха такъв модел здравеопазна система, техният принос за подобряването на здравния статус на населението е важна част от социалния процес, особено след Втората световна война.

Но дори и в общества с универсален достъп до здравни грижи, хората от ниските стъпала на социалната стълбица имат по-високо ниво на заболяемост и смъртност. Данните от "черния доклад" (*Douglas Black*) във Великобритания от началото на 80-те год. на XX-ти век посочва, че населението от клас V (неквалифицирани работници) има два пъти по-висока обща и специфична смъртност в сравнение с населението от клас I (професионалисти и бизнесмени), при всички заболявания от детската смъртност до смъртността от злокачествени заболявания. Този доклад представя шокиращи факти за британското население, което е обезпечено от Националната здравна система от 1948 г. и има свободен достъп до пълен пакет здравни услуги, ефективни взаимоотношения с общопрактикуващите лекари и добър достъп до специализирана помощ. Докладът на *Douglas Black* води до преценка на значението на социалните фактори, оставени встрани от медицинската грижа до този момент, като академичен интерес на медицинските социолози и антрополози. Въпреки че епидемиологията на сърдечно-съдовите заболявания е директно свързана с класическите рискови фактори тютюнопушене, оскъдно хранене, физическа активност, различията в смъртността от сърдечно-съдови заболявания между различните класове на работещите във Великобритания не би могло да бъде напълно обяснено само с тези фактори. Тези различия са повлияни също и от социално-икономическите фактори и психологичните потребности на индивидите - такива като възможността да контролират собствения си живот. Нискоквалифицираните работници имат по-слаб контрол върху своя живот, в сравнение с чинов-



ниците от по-високата социална прослойка и имат по-високи честоти на смъртност от сърдечно-съдови заболявания.

Социалните условия повлияват разпределението на заболяванията във всички общества. В Съединените щати и Западна Европа туберкулозата е отново значителен проблем на общественото здравеопазване в градските райони, поради струпване на високорискови групи население, характеризиращи се с бедност, обществено отчуждение, бездомност, наркомания и разпространение на HIV инфекции. В Източна Европа и бившите съветски републики, високият ръст на заболяемостта от туберкулоза е в резултат от различни социални и икономически фактори от началото на 90-те год. на XX-ти век, включително масови амнистии на затворници. И в двата случая, диагностицирането и предписването на лечение са неадекватни и популацията като цяло е в риск, поради развитието на антибиотично-резистентни щамове на туберкулозни бактерии, предавани от неадекватно лекувани носители, в ролята на човешки вектори.

Проучвания на социално-икономическия статус и здравето са приложими и ценни в много аспекти. В окръг Аламеда, Калифорния, различията в смъртността от злокачествени новообразувания между черно и бяло население загубват значимостта си, когато са стандартизирани по социално положение. Едно 30-годишно проспективно проучване на населението от този окръг установява, че семействата с ниски доходи са по-податливи на физически и психически заболявания, които допринасят за по-нататъшното им обедняване.

Проучвания във Финландия и други места показват, че жените с нисък социално-икономически статус в по-малка степен осъществяват превантивни грижи за своето здраве, като тестване за рак на маточната шийка, въпреки, че са изложени на по-голям риск от това заболяване.

Факторите, водещи до социално неравенство са свързани с различия в рисковото поведение, социо-емоционален дистрес, фактори от трудовата и работна среда, включващи експозиции на токсични вещества, чувство за липса на контрол, неадекватна семейна или обществена подкрепа.

Здравето и болестта са многофакторни и рисковите фактори, свързани с тях изискват здравните системи да вземат под внимание социални, физически и психологични фактори, които намаляват ефекта дори на най-добрите медицински грижи. В този смисъл здравната система следва да влияе върху възникването или изхода от заболяването, или директно чрез първична профилактика и лечение, или индиректно чрез намаляване на обществените или индивидуални рискови фактори.

Влиянията на социалните условия върху здравето могат да бъдат уравниловени чрез интервенции, насочени към промотиране на здравословни условия на живот, например подобрени санитарни условия или чрез здравните служби, достъпни до всички и използвани ефективно.

Социалният контекст на здравното състояние на населението се разглежда от гледна точка на безработицата, социалната сигурност, образованието на жените, труд и почивка, семейните доходи, стандарта на живот, жилищните условия, бездомността. Разпределението на доходите в страна с висок стандарт на живот, може да доведе до широка бездна между високите и ниски социални прослойки, с влияние върху здравето. Новото обществено здравеопазване има отговорността за подкрепа на обществените условия, укрепващи здравето.

## МОДЕЛИ НА ПРОФИЛАКТИКА

Когато имаме за цел предотвратяване на заболяване, следващата стъпка е да се идентифицират подходящи и осъществими методи или да се разработи тактическа стратегия за постигането ѝ. Това определя методите за работа и необходимите ресурси. Методите на общественото здравеопазване се категоризират като здравна промоция и първична, вторична и третична профилактика.

### ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ

Здравната промоция е водеща концепция, включваща дейности за повишаване на индивидуалното и обществено здраве и благополучие. Тя има за цел да повиши участието и контрола на индивида и общността в управляването на тяхното собствено здраве. Дейностите на здравната промоция са насочени към подобряване на здравето и социално благополучие и намаляване въздействието на специфични детерминанти на заболяванията и рисковите фактори, които повлияват неблагоприятно здравето и производителните възможности на индивида и обществото, поставяйки цели въз основа на размера на проблема, приложимостта и рентабилността на интервенциите с доказан успех.

#### ПАНЕЛ 2.2

### МОДЕЛИ НА ПРОФИЛАКТИКА

**Здравна промоция:** Поощряване на индивидуалните и обществени стандарти на поведение, водещо до добро здраве, насърчаване на законодателни, социални или свързани с околната среда мерки, които намаляват индивидуалния и обществен риск и създават здравословна среда.

**Първична профилактика:** Предотвратяване на възникването на заболяване.

**Вторична профилактика:** Поставяне на ранна диагноза и осъществяване на бързо и ефективно лечение за спиране на прогресирането или намаляване на продължителността на заболяването и рискът от възникване на усложнения.

**Третична профилактика:** Предотвратяване на дълготрайните вреди за здравето или на инвалидността, възстановяване и поддържане на оптимално функциониране на организма, след като процесът на заболяване е стабилизирал, напр. промоция на функционална рехабилитация.

Здравната промоция е ключов елемент в Новото обществено здравеопазване и се прилага на ниво общност, клиника, болница или други нива на предоставяне на здравни услуги. Някои от дейностите на здравната промоция се осъществяват чрез държавна намеса: задължителното поставяне на колани в автомобилите, изискване за задължителна пълна имунизация на децата при прием в училище, разпространяване на знания за здравословно хранене сред децата и учениците - за предотвратяване на хранителните дефицити сред уязвими групи население, изискване за масова профилактика с витамин К - за предотвратяване на хеморагичната болест при новородените

и др. Създаването на хранителни и лекарствени стандарти, повишаването на данъците върху тютюневите изделия и алкохола за намаляване на тяхната консумация, са също част от здравната промоция. Тя би могла да се практикува от хора от различни професионални области.

#### ПАНЕЛ 2.3

##### ЕЛЕМЕНТИ НА ЗДРАВНАТА ПРОМОЦИЯ:

1. Фокусиране върху здравните проблеми на населението като цяло и на хората със специфични заболявания.
2. Насочени действия за елиминиране на рисковите фактори или причините за болестност и смъртност.
3. Предприемане на активни подходи за откриване и въздействие върху рисковите фактори за здравето на общността.
4. Подкрепяне на факторите, които спомагат за по-добро здраве на населението.
5. Инициране дейности за борба с рисковите фактори, включващи комуникации, образование, законодателство, фискални мерки, организационна промяна, обществено развитие, спонтанни местни дейности.
6. Поощряване участието на широката общественост при дефиниране на проблемите и вземане на решения за насочени действия.
7. Подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика.
8. Окуражаване участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната подкрепа.

Повишаването на знанията и информираността на хората за здравето и рисковите фактори, свързани с начина на живот, изисква обучение на младите хора за последствията от болестите, предавани по полов път, тютюнопушенето, алкохола, за намаляване на риска, произхождащ от тяхното социално поведение. Това може да включва разпространяване на информация за здравословно хранене, например, нуждата от фолиева киселина за жените във фертилна възраст и мултивитаминови добавки за възрастните.

Индивидуалното поведение се повлиява в значителна степен от обществени, групови нагласи и стандарти. Здравната промоция полага усилия да създаде климат, стимулиращ знания, нагласи, вярвания и практики, които са свързани с по-добри здравни резултати.

#### ПЪРВИЧНА ПРОФИЛАКТИКА

Първичната профилактика включва тези дейности, които целят предотвратяването на болестите и травмите. Първичната профилактика работи едновременно на индивидуално и обществено ниво. Тя може да бъде насочена към гостоприемника за повишаване на резистентността на организма спрямо агента (имунизации или спиране на тютюнопушенето) или да бъде насочена към дейности, свързани с околната среда за намаляване на благоприятните условия за векторите на биологичните агенти (комарите - вектори на малария и тропическа треска). Примерите за такива мерки са много.

Имунизациите на децата предотвратяват болести като тетанус, коклюш и дифтерия. Хлорирането на водата е важна предпоставка за ограничаване на инфекциозните чревни заболявания. Поставянето на предпазни колани в автомобилите предотвратява тежки травми и смърт при пътно-транспортни произшествия. Ограничаването на достъпа до огнестрелно оръжие води до намаляване на травмите и смъртността от умишлено или непредумишлено насилие.

Първичната профилактика включва и дейности в рамките на здравната система, които водят до подобряване на здравния статус. Например, създаване на стандарти, които да осигуряват не само информираността на лекарите по отношение на подходящите имунизационни практики и модели на пренатална медицинска грижа, но също и осъзнаването на тяхната важна роля за превенцията на сърдечно-съдовите, коронарни и други видове заболявания, като рак на белия дроб. В тази своя роля, медицинският специалист се представя като учител и наставник, също толкова, колкото като диагностик и терапевт. Както и здравната промоция, първичната профилактика не разчита единствено на действия от страна на лекарите; тъй като непрекъснато се работи за повишаване нивата на информираност и знания, осигуряване на възможности на хората да се грижат за собственото си здраве, да намаляват рисковите фактори и възприемат здравословен начин на живот.

## ВТОРИЧНА ПРОФИЛАКТИКА

Вторичната профилактика представлява ранно диагностициране и мениджмънт на заболяванията, предотвратявайки усложненията от тях. Здравните интервенции за ограничаване разпространението на заболяванията включват идентифициране на източниците на заболявания и осъществяване на действия за тяхното унищожаване, като запечатването на водохранилището *Broad Street Pump* (в Лондон) за спиране на холерната епидемия. Вторичната профилактика включва мерки за изолиране на случаите и тяхното лечение за предотвратяване на епидемии от менингит или дребна шарка. Програми за снабдяване със спринцовки сред общностите на наркомани или разпространяване на презервативи в училищата (университетите) подпомагат превенцията на болести, предавани по полов път и *HIV/СПИН*.

Всички здравни специалисти имат роля при вторичната профилактика, например, при превенция на инсултите чрез ранно и адекватно лечение на хипертонията. Повишените стойности на кръвното налягане могат да бъдат нормализирани с промяна в начина на живот, намаляване на наднорменото тегло, повишаване на физическата активност, спиране на тютюнопушенето и редовно вземане на лекарства. Всички тези фактори заедно намаляват риска от инсулти. В случаите на травми, компетентната спешна помощ, транспортиране и добра специализирана грижа намаляват вероятността за смърт или инвалидност. Скринингът и високкоквалифицираните грижи в общността намаляват усложненията от диабет, включително сърдечни, бъбречни, очни и периферно-съдови болести. Те също предотвратяват хоспитализирането, ампутациите, инсултите, като по този начин удължават и подобряват качеството на живота. Здравните системи трябва да бъдат активно ангажирани с вторичната профилактика, не само чрез индивидуалното участие на лекарите, но и чрез организирани системи за медицински грижи.

### ТРЕТИЧНА ПРОФИЛАКТИКА

Третичната профилактика включва дейности, насочени към гостоприемниците и към околната среда с цел подобряване на рехабилитацията, възстановяването и поддържането на максимално функциониране след като заболяването и усложненията са стабилизирани. Човек, който е преживял сърдечно-съдов инцидент или травма, достига до стадий, в който активната рехабилитация може да спомогне за възстановяване на загубените функции и да предотврати бъдещи усложнения.

Лечението на инфаркт на миокарда или фрактура на подбедрицата включва ранна рехабилитация за максимално възстановяване. Предоставянето на инвалидна количка, специални тоалетни принадлежности, врати, рампи и транспортни услуги са често от жизнено важно значение за рехабилитацията. Организацията в областта на общественото здравеопазване работят съвместно с отделни групи от обществото по предоставяне на грижи за специализирани категории на болестност и инвалидност, за намаляване на дискриминацията, за финансиране на специализирано оборудване или други нужди на инвалидите. Близкото проследяване и мениджмънт на хронично болните за правилен и редовен прием на лекарства, мониториране на промените в състоянието им, поддръжка и подкрепа за възстановяване на независимостта им при изпълнение на всекидневните дейности са задължителни елементи на Новото обществено здравеопазване.

### ДЕМОГРАФСКИ И ЕПИДЕМИОЛОГИЧЕН ПРЕХОД

Общественото здравеопазване използва популационния подход за постигане на много от своите цели. Това изисква характеризирание на населението, включително тенденциите за промяна на възрастово-половото разпределение. Намаляването на инфекциозните заболявания като основна причина за смърт, заедно с намаляващата плодовитост, води до промяна във възрастовата структура или т.н. демографски преход. Намаляващата детска смъртност, повишаването на нивото на образование на жените, възможностите за контрол на раждаемостта и други социални и икономически фактори водят до промяна в тенденциите на плодовитост и демографски преход - застаряване на населението има важно значение за определянето на нуждите от здравни услуги.

Възрастово-половото разпределение на населението повлиява и е повлияно от тенденциите на заболяемостта. Промяната в епидемиологичните тенденции или епидемиологичният преход рефлектира върху доминиращите тенденции на заболяемост и смъртност. Този преход се характеризира с намаляване на разпространението на инфекциозните заболявания и увеличаване на хроничните и неинфекциозни заболявания както в развитите, така и в развиващите се страни. Намаляването на смъртността от хронични заболявания като сърдечно-съдовите, представлява нова фаза на епидемиологичния преход, при която застаряващото население достига високи стандарти на здраве, но се нуждае от дългосрочна обществена подкрепа и грижи. Мониторирането и адекватният отговор на тези промени са фундаментално задължение на общественото здравеопазване в т. ч. и готовността да се реагира на новите, местни или генерални промени в епидемиологичните тенденции.

Обществата не са напълно хомогенни по етнически състав, стандарт на живот или други социални маркери. В една развиваща се страна може да има значителен брой

Последващата фаза на епидемиологичния преход възниква в индустриалните страни след 60-те год. на XX-ти век, с драматични спадове на смъртността от сърдечно-съдови заболявания и в по-малка степен на травмите. Интерпретацията на този епидемиологичен преход все още не е ясна. Защо този феномен се наблюдава само в западните общества, но не и в бившите съветски републики, е въпрос от жизнено важно значение за бъдещото развитие на общественото здравеопазване в Русия и Източна Европа. Развиващите се държави трябва да бъдат подготвени за справяне с нарастващата епидемия на неинфекциозни заболявания. Всички страни следва да посрещнат обновената опасност от епидемии на инфекциозните заболявания, поради резистентност към антибиотиците или новопоявяващите се инфекциозни агенти.

Всеки компонент на здравните услуги има различно историческо развитие, функционира независимо като отделна услуга под различен административен надзор или финансираща система, конкурира се за ограничените здравни ресурси. В тази ситуация на превантивните обществени грижи се отделят по-малко внимание и ресурси в сравнение с по-скъпоструващите медицински грижи. Фигура 2.4 представя взаимодействието на видовете здравни услуги. Ударението трябва да бъде поставено върху тяхната взаимозависимост за постигане на всеобхватна мрежа от здравни услуги, за ефективно използване на ресурсите и балансирано осигуряване на услуги за населението.



Обществено здравеопазване, като мрежа от служби за обслужване на определено население

Клиничната медицина и общественото здравеопазване имат основна роля за осъществяване на първична, вторична и третична профилактика и биха постигнали оптимален успех само при интегриране на техните съвместни усилия. Съществува функционална взаимозависимост между всички елементи на здравеопазването, насочено към здравето на отделния индивид или цялото население. Ефективното използване на ресурсите се определя от нуждите на пациентите. Дългият болничен престой често е показател за недостатъчно развити домашни грижи или липса на служби за социална подкрепа. Това е деструктивно за добрата грижа към пациентите и скъпо струващо за здравната икономика. Връзката и балансът на здравните услуги изискват ефективно и ефикасно разходване на ресурсите.

Ограничените ресурси в сферата на здравеопазването налагат конкурентни отношения между доставчиците на отделните видове здравни услуги. Често болничните грижи са приоритетни пред профилактичните програми. Обществено здравеопазване трябва да бъде разглеждано в контекста на системата на здравеопазване и да подкрепя профилактиката на всички нива.

## ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

С развитието на медицинските науки се разширява и обхвата на общественото здравеопазване и създаването на нови концепции за заболяванията и техните причини. В настоящата глава ще бъде разгледано развитието на Новото обществено здравеопазване в този контекст. Традиционно е схващането за здравето като липса на заболяване, болка или недъг, но постепенно това схващане се обогатява, включвайки физическо, психическо и социално благополучие. Дефинирането на здравето и болестта е в основата на търсене модели за профилактика. През 1920 г. *C.E.A. Winslow*, професор по обществено здравеопазване в Уелския университет определя общественото здравеопазване като:

Обществено здравеопазване е наука и изкуство за:

- (1) превенция на болестите,
- (2) продължаване на живота и
- (3) промотиране на здраве и дееспособност чрез организирани обществени усилия за:
  - а) хигиенизиране на околната среда;
  - б) контрол на заразните заболявания;
  - в) здравно възпитание на индивидите за лична хигиена;
  - г) организация на медицинските и сестрински грижи за ранно диагностициране и превантивни грижи;
  - е) развитие на социални механизми за осигуряване на стандарт на живот, укрепващ здравето, органирайки здравната помощ така, че всеки индивид да упражнява своето право на здраве и дълъг живот.

Източник: *The Future of Public Health*. Washington DC: National Academy Press.

Дефиницията на *Winslow* има важно значение, но не покрива областите, където клиничната медицина и общественото здравеопазване се застъпват. В този смисъл, общественото здравеопазване се ограничава в грижи за здравето на бедните и неосигурените.



През последното столетие за обозначаване на общественото здравеопазване са използвани такива термини като социална хигиена, превантивна медицина, комунална медицина, социална медицина и други. Превантивната медицина е комбинация от елементи на общественото здравеопазване с клиничната медицина. Общественото здравеопазване работи с отделния индивид така, както практикуващият клиницист, по време на имунизационните програми. Клиничната медицина също работи в областта на профилактиката и мениджмънта на пациенти с хипертония или диабет за предотвратяване на тежките усложнения от тези заболявания. Превантивната медицина се фокусира върху медицинските клинични функции или индивидуалните превантивни грижи, съсредоточавайки се върху рисковите групи в обществото и националните програми за здравна промоция.

### **СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

Социалната медицина разглежда заболяванията в техния социален контекст, но няма регулаторни функции и не упражнява въздействие върху околната среда. Здравеопазването на индивидите от определена общност предполага местни здравни интервенции, докато общественото здравеопазване включва глобални мерки - на международно, национално, държавно и местно ниво.

### **МЕДИЦИНСКА ЕКОЛОГИЯ**

През 1961 г. Кер Уайт (*Kerr White*) и колеги дават определение за медицинската екология като популационно-базирана изследователска дейност, явяваща се основа за мениджмънт на качеството на здравното обслужване. Тази концепция поставя ударение върху популационния подход и се базира на предходни проучвания върху качеството на медицинските грижи, рандомизирани клинични изпитвания, медицински одити и изследователска работа върху структурата, процесите и резултатите в медицинската сфера. Изследователската дейност в областта на здравното обслужване, наречена по-късно медицина, базирана на научни доказателства, води до създаване на Агенция за здравна политика и изследвания към Отдела за здравни и комунални услуги на Съединените щати, както и центрове за практикуване на медицина, базирана на научни доказателства. Основна задача на тези органи е събиране на информация и синтезиране на знания за създаване на помощни средства за провеждане на адекватна здравна политика, препоръки, алгоритми и насоки за клинична дейност.

### **ПЪРВИЧНА ПОМОЩ, ОРИЕНТИРАНА КЪМ ОБЩНОСТТА**

Първичната помощ, ориентирана към общността (ППОО) е подход за осъществяване на първична помощ, който свързва епидемиологията и първичната помощ, за решаване на приоритетни здравни проблеми. ППОО се развива и прилага като подход за първи път в Южна Африка и Израел от Сидни и Емили Карк и колеги през 50-те и 60-те год. на XX-ти век. ППОО се разграничава от националните и централизираните здравни грижи, които понякога пропускат важни аспекти на същността и спецификата на здравните проблеми на локално ниво. ППОО се осъществява от мултидисциплинарен екип, който работи в областта на здравно възпитание, профилактични и лечебни дейности и достъп до здравни грижи.

В Съединените щати, концепцията ППОО е възприета при планиране на здравната политика в бедни райони, чрез създаване на общински здравни центрове с федерално финансиране след 60-те год. на XX-ти век. В последните години, ППОО спечели голяма популярност в Съединените щати във връзка с обучението на семейни лекари и планирането на здравеопазването на общинско ниво и се базира на рисковия подход и системата на управлявани грижи. Всъщност, тези три подхода взаимно се допълват. Тъй като акцентът в новата реформа след 90-те год. на XX-ти век. пада върху управляваните грижи, принципите на ППОО ще придобиват все по-голямо значение. ППОО набляга върху превенцията във всички области на здравеопазването. ППОО е част от всекидневната работа на здравните и социални работници посредством формални или неформални връзки между здравните служби. Институтът по медицина на Съединените щати издава Доклад на първичната помощ през 1955 г., дефинирайки първичната здравна помощ като "предоставяне на интегрирани, достъпни здравни грижи, които са адресирани към множеството индивидуални здравни нужди, създаване на устойчиво партньорство с пациентите и практикуване в контекста на семейството и общността". Тази формулировка е остро критикувана от Американската асоциация по обществен здравеопазване, поради липсата на представяне на гледна точка от страна на общественото здравеопазване и невземането под внимание едновременно на индивидуалния и обществения подход. Задачата на ППОО е да запълни тези пропуски.

#### ПАНЕЛ 2.4

##### **ЧЕРТИ НА ПЪРВИЧНАТА ПОМОЩ ОРИЕНТИРАНА КЪМ ОБЩНОСТТА (ППОО)**

1. Задължителни черти:
  - а) Клинични и епидемиологични умения;
  - б) Дефинирана популация;
  - в) Програми за адресиране на здравните проблеми в общността;
  - г) Достъп до здравни грижи, намаляване на географските, фискални, социални и културни бариери;
2. Желателни черти:
  - а) Интеграция / координация на лечебни, рехабилитационни, превантивни и промотивни грижи;
  - б) Комплексен подход, включващ поведенчески, социални и фактори от околната среда;
  - в) Мултидисциплинарен екип;
  - г) Подвижност и широк обхват на дейност;
  - д) Обществено развитие.

Източник: Tollman, S. 1991. Community oriented primary care: Origins, evolution, applications. *Social science and Medicine*, 32: 633-642.

Общността, местна или национална, е предмет на много интервенции от страна на общественото здравеопазване. Подходът, ориентиран към общността, изисква много добро познаване на характеристиките на общността. След 80-те год. на XX-ти век се

появиха нови тенденции в общественото здравеопазване, включително широка гама от дейности - от индивидуални грижи за пациента до обществени мероприятия за подобряване здравето на индивида и общността; финансиране и мениджмънт на здравните системи, оценка на здравния статус на населението и стъпки за подобряване на качеството на здравните грижи. Увеличена е ролята на промоцията на здравето за промяна на здравните рискови фактори от околната среда. Поощряват се интегралния и мултисекторен подход, както и международното сътрудничество за глобално решаване на здравните проблеми.

### ДЕФИНИЦИЯ ЗА ЗДРАВЕ НА СЗО

Дефиницията на Световната здравна организация, която определя здравето като "състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъг" звучи утопично и е неуместна в страни, борещи се да осигурят минимални грижи за здравето в условия на неблагоприятна социална, икономическа и околна среда (панел 2.5). През 1977 г. е поставена една по-скромна цел за постигане на ниво на здраве, съответстващо на социалното и икономическо положение на населението. Необходимо е да бъде осъзнато, че здравето и болестта претърпяват динамични промени, които засягат всеки човек; мисията на общественото здравеопазване е да използва широка гама от методи за предотвратяване на заболяванията и преждевременната смърт, да подобрява качеството на живот на индивидите и ползите за обществото като цяло.

През 60-те год. на XX-ти век повечето от индустриализираните държави концентрират усилия и енергия за финансиране на здравеопазването чрез въвеждане на национални осигурителни системи. Развиващите се държави подражават на тези тенденции, като разходват оскъдните си ресурси за същата цел. Заедно с това поставят по-голямо ударение върху развитието на специализираните и болнични услуги и отделят недостатъчно внимание на профилактиката и първичните грижи. От своя страна, Световната здравна организация подкрепя мащабни целенасочени програми, като унищожаване на едрата шарка и маларията, разширени имунизационни програми и др.

### АЛМА-АТА: ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ

Световната здравна организация и Детският образователен фонд на Обединените Нации (УНИЦЕФ) спонсорират конференция, проведена в Алма-Ата, Казахстан, през 1978 г., която е фокусирана върху първичната здравна помощ. Декларацията, подписана в Алма-Ата посочва здравето като основно човешко право и подчертава, че правителствата са отговорни за неговото осигуряване. Това твърдение намира широка международна подкрепа. Конференцията набляга върху правата и отговорността на хората да участват в планирането и изпълнението на здравните грижи. Тя пропагандира нуждата от научно-обосновани, социалнозначими и икономически стабилни технологии в здравеопазването. Подчертана е нуждата от междусекторно сътрудничество за решаване на местни и национални здравни проблеми.

В декларацията, подписана в Алма-Ата се фокусира предимно върху първичната здравна помощ като подходящ метод за предоставяне на адекватни здравни грижи за всички хора. Този подход е подкрепен от Световната Здравна Асамблея (СЗА) през

1977 г. под егидата на "Здраве за всички до 2000 година". Тази декларация представлява повратно решение с важни практически последици за развитието на здравеопазването в световен план. Много страни постепенно осъзнават високата ефективност разход-полза от интервенциите в областта на първичната здравна помощ - имунизационни програми и програми за храненето, ефективни както за отделните хора, така и за обществото като цяло.

#### ПАНЕЛ 2.5

##### **ДЕФИНИЦИИ ЗА ЗДРАВЕ И МИСИЯ НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ**

Световната здравна организация дефинира здравето като "състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъг" (Конституция на СЗО, 1948 г.).

През 1978 г. на Конференцията за първична здравна помощ в Алма-Ата, СЗО свързват здравето със способността на хората да "водят социално и икономически продуктивен живот".

Формулирани са три основни програми за периода 1984-1989 г., 1990-1995 г., 1996-2001 г., като основа на национални и международни дейности за промоция на здраве.

През 1995 г. СЗО прави оценка на световните промени в демографията, епидемиологията, околната среда, политическия и социален статус и адресира належащите потребности в развиващите се държави и нуждата от здравен мениджмънт в индустриалните държави. СЗО призовава за международно съгласуване на "цели, свързани с равнопоставеността и устойчивото развитие на здравеопазването".

През 1999 г. СЗО приема за своя основна цел "постигане на максимално ниво на здраве за всички хора" и приема за свои функции промотиране на техническо сътрудничество, правителствено подпомагане, техническа помощ, международно сътрудничество и стандарти.

Алма-Ата предостави ново усещане за нужната посока на развитие на здравната политика, приложима в развиващите се и развитите страни. През 80-те год. на XX-ти век този подход до голяма степен повлиява националните здравни политики на много развиващи се държави и в по-малка степен на някои от развитите държави.

Например, развиващите се държави възприеха масовите имунизации и контрола на стомашно-чревните инфекции като приоритет и постигнаха значителни резултати с повишаване на процента на имунизирано население от 10 % до 75 % само в рамките на едно десетилетие.

Развитите страни възприеха тези принципи по различен начин. При тях концепцията за първичната здравна помощ доведе до важни концептуални и систематични промени, включително "Здраве за всички 2000", поставяйки нови задачи и цели в контекста на националната политика на здравеопазване.

## ПАНЕЛ 2.6

**ДЕКЛАРАЦИЯ НА АЛМА-АТА, 1978 г.; ОБОБЩЕНИЕ НА ПЪРВИЧНАТА ЗДРАВНА ПОМОЩ (ПЗП)**

1. Потвърждава, че здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъг и е фундаментално човешко право.

2. Съществуващото огромно неравенство в здравния статус на хората, особено изразено между развитите и развиващите се страни, както и в рамките на отделните държави, е обща грижа на всички страни.

3. Правителствата имат отговорност за здравето на народите. Хората имат право и задължение да участват в планирането и осъществяването на здравните грижи.

4. Основна социална цел е придобиването от всички хора в света до 2000 г. на здравно ниво, което позволява да водят социално и икономически продуктивен живот.

5. Първичната здравна помощ е важна здравна грижа основана на практически, научно-обосновани и социално приемливи методи и технологии.

6. ПЗП е първият елемент от продължителния процес на предоставяне на здравни грижи. Задача на здравната система е да осъществява здравна помощ най-близо до мястото, където хората живеят и работят.

7. ПЗП се развива в зависимост от условията и характеристиките на отделните държави и общности, базирани на изследователска работа в областта на социалната дейност, биомедицината и здравеопазването, както и на опита на общественото здравеопазване.

8. ПЗП адресира главните здравни проблеми в общността, предоставяйки промотивни, превантивни, лечебни и рехабилитационни услуги.

9. ПЗП включва:

а) Здравно възпитание и образование за преобладаващите здравни проблеми и методите за превенция и контрол;

б) Осигуряване на адекватно и здравословно хранене;

в) Осигуряване на достатъчни и безопасни водни запаси и хигиенизиране на водните източници;

г) Майчино и детско здравеопазване, включително семейно планиране;

д) Имунизации срещу най-важните инфекциозни заболявания;

е) Профилактика на ендемичните заболявания;

ж) Подходящо лечение на заболяванията и травмите;

з) Осигуряване на лекарства.

10. Всички правителства трябва да формулират национални здравни политики, стратегии и планове, да мобилизират политическа воля и да използват рационално ресурсите за здравеопазване, за да осигурят ПЗП за всички хора.

Взаимовръзките между общественото здравеопазване, индивидуалните здравни грижи и здравословното поведение, включително техният мениджмънт, са същността на Новото обществено здравеопазване. Организацията и мениджмънтът на здравните

системи рефлектират върху здравето на индивида и населението, така както и качеството на специалистите. Здравно-информационните системи за осъществяване на епидемиологични, икономически и социално-демографски анализи са важни за мониторирането на здравния статус и позволяват промяна на приоритетите и ефективен мениджмънт в рамките на системата. Висококвалифицираният персонал е задължително условие за предоставяне на услуги, управление на системата и провеждане на изследователска дейност и анализ за целите на здравната политика. Разпространението на данни, здравна информация и отговорности спомага за упражняване на комплексен подход за посрещане на здравните потребности на индивида и общността. Физическата, социалната, икономическата и дори политическата среда са важни детерминанти на здравното състояние на населението. Комбинираните действия (междусекторното сътрудничество) на обществени и неправителствени организации е нужно за постигане на благополучие на индивидите в едно здраво общество. През 80-те и 90-те год. на XX-ти век тези идеи се превърнаха в част от възраждащото се Ново обществено здравеопазване, стимулирано от бързите епидемиологични промени, динамичното развитие на здравната икономика и управляваните грижи. Знанията и грижата за собственото здраве, както и обществената активност за намаляване на здравните рискове, играят не по-маловажна роля в сравнение с тази на медицинските специалисти и институционалните грижи. Всички те са част от един и същ последователен холистичен подход към здравето.

### СЕЛЕКТИВНА ПЪРВИЧНА ПОМОЩ

Концепцията на селективната първична помощ изразена през 60-те год. на XX-ти век от *Walsh & Warren* адресира потребностите на развиващите се държави за избор на тези интервенции в широк план, които биха имали възможно най-голям позитивен ефект върху здравето, вземайки под внимание ограничените ресурси като пари, знания, човешки ресурси. Селективната първична помощ дефинира националните приоритети не въз основа на основните причини за болестност и смъртност, а на общи състояния с епидемиологично значение, за които съществуват ефективни и прости превантивни мерки. По време на процеса на планиране на здравеопазването би могъл да се осъществи ограничен или неограничен избор на приоритети за разпределението на ресурсите. Дори в първичната помощ, изборът на цели е част от процеса на разпределение на ресурсите. В модерното обществено здравеопазване този процес е ясно формулиран. Една страна с ограничени ресурси и висока раждаемост ще постави ударение върху майчините и детски грижи преди да инвестира за гериатричните грижи.

Тази концепция е част от микроикономиката в здравеопазването и технологичната оценка, дискутирани в Глави 11 и 15, респективно този подход е широко приложим за създаване на приоритети и разпределение на ресурсите. В първичната помощ на развиващите се страни, икономически ефективни интервенционни програми са признати от много международни организации, включително йодиране на солта, използване на орална рехидратираща терапия за стомашно-чревни инфекции, обогатяване на храните за деца с витамин А, масови имунизационни програми и други. Те имат потенциал да спасят милиони човешки животи годишно с минимално финансиране. В развитите държави здравната промоция, насочена към намаляване на действието на рисковите фактори за сърдечно-съдови заболявания е с доказана "разход-полза" ефективност, която е животоспасяваща и намалява нуждата от болнично лечение.

## РИСКОВ ПОДХОД

Рисковият подход е насочен към определена група от населението с общи рискови характеристики, сред която се осъществяват необходими интервенционни дейности за намаляване на болестността и смъртността.

Измерването на здравния риск е адекватно на потребностите, т.е., казано на езика на епидемиологията, хора с по-висок относителен или атрибутивен риск.

Някои групи от хора са с по-висок риск, в сравнение с населението като цяло. Разширената имунизационна програма, програмата за контрол на стомашно-чревните инфекции, програмата за профилактика на острите респираторни инфекции на СЗО, са рискови подходи за решаване на фундаментални проблеми на общественото здравеопазване в развиващите се страни.

Общественото здравеопазване поставя значително ударение върху майчиното и детското здраве, защото се отнасят до уязвими периоди от човешкия живот със специфични здравни проблеми. Грижата за бременните изисква базисни грижи и продължително проследяване на рисковите фактори, застрашаващи здравето на жената и фетуса. Идентифицирането на силно застрашените, оценката и ефективният мениджмънт са жизненоважни за програмите за майчини грижи.

Аналогично, рутинните детски грижи се прилагат не само за подобряване здравето на децата, но и за ранно откриване на възможни признаци за заболяване и осъществяване на навременни интервенции за предотвратяване на евентуалните усложнения. Нискотегловните деца са с повишен риск за редица заболявания и имат нужда от специално лечение. Рутинният скрининг на всички новородени за вродени заболявания като хипотиреоидизъм и фенилкетонурия е важен елемент от грижите за детското здраве.

Както ще бъде дискутирано в Глава 6 и други глави, епидемиологията се фокусира върху рисковия подход чрез скрининг, базиран на известни генетични, социални, хранителни и поведенчески фактори, както и фактори от околната и трудова среда, допринасящи за риска от заболяване. Предимство на рисковия подход е неговата специфичност и затова той е често прилаган при започването на нови програми, насочени към определени категории потребности. Този подход води също до създаването на строго специфични програми, чието интегриране в по-общ и комплексен подход е трудно. Но до въвеждането на универсални програми, подобни селективни и тясно насочени подходи са оправдани. Всъщност, дори когато е осигурен универсален достъп до здравни грижи, съществуват групи от населението с по-специални здравни потребности.

Работата в посока постигане на определени цели в здравеопазването изисква вземане на трудни решения. Осигуряването и оползотворяването на даден вид здравни услуги става за сметка на други дейности. Съществува взаимозависимост между потребностите и здравето на населението, която би могла да бъде позитивна или негативна.

## ОСНОВАНИЕ ЗА ДЕЙСТВИЯ

Общественото здравеопазване определя здравните потребности чрез измерване и сравняване на данните за заболяемост или болестност на дадено население с тези на друго население и дефинира целите за намаляване или елиминиране на риска от



заболяване. Определят се пътища и се разработват програми за интервенция върху естествената епидемиология на заболяването.

Поради сложната система от взаимовръзки между различните видове здравни услуги, както и високите разходи за здравеопазване, разпределението на средствата цели максималната им възвращаемост, измерена чрез постигнато ниво на здраве. Здравната икономика се превърна във фундаментална методология при определянето на здравната политика. Разходите за здравеопазване, потребностите от здравни грижи или други здравно-промоционни интервенции и ефективното разходване на ресурсите са въпроси от решаващо значение в Новото обществено здравеопазване. Грешките в здравното планиране са възможни, ако даден набор от фактори бъде подценен или надценен. Излишъкът на даден вид услуги намалява възможността да бъдат инвестирани ресурси за покриване на други видове потребности от здраве. Липсата на инвестиции за здравна промоция и профилактика създава по-голяма зависимост от институционални грижи, покачвайки разходите за здравеопазване. Това също ограничава възможността за вземане на гъвкави решения за посрещане на потребностите на пациентите. Взаимодействието между предлагане и търсене на здравни услуги е важна детерминанта на социалната и политическа правителствена философия.

Основанията за действие или обосновката за здравна интервенция представляват комбинация от епидемиологични, икономически и обществено-политически фактори (табл. 2.1). Всяко заболяване или група от заболявания изисква собствено основание за действие. Обосновката за здравна интервенция предполага достатъчно доказателства за заболяемостта/болестността (виж глава 3), ефективността и безопасността от интервенцията, рисковите фактори, хуманните и социално-икономическите щети от болестта. Вземането на политически решения в сферата на здравеопазването често зависи от субективни фактори, каквито са водещата философия на здравната система и начинът на разпределение на ресурсите.

ТАБЛИЦА 2.1

Основание за действие: фактори за обосновка на здравна интервенция

Етика и възможности	
Право на здраве	Обществени очаквания и социални норми
Обществена подкрепа	Загрижени организации, медии, индивиди
Потребности - епидемиологични и клинични	Заболеваемост, смъртност, инвалидност, физиологични индикатори
Налични технологии	Документирана ефективност, безопасност, опит, приемливост, достъпност
Предшествващ опит и умение	Практики, наложени от водещите центрове по обществено здравеопазване с доказан ефект
Законови ограничения и спънки	Законови и съдебни решения Доставчици, управлявани грижи и правителствата
Разходи и ползи	Директни разходи за здравната система, индиректни разходи за индивидите, семействата и обществото
Приемливост	Медии и обществено мнение
Ръководство	Политическо и професионално
Качество на живот	Оптимизиране на човешките възможности

Някои интервенции са доказали своята значимост и не е необходима допълнителна обосновка за тяхното прилагане, а по-скоро развитието им става в посока подобряване на ефективността им. Например, ваксинациите в детската възраст са икономически ефективни програми за предпазване на децата и населението като цяло. Осъществявана чрез службите за обществено здравеопазване или от частен медицински специалист, целта на общественото здравеопазване е всички деца да бъдат имунизирани.

Избухване на епидемия от стомашно-чревни заболявания в дадена детска градина представлява очевидно основание за действие и общественото здравеопазване трябва спешно да приложи възможно най-подходящия модел за интервенция. Потребностите се базират на епидемиологични и клинични доказателства, но също и на оценката за степента на значимост на интервенцията от страна на широката общественост. Наличните технологии, с тяхната ефективност и безопасност, както и натрупаният опит за прилагането им са важни, също толкова, колкото тяхната приемливост и достъпност. Разходите и ползите трябва да бъдат проучени като част от обосновката за подпомагане избора на здравни приоритети.

Постоянно навлизат нови видове лекарства, ваксини и медицинско оборудване, чието приложение следва да бъде съобразено с националните здравни приоритети. Понякога, поради високите разходи, дадена държава не може да си позволи масовото приложение на нов вид ваксина. От друга страна, тя може да бъде приложена само на хора с най-висок риск. Въпреки етичните съображения, родителите или семействата могат да бъдат посъветвани да си закупват такива ваксини.

Масовите скринингови програми за осъществяване на пълен физикален преглед, не са доказали своята икономическа ефективност и не са допринесли значително за намаляване на заболяемостта. В периода между 50-те до 60-те год. на XX-ти век рутинните здравни прегледи са препоръчвани като ефективен метод за ранно откриване на заболяванията. След късните 70-те год. на XX-ти век, селективният и специфичен подход при скрининга придоби общо приложение. Това включва дефиниране на рискови категории за специфични заболявания и ранно откриване на случаи. Скринингът чрез мамографски тест е особено ефективен сред жените над 35 г. както и цитонамазката по Папаниколау за ранно откриване на рак на шийката на матката.

Качеството на живота е също фактор от важно значение. Ваксината за варицела е не само превантивна мярка, чрез която намаляват заболяемостта и смъртността от дребна шарка. Спестяват се икономически разходи на родителите и обществото, поради двуседмичното домашно лечение. Фактът, че тази ваксина предотвратява появата на херпес зостер в по-късен стадий от живота, дава допълнително основание за нуждата от такава интервенция. Въвеждането на ваксина срещу хепатит В може да бъде обосновано с възможностите за предотвратяване на рак на черния дроб и чернодробна недостатъчност.

Колко случаи са необходими за обосновка на една интервенция? Един или няколко случаи на определени заболявания, като полиомиелит, могат да бъдат счестени достатъчни за обявяване на епидемия. Един единствен случай на полиомиелит предполага, че има още 100 инфектирани, които все още не са развили клинични признаци на заболяването. Настоящите стандарти в здравеопазването са такива, че епидемията от морбили означава неуспех на общественото здравеопазване.

Оценката на интервенциите в областта на общественото здравеопазване изискват измерване на заболяемостта сред дадено население и нейното икономическо въз-

действие. Не съществува проста формула за предприемане на дадена интервенция, но използването на подхода "разход-полза" е важно условие, гарантиращо ефективността от приложените мерки. Понякога обществото и политическото управление се противопоставят на професионалните съсловия или поставят ограничения за осъществяване на дадена интервенция. И обратното, професионалните групи биха могли да изискат пренасочване на ресурсите за други видове здравни дейности. Здравните професионалисти и широката общественост се нуждаят от пълен достъп до здравна информация за вземане на участие в дебати по един конструктивен път. В името на прогреса на здравеопазването е необходимо постоянно изпитване и въвеждане на нови технологии (глава 15).

## ПОЛИТИЧЕСКА ИКОНОМИЯ И ЗДРАВЕ

С развитието на концепцията за общественото здраве и повишената поради научния и технологичен напредък стойност на медицинските грижи, пазарният елемент навлиза в областта на здравеопазването по един естествен начин, както в частния, така и в държавния сектор. При този процес нуждата от управление на ресурсите за здравеопазване все по-ясно се определя като обществена отговорност. В индустриалните държави с различен политически профил, националната отговорност за универсалния достъп до здравни грижи е част от социалния дух. Заедно с това, финансирането и управлението на здравните грижи като част от широката концепция на общественото здравеопазване, икономиката, планирането и мениджмънта, стават част от Новото общественото здравеопазване (дискутирани в глави 10-13).

Социалните, етични и политически философии имат значителен ефект върху политическите решения, включително разпределението на обществените финансови ресурси. Инвестициите в общественото здравеопазване са интегрална част от социално-икономическото развитие. Правителствата на отделните държави основно отговарят за вложенията и ръководството в развитието на здравната инфраструктура, организацията на здравни услуги и въвеждането на подходящи системи за финансиране на здравеопазването. Те също играят централна роля в развитието на здравната промоция и регулирането на околната среда, храненето и лекарствоснабдяването, които са от съществено значение за общественото здравеопазване.

В либералните социални демокрации, всеки човек има право на достъп до здравни грижи. Държавата приема като своя отговорност да осигурява достъпна, приемлива и качествена грижа за здравето. В много развити страни правителството също поема отговорността да обезпечи финансиране и услуги, които са еднакво достъпни и високо качествени.

Източниците на финансиране в здравеопазването могат да включват средства от данъци, държавни субсидии или задължителни вноски от страна на работещите за здравна осигуровка. Здравни услуги могат да бъдат осигурявани от държавно-финансирани и регулирани служби или чрез неправителствени и/или частни организации. Правителствата осигуряват между 6 % и 14 % от brutния вътрешен продукт за здравеопазване, като някои държави поемат над 80 % от здравните разходи, като Канада и Великобритания.

В социалистическите страни държавата организира всички аспекти на здравеопазването, следвайки философията за равен достъп до здравни грижи. Националната

здравна система управлява изследователската дейност, обучението на човешките ресурси, доставката на услуги, дори когато някои оперативни аспекти са децентрализирани и поставени като функция на местните здравни органи. Този "съветски" модел е характерен предимно за страните от бившия социалистически блок, а и за някои от бившите колониални държави. Финансирането на здравеопазването в тези страни (с изключение на Куба) има нисък национален приоритет, с по-малко от 4 % от БВП за здравеопазване. Преходът към пазарна икономика през 90-те год. на XX-ти век е съпроводен с влошаване на здравното състояние на населението и труден процес на децентрализиране на здравната система. Навлизането на пазарни механизми в бившите социалистически страни води до намаляване на достъпа до здравни грижи, създавайки нови дилеми пред техните правителства.

Бившите колониални държави, независими след 50-те и 60-те год. на XX-ти век, запазват държавните здравни структури, създадени в миналото. Повечето развиващи се държави отделят от бюджета си сравнително нисък процент за здравеопазване, под 3 % от БВП. През 80-те год. на XX-ти век в тези страни се появяват нови тенденции на децентрализация на здравеопазването, повишаване на ролята на неправителствените организации и развитие на здравното осигуряване. Някои от тези държави, повлияни от доминиращия медицински модел на здравни грижи, поощряват развитието на специализираната медицина в главните центрове на страната и отдават малко значение на грижите за по-голямата част от селското население. Съветското влияние в много бивши колониални държави промотира държавно-управлявани системи. Световната здравна организация промотира първичната здравна помощ, но разпределението на ресурсите се осъществява предимно в полза на базираните в градовете центрове за специализирани здравни грижи. Израел, като бивша колония на Великобритания, развива своята система на здравеопазване на базата на британския модел, централно-европейските болнични фондове, с акцент върху майчиното и детско здравеопазване до средата на 90-те год. на XX-ти век.

Нарастващото влияние на консерватизма през 80-те и 90-те год. на XX-ти век в индустриалните страни връща значението на стари ценности, според които пазарната икономика и индивидуалните социални интереси са поставени над концепциите на всеобщ либерализъм и социализъм. В един по-краен вариант на тази концепция, отделният човек е отговорен, включително финансово, за собственото си здраве и осъществява избор на доставчик на здравни услуги, който да му предостави възможно най-висококачествени здравни грижи.

Пазарните сили, конкуренцията при финансирането и доставката на здравни услуги, системата на финансиране - бюджетно или частно здравно осигуряване, индивидуалните възможности за поемане на разходи за здраве на населението, се превръщат в част от идеологията на новия консерватизъм. Негова централна идея е стремежът на пациента (потребителя на здравни услуги) да избере услугите с най-добро качество за задоволяване на собствените си здравни потребности. При този подход, държавата няма роля при предоставянето и финансирането на здравните услуги, с изключение на тези, директно свързани с обществената защита и промоция на здравословна околна среда без намеса в индивидуалния избор на хората. Държавата носи отговорността за осигуряване на достатъчен брой здравни специалисти доставчици на здравни услуги и позволява пазарните сили да определят цените и разпределението на услугите като упражнява минимални регулаторни функции. САЩ

поддържат подобна политика, като 85 % от населението е обхванато в някакъв вид частно или държавно здравно застраховане.

Различни видове пазарни механизми се въвеждат като част от здравните реформи в много страни, търсещи начини за осигуряване на качество и ограничаване на разходите за здравни грижи. Развитието на свободен пазар в сферата на здравеопазването е скъпоструващо и неефективно, тъй като поощрява изкуственото покачване на бюджета и доходите на здравните специалисти и повишено използване на високоспециализирани технологии. Още повече, че дори в най-развитите пазарни икономики, здравеопазването се повлиява от множество фактори извън контрола на потребителя и доставчика. Общите национални здравни разходи в Съединените щати нарастват бързо и достигат 13,7 % от БВП през 1996 г., най-високи в сравнение с всяка друга страна по света, въпреки сериозните пропуски, свързани с големия процент на неосигурени - приблизително 30 % от населението. За сравнение, Канада отделя под 9 % от БВП за здравеопазване при национална система на здравно осигуряване и обществена администрация. След провала на опита на Президента Клинтън да въведе национална здравна програма, Конгресът с мнозинство на консерваторите и бизнес обществото вземат мерки за разширяване на управляваните грижи за повишаване на контрола върху разходите, които водят до революция в здравеопазването на Съединените щати (глави 11 и 13).

Пазарни реформи са проведени и в много "социални" здравни системи. Прилагане на частични пазарни елементи се наблюдава при стимулиране за изпълнение на различни видове индикатори от здравните специалисти, като имунизационно обхващане и контрол на предлагането чрез ограничаване броя на болничните легла и специалистите. Тези пазарни механизми са насочени не само към потребителите, но и към доставчиците на здравни услуги. Заплащането за услуга поощрява висок оборот на услуги като хирургичните интервенции. Увеличаването на дела на частната практика и потребителските такси са неблагоприятни за населението с ниски доходи, както и за работодателите, поради повишаване на разходите за здравно осигуряване. Системите с управлявани грижи, ограничаващи заплащането за услуга, се появяват откривайки позитивната страна на пазарния подход. Стимулиращи механизми за заплащането на услугите могат да бъдат променени от правителството или застрахователните агенции, за да бъде подпомогнато рационалното използване на ресурси, като намаляването на болничния престой. Пазарният подход повлиява планирането на здравно-осигурителните системи в страните от бившия социалистически блок.

Въпреки политическите различия, реформата на здравните системи се превърна в обща характеристика при почти всички здравни системи през 90-те год. на XX-ти век, с общ стремеж към икономическа ефективност, качество на здравните грижи и универсален достъп. Нова парадигма на здравните реформи е обединяването на различните системи около общи принципи в здравеопазването. Националната отговорност за изпълнението на здравните цели и здравната промоция водят до национално финансиране на здравеопазването чрез регионални системи и системи за управлявани грижи. Повечето развити държави отдавна са приели национални здравно-осигурителни системи. Някои държави, например Съединените щати, осигуряват само високорисковите групи, като бедните и възрастните, оставяйки и работническата и средната класа да се самоосигурява в частни здравни фондове. Същността и посоката на здравната реформа са от централно значение за Новото обществено здравеопазване, поради ефекта върху разпределението на ресурсите и здравето на населението.

## ЗДРАВЕ И ОБЩЕСТВЕНО РАЗВИТИЕ

Хората с добро здраве са с по-висока успеваемост в процеса на обучение и по-голяма продуктивност при изпълнение на трудовите задължения. Повишаването на стандарта на живот е признат фактор, който допринася за подобреното обществено здраве, докато противоположното твърдение не винаги се потвърждава. Инвестирането в здравеопазването не се счита за приоритет от много държави, където икономическите съображения насочват инвестиции в "производствени" сектори, като промишленост и мащабни инфраструктурни проекти (изграждане на водоелектроенергетически централи).

Дали здравето допринася за икономическото развитие или изразходва обществени средства, е фундаментален спор между социалните и пазарно-ориентирани поддръжници. Класическата икономическа теория, капиталистическата (на частната стопанска инициатива) и марксистката обявяват здравето като страничен разход за икономиките, който отнема средства, необходими за икономическото развитие. Като резултат, в много страни здравето е с нисък приоритет при разпределението на бюджета, дори в случаите когато главният източник на финансиране е държавата. Това схващане, разпространено в средите на икономистите и банковите институции отклонява инвестициите за развитие на здравеопазването поради оправданието, че трябва да се инвестира първо в създаване на работни места и повишаване на доходите, преди да се отделят средства за здравеопазване. Следователно, развитието на здравеопазването е възпрепятствано.

Един социално ориентиран подход вижда инвестирането в здравеопазването като необходимо за защита и развитие на "човешкия капитал", така както инвестирането в образованието има дългосрочен ефект върху икономиката на държавата. През 1993 г. Световната банка публикува един документ от изключителна значимост "Доклад за световното развитие: Инвестиране в здравето", който представя един нов икономически подход, при който здравето, заедно с образованието и социалното развитие са отчетени като задължителни фактори, допринасящи за икономическото развитие. Докато повечето от работещите в здравната сфера отдавна са признали важноста на здравето за социалното и икономическо развитие, такова признание от страна на представители на водещата банка за международно развитие е повратна точка за моделите на инвестиране в развиващите се държави. Концепцията за задължителен пакет от услуги, дискутиран в този доклад установява приоритети в страните за ефективно използване на ресурсите, базирани върху тежестта на заболяването и анализът "разход-полза" за здравните услуги. Включени са едновременно профилактични и лечебни услуги, насочени към решаването на специфични здравни проблеми. Докладът дефинира минимален пакет от задължителни услуги, такива като едно районно болнично легло на 1 000 души население, 1 лекар и 2-4 медицински сестри за 10 000 души население и преориентиране на правителствените разходи за здраве към равен достъп до първични грижи за бедните и групите в неравностойно положение. Другите видове услуги са наречени "предоставени по нечие усмотрение", които могат да бъдат финансирани от частни или обществени източници. Това е важна концепция на общественото здравеопазване.



## ЗДРАВНИ СИСТЕМИ: НЕОБХОДИМОСТ ОТ РЕФОРМИ

Тъй като профилактиката постепенно се превръща в съществен елемент на цялостните медицински грижи, различията между общественото здравеопазване и клиничната медицина все повече намаляват. Много държави са в процес на здравна реформа, мотивирани от нуждата за рационално разпределение на ресурсите и осигуряване на по-голям достъп до здравни грижи. Основни стимули или основания за реформа са: необходимост от ограничаване на разходите, регионално равенство, съхраняване или развиване на еднакъв достъп и качество на здравните грижи.

В някои условия здравната система може да не успее да бъде в синхрон с развитието на профилактиката и клиничната медицина. В някои страни акцентът е поставен върху развитието на медицинските и болнични грижи и е пренебрегнато развитието на важни дейности за намаляване на здравните рискове. Процесът на реформа изисква установяване на стандарти за измерване на здравния статус и балансиране на услугите за оптимизиране на резултатите. Поставянето на подходяща цел, например постигане на 95 % имунизации сред децата, като част от национална имунизационна програма, изисква създаване на система за мониториране на изпълнението и стимулиране на промените.

Дадена здравна система може да претърпи провал при адаптирането към променящите се потребности на населението поради липса или неефективно прилагане на здравно-информационни програми. Като резултат са възможни сериозни грешки при разпределението на ресурсите и развитието на високоспециализирани болнични сектори, за сметка на профилактичната и първична помощ. Необходимо е всички видове здравни служби да развият механизми за правилно събиране и анализиране на необходимата информация, за мониториране на заболяемостта и други здравни индикатори, като оползотворяване на болничния капацитет, амбулаторни грижи и модели на профилактика. Например, Националната здравна служба във Великобритания периодически преминава процес на частично реструктуриране за подобряване на ефикасността на услугите. Това включва организационни промени и децентрализация чрез промяна на начините за регионално разпределение на ресурсите.

Докато демографските и епидемиологични тенденции са част от една продължителна еволюция, здравните системи се повлияват от технологичния прогрес, финансовите и организационни промени. Възникват нови проблеми и нужда от преоценка на приоритетите за постигане, както и на ефективни методи за насочването им. Реформите създават неочаквани проблеми, като професионално или обществено недоволство, което трябва да бъде оценено, мониторирано и адресирано като част от еволюцията на общественото здравеопазване.

## ОБЩЕСТВЕНА ПОДКРЕПА И НАСТОЙЧИВОСТ ЗА ПО-ВИСОКО КАЧЕСТВО НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ СТОКИ И УСЛУГИ

Повишаване грамотността на населението, свободата на словото и нарастващата обществена ангажираност със социалните и здравни проблеми допринасят за развитието на общественото здравеопазване. Британската медицинска общност лобира за ограничаване на продажбите на джин през 80-те год. на XVIII-ти век, с цел да намали неговото влияние сред работническата класа. В късния XVIII-ти и XIX-ти век, обще-



ствените реформи и хигиенизирането са в резултат на добре организирани усилия за повлияване на общественото мнение чрез пресата. Такова влияние е упражнено, за да стимулира правителствата да приложат мерки за регулиране на работните условия в мините и фабриките. Ваксинацията срещу едра шарка в началото е насърчавана от частни граждански организации, преди да бъде възприета като задължение на местните и национални власти.

Подкрепата представлява действия от страна на индивиди или групи от хора, които проповядват, подкрепят, пледират и препоръчват извършването на даден вид дейност в името на подобряване на здравето. То е в основата на реформаторските движения през XIX-ти век и развитието на модерното организирано обществено здравеопазване. То варира от реформа в болниците за психиатрично лечение, хранене на моряците, въвеждане на закони за регламентиране подобряването на работните условия за жени и деца, до въвеждането на равно образование и подобряването на условията на живот за работническата класа. Реформите в тези и други области водят до разбуждане на общественото съзнание, чрез подкрепящи групи и обществени медии, генерирайки политически решения в парламента. Такива реформи са до голяма степен мотивирани от страха от революции из цяла Европа в средата на XIX-ти век и ранните години на XX-ти век.

Търговските сдружения, а преди тях - средновековният еснаф, са се борили за подобряване на условията на труд, както и за социални и здравни придобивки за своите членове. В Съединените щати колективното сключване на сделки на търговските сдружения води до обхващане на голям процент от работещото население в доброволно здравно осигуряване. Сдруженията и някои видове индустрии инициират предплатената групова практика, предшестваща организациите за поддържане на здравето и управлявани грижи.

#### ПАНЕЛ 2.7

##### ЛИНИЯТА НА ПЛИМЗОЛ

Самуел Плимзол (*Samuel Plimsol*), избран за член на Британския парламент от провинция Дерби през 1868 г., провежда индивидуална кампания за безопасността на моряците. Неговата книга "Нашите моряци" описва ситуацията на корабите, които са претоварени с въглища и желязо. Свърхтоварът е причина редица кораби да потъват и техните екипажи да загиват, а безскрупулните им собственици да прибират техните застрахователни суми. Плимзол пледира за задължително обозначаване на линия на допустимия товар върху корабите и недопускане потеглянето на кораб, чиято линия не се вижда над водата. Въпреки пречките от страна на корабните собственици, той успява да свика кралската комисия и постига гласуване на указ от парламента, който узаконява "Линията на Плимзол" за безопасна вместимост на товарните кораби. Този закон, заимстван от Американското корабно бюро е въведен през 1929 г. под името "закон за товарната линия" и днес е стандартна практика навсякъде по света.

Чрез повишаване на обществената ангажираност по отношение на много проблеми, застъпническите групи оказват натиск върху правителствата за въвеждане на

законодателни мерки за ограничаване на тютюнопушенето на обществени места, забрана на рекламите за тютюневи изделия и задължително използване на предпазни велосипедни шлемове. Застъпническите групи играят важна роля в борбата с някои заболявания като рак, множествена склероза и таласемия или в промоцията на здравословно поведение, като *LaLeche League*, която подкрепя кърменето. Някои организации финансират услуги или оборудване, които не се предлагат от осигурителните програми. Тези организации разпространяват информация за важността на проблемите, с които те се занимават и играят основна роля при иновациите и посрещането на обществените потребности. Застъпническите групи, включително търговските сдружения, професионалните организации, женските организации, групите за самопомощ и много други, фокусират вниманието върху специфични проблеми и имат много голям принос за напредъка на Новото обществено здравеопазване.

## ПРОФЕСИОНАЛНА ПОДКРЕПА И СЪПРОТИВА

Историята на общественото здравеопазване е изпълнена с имена на пионери, чиито открития водят до силна опозиция и понякога до бурно отхвърляне от консервативните сили и смесените интереси на медицински, обществени и политически кръгове. Противопоставянето на ваксинацията на Джерард, отхвърлянето на Зимелвайс от колегите му във Виена, недоверието към работата на Пастър, Флорънс Найтингейл и много други може би е предотвратило появата на други нововъведения. Постоянството и победата над противниците на тези, както и други пионери на общественото здравеопазване води до подобряването на здравето на хората в световен мащаб.

Понякога подкрепата се осъществява от медицинските среди, но има слаб отзвук от страна на държавната власт. Дейвид Мерин (*David Marine*) от Клиниката в Кливлънд и Дейвид Коуи (*David Cowie*), професор по педиатрия в Мичиганския университет, дават предложение за профилактично йодиране на солта. Мерин провежда серия проучвания на риба и след това контролно клинично изпитване сред ученици през 1917-1919 г. Той постига изключително позитивни резултати при намаляването на болестността от гуша. Коуи инициира кампания за йодиране на солта, с подкрепа на медицинските професионални организации. През 1924 г., той успява да убеди частен производител да произведе йодираната сол на Мортън, която бързо става популярна в цяла Северна Америка. По подобен начин йодираната сол придоби широко приложение в Европа и други части на света. Тези постижения са направени почти без намесата на държавата и заболяванията, свързани с йодния дефицит остават широко разпространени - 1,6 милиарда души през 1995 г. Международното елиминиране на йод-дефицитните заболявания до 2000 г. е поставено като цел на Световната детска конференция през 1990 г., а СЗО призова за универсално йодиране на солта през 1994 г.

Професионалните организации допринасят също за повишаване нивото на детското и майчино здравеопазване и постигането на здравословна и безопасна трудова и околна среда. Американската академия по педиатрия допринася за създаването и въвеждането на високи стандарти в детското здравеопазване в Съединените щати и на международно ниво. Болничната акредитация се прилага от десетилетия в страни като САЩ, Канада, а в последните години в Австралия и Великобритания. Тя спомага за повишаване стандартите на болничното оборудване и обслужване чрез провеждане на

систематични оценки на болници, сестрински домове, практики за първична помощ, болници за психиатрично лечение, както и центрове за амбулаторни здравни грижи и агенции по обществено здравеопазване.

#### ПАНЕЛ 2.8

##### ВРАГ НА НАРОДА

Подкрепата е функция на общественото здравеопазване, която е важна за въвеждането на нови и прогресивни методи в областта и понякога поставя застъпниците в конфликт с вече установените модели и организации.

Едно от класическите описания на тази функция е пиесата на Хенрих Ибсен "Враг на народа", в която главният герой, млад доктор в малко норвежко градче в края на деветнадесети век, открива, че водата от местния воден източник е замърсена. Неговото желание да спре заразата е в разрез с интересите на управата на градчето, чиито планове са свързани с развитието на туризма. Опитите на младия доктор да предотврати вредите за здравето на местните хора, завършват неуспешно и той е прокуден от града и обявен за "враг на народа". Този термин получава много по-злокобно и опасно звучене в романа на Джорж Оруел "1984" и при тоталитарните режими от 30-те год. на XX-ти век до днешни времена.

Общественото здравеопазване трябва да взема под внимание негативните влияния, базирани на професионален консерватизъм или икономически интереси. Негативното отношение от страна на Американската медицинска асоциация (АМА) и здравно-осигурителната индустрия към националното здравно осигуряване в Съединените щати има силно и успешно влияние в продължение на много десетилетия. В някои случаи, интересите на дадена професия могат да блокират развитието на друга като например, офталмолозите, които успешно лобират срещу оптометрията, понастоящем широко навлязла като легитимна професия.

Откритието на ваксината на едрата шарка от Дженер получава бързо и широко приложение. То е съпроводено обаче от опозиция от страна на организирани групи от хора, които са против ваксинациите, подкрепяни от лекари, за които епидемията означава доходоносна практика. Флуорирането на питейната вода е най-ефективната мярка за профилактика на зъбния кариес, но е все още оспорвана и дори на места след въвеждането ѝ е прекратена поради добре организирани антифлуоризационни кампании. Опозицията на законодателството, забраняващо притежанието на огнестрелно оръжие в Съединените щати е много силна и се води от добре организирани, добре финансирани и политически мощни лобиращи групировки, въпреки мащаба на травмите и смъртността вследствие на насилие от огнестрелно оръжие.

Прогресът може да бъде възпрепятстван тогава, когато решенията се вземат при затворени врати и не са предмет на открито обсъждане и спор. Професионалистите по обществено здравеопазване, работещи в държавния сектор, не винаги имат свобода на действие. В такива случаи професионалните организации могат да послужат като форуми за важни професионални и обществени дебати, необходими за прогреса в тази сфера. Професионалните организации, като Американската асоциация по обществено здравеопазване, осигуряват ефективно лобиране на интересите на програмите по

обществено здравеопазване и допринасят за обществената политика. В средата на 1996 г. с усилията на Секретаря на отдела по здравни и човешки ресурси в САЩ се провежда среща на лидери в областта на общественото здравеопазване, представители на Американската медицинска организация и академични медицински центрове, за да се опитат заедно да намерят общите си интереси в името на здравето на населението.

Обществената подкрепа играе особено важна роля при фокусирането на вниманието върху екологичните проблеми. През 1995 г., Грийн пийс - международната група по проблеми на околната среда, се бори за предотвратяване изхвърлянето на нефтени отпадъци в Северно море и принуждава основната нефтена компания в района да намери друго решение, което би било по-малко опасно за околната среда.

Организирането на международни конференции спомага за създаването на световен климат на подкрепа по различни видове здравни въпроси. Международни здравни конференции през XIX-ти век са проведени в отговор на епидемията от холера. Международните конференции през XX-ти век разглеждат проблеми от глобален характер, изнасяйки на преден план проблемите на общественото здравеопазване, чието разрешаване е извън възможностите на отделните нации. СЗО, УНИЦЕФ и други международни организации продължават да изпълняват ролята на международни посланици на идеите на Новото обществено здравеопазване.

#### **ОБЩЕСТВЕНА НАСТОЙЧИВОСТ ЗА ПО-ВИСОКО КАЧЕСТВО НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ СТОКИ И УСЛУГИ - КОНСУМЕРИЗЪМ**

Конsumerизмът е движение, което защитава интересите на потребителите на стоки или услуги. През 60-те год. на XX-ти век навлиза нова форма на конsumerизма, повлияна от антивоенните движения и движенията за защита на гражданските права в САЩ. Интересите са фокусирани върху проблемите, свързани с чистотата на околната среда, безопасността на работното място и правата на потребителите. Рейчъл Карлсън (*Rachel Carlson*) стимулира обществената ангажираност към замърсяването на околната среда чрез драматизиране на ефекта от употребата на пестициди (*DDT*) върху животинския и растителен свят в природата. През този период природозащитните движения придобиват световна популярност и дори създават политическо лоби в Западна Европа - Зелени партии.

Ралф Надер (*Ralph Nader*) демонстрира значението на широката информираност по отношение на здравните рискове и нуждата на обществени дебати за решаване на съответните здравни проблеми. Адвокатът Надер, развива стратегия за борба с дейности или продукти, произвеждани в държавния или частния бизнес-сектори, които застрашават общественото здраве и безопасност. Неговата книга, издадена през 1965 г. "Опасности на всяка скорост" разглежда автомобилната индустрия на САЩ, която набляга на продаваемост и стил, за сметка на безопасността на моделите, които произвежда. Това води до приемане на Закон за безопасност на движението и моторните превозни средства в САЩ през 1966 г., който въвежда стандарти за безопасност при производството на автомобили. Той е последван от серия допълнения, засягащи дизайн и стандарти за емисиите от автомобили, както и наредби за задължителна употреба на предпазни колани. Надер продължава своята дейност в защита на потребителските интереси в различни сфери като: месарска индустрия, минна промишленост и поощрява по-голяма правителствена подкрепа за регулиране на употребата на пестициди, хранителни добавки, създаване на закони за защита на потребителите,

права за информация върху съдържанието на хранителните продукти и стандарти за безопасност.

Консумеризмът се превръща в интегрална част от пазарните икономики и потребителската култура, повлиява качеството, съдържанието и цените на продуктите. Повишеният интерес към влиянието на храненето върху здравето повлиява производителите на хранителни продукти да подобрят пакетирането, обозначаването на етикетите, обогатяването с витамини и минерали и рекламата, основана на свързани със здравето послания. Нискомаслените млечни продукти придобиват по-широко приложение поради повишената обществена загриженост по отношение на сърдечно-съдовите заболявания. Същият процес се наблюдава и при безопасните играчки и облекло за деца, аксесоари за безопасност при автомобилите като детски предпазни колани и други нововъведения, които бързо се превръщат в стандарти в индустриализирания свят.

### ДОБРОВОЛЧЕСТВО И ОБЩЕСТВЕНА АНГАЖИРАНОСТ

Подкрепата и доброволчеството вървят ръка за ръка. Доброволчеството приема най-различни форми, включително събиране на средства за развитие на услуги или дейности, които са нужни в дадена общност. Средствата могат да бъдат предназначени за спонсориране на болници, клиники или за осигуряване на оборудване за възрастни и инвалиди. Безвъзмездният труд на пенсионери или тийнейджъри за осигуряване на грижи за болните е друга форма на доброволна помощ. Подкрепата на различни имунизационни програми, транспортиране на възрастни и инвалиди, доставка на храна по домовете и много други видове услуги, които не са включени в "кошницата от услуги", осигурявани от държавата, здравно-осигурителния фонд или службите за обществено здравеопазване, също се приемат като доброволчески грижи.

Обществената ангажираност също може да има различни форми. Женските организации полагат основите на масови движения за повишаване на грамотността и подобряване на храненето на населението в Северна Америка през втората част на XIX-ти и началото на XX-ти век и имат силно влияние върху подобряването на общото здравно състояние на населението. Застъпническата функция е по-силна, когато организацията мобилизира доброволческата активност и средства за постигане на промени или необходими услуги, подтиквайки понякога официалните здравни органи или осигурителни системи да преразгледат своите нагласи и програми за посрещане на здравните потребности на населението.

### КОНЦЕПЦИЯ ЗА СФЕРИТЕ НА ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЗДРАВЕТО

До 70-те год. на XX-ти век разходите за здравеопазване в Канада значително нарастват. Този факт провокира федералния министър на здравеопазването Марк Лалонд (*Marc LaLonde*) да инициира обстойно разглеждане на положението на здравеопазването и здравното състояние на канадското население. В резултат, през 1974 г. е изготвена една нова концепция за здравето наречена "Концепция за сферите на влияние върху здравето", която дефинира здравето като функция на няколко главни фактора: човешката биология, поведението, околната среда и организацията на здравните грижи. Начинът на живот и факторите на околната среда са разгледни като важни причини за болестност и смъртност в модерните общества. Тази концепция спечелва

широка популярност и насърчава създаването на нови инициативи. Те поставят ударение върху промоцията на здраве за справяне с влиянието на факторите, свързани с начина на живот и околната среда. Отрицателно е отношението към подхода за развитие само на медицинските грижи при разрешаване на здравните проблеми.

Концепцията за сферите на влияние върху здравето се появява във време, когато се провеждат редица епидемиологични проучвания за идентифициране на рисковите фактори за сърдечно-съдовите и злокачествените заболявания, които са свързани с индивидуалните навици на живот, като хранене, физическа активност и тютюнопушене. Тази концепция набляга на нуждата от обществена политика за модифициране на поведенческите фактори като част от цялостните усилия за подобряване на здравето. В резултат, федералното правителство на Канада установява промоцията на здравето като нова дейност, която бързо намира подкрепа от страна на други юрисдикции и се разпространява в много индустриализирани държави.

#### ПАНЕЛ 2.9

##### КОНЦЕПЦИЯ ЗА СФЕРИТЕ НА ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЗДРАВЕТО

1. Дефиниция: здравето е резултат от фактори, свързани с наследствеността, околната среда, индивидуалният стил на живот и медицинските грижи. Промоцията на здравословен начин на живот има за цел подобряване на здравното състояние на населението и намаляване на потребностите от медицински грижи.

2. Елементи:

- а) Генетични и биологични фактори;
- б) Поведенчески фактори (стил на живот);
- в) Околна среда, включително икономически, социални, културни и физически фактори;
- г) Организация на системата на здравеопазване.

Източник: LaLonde, M. 1974 *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Information Canada

Изразена е загрижеността, че тази концепция може да доведе до прилагане на подхода "обвинение на жертвата", при който болните от заболявания, свързани с начина на живот, като пушачи или носители на вируса на СПИН, се възприемат като хора, които сами са направили своя избор да се разболеят. Такива пациенти могат да бъдат сметнати като недостойни за здравно осигуряване и здравни грижи. В резултат би могло да се стигне до селективен подход на полагане на здравни грижи и лечение, който би бил неетичен в контекста на традициите на общественото здравеопазване и вероятно, нелегитимен от правна гледна точка.

#### СТОЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ГРИЖИ В ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

През 60-те год. на XX-ти век, явни критики на здравните системи, като Иван Илич, оспорват значението на медицинските грижи за общественото здраве. Това



нихилистично мнение за медицинските грижи поражда широка обществена дискусия и води до нарастване на скептицизма по отношение на биомедицинския модел на здравни грижи и негативни нагласи спрямо медицинската професия.

През 1976 г., Томас МакКеоун (*Thomas McKeown*) представя един историческо-епидемиологичен анализ, който разкрива факта, че до 50-те год. на XX-ти век, медицинските грижи имат само ограничен принос за намаляване на смъртността, въпреки разцвета на хирургията и родилната помощ. Данните за смъртността в Англия, представени в хронологичен ред имат следната "динамика": 30 на 1 000 души население през 1541 г. до 1750 г., спад до 22 на 1 000 през 1851 г., 15 на 1 000 през 1901 г. и 12 на 1 000 през 1951 г. МакКеоун заключава, че в голяма степен подобреният здравен статус през последните няколко века се дължи на успешната борба с инфекциозните заболявания и намаления размер (брой членове) на семействата, увеличени хранителни запаси, подобро хранене и хигиенни условия, развитие на специфични профилактични и терапевтични мерки и общото повишаване качеството на живот на голяма част от населението. МакКеоун изостря вниманието върху прекомерното възлагане на надежди на медицинските грижи, много от които са с недоказана ефективност.

Скептицизмът по отношение на биомедицинския модел е част от общото следвоенно настроение на недоволство от установените норми в системата на управление в САЩ през 60-те и 70-те год. на XX-ти век. През 1984 г. Милтон Рьомер (*Milton Roemer*) посочва, че появата на ваксините, антибиотиците, антихипертензивните медикаменти, развитието на фармацевтичната индустрия и производството на диагностично оборудване, допринасят в голяма степен за значителното подобряване на детското здраве, контрола на инфекциозните заболявания, хипертонията, диабета и други състояния. Технологичният напредък води до повишаване на разходите за здравеопазване, налага необходимостта от реформа и определяне на приоритети.

Значението на медицинските грижи за общественото здравеопазване и обратното, не винаги са били ясни, както за професионалистите в областта на общественото здравеопазване, така и за клиницистите. Постиганията на модерното обществено здравеопазване при контрола на инфекциозните заболявания, намаляването на смъртността и заболяемостта от хронични заболявания като инсулти и коронарна болест на сърцето, са в действителност съвместно постижение между клиничната медицина и общественото здравеопазване (глава 5).

Превантивната медицина се превърна в част от общата медицинска практика, осъществявайки профилактика на болестите чрез ранна диагностика и промоция на здраве на индивидуално и популационно ниво.

Медицинската помощ е жизненоважна при контрола на хипертонията и намаляването на усложненията и смъртността от сърдечно-съдови заболявания. Новите методи на лечение значително допринасят за намаляване на смъртността от остър миокарден инфаркт. Добрият контрол на диабета предотвратява тежките усложнения от болестта. В същото време, еднакво голям е приносът на общественото здравеопазване за повишаване на резултатите от медицинските грижи. Контролът на инфекциозните заболявания, подобреното хранене и подготовка за майчинство допринасят за постижения в майчиното и детското здраве. Намаляване експозицията на рисковите фактори за хронични заболявания е задача както на общественото здравеопазване, така и на клиничната медицина, тъй като и двете са съществени елементи от Новото обществено здравеопазване.



## ЗДРАВНИ ЦЕЛИ

През 50-те год. на XX-ти век, сред деловите среди се появяват много нови управленски концепции, като например, целевият мениджмънт, създаден от Петер Дръкър и получил развитие в Дженеръл Мотърс, както и неговите различни варианти, като нулево бюджетиране - възприето от Отдела по гражданска защита на САЩ. Дейностите и задачите на дадена организация са фокусирани по-скоро върху бъдещото постигане на определени цели, а не на предварително разпределение на ресурсите. Тези принципи повлияват също планирането и управлението на здравните разходи. Приложена в контекста на здравеопазването тази логика води до поставяне на здравни цели и ефективно използване на ресурсите за тяхното постигане. Първи САЩ започват активно да прилагат тези концепции, последвани от страните от Европейския регион на СЗО. И в двата случая, определянето на целите е предшествано от широкомащабен процес на дискусии и вземане на консенсусни решения. През 1979 г. Съединените щати разработват национални здравни цели със срокове за изпълнение 1990 г. и 2000 г., с мониториране на тяхното изпълнение и определяне на следващите цели за 2010 г. През 1987 г. Епидемиологичният програмен офис на Центровете за контрол на заболяванията започва изготвянето на здравни профили на отделните щати, базирани на 18 здравни индикатора, по препоръка на организациите по обществено здравеопазване.

Този процес изисква наличието на данни за заболяемостта или наличие на дадени рискови фактори в определена точка от времето (точка А). Това налага развиването на система за наблюдение и докладване на случаи на заболявания от медицинските специалисти, придружени от лабораторни доказателства, както и провеждането на системен епидемиологичен мониторинг. Дефинирането на целите на програмата (точка Б) изисква прилагането на ефективни професионално-консултативни механизми и открита дискусия между специалистите вътре и извън оперативната агенция. Както и в други сфери на живота, директната линия между А и Б не винаги означава най-краткото или най-удобното решение, а постигането на целта може да изисква индиректни и многобройни подходи. Въпреки това, дефинирането на целите е от решаващо значение за успеха на този процес.

През 90-те год. на XX-ти век серия от международни конференции по проблемите на здравето фокусират политическото внимание върху положението на децата по света (1990 г.), населението и демографията (Кайро, 1994 г.), бедността (Стокхолм, 1995 г.) и проблемите на жените (Пекин, 1995 г.). Приносът на тези конференции не би могъл лесно да се измери. Въпреки скептичните и негативни мнения по отношение на тяхната стойност, съществуват окуражаващи знаци за тяхното влияние върху правителствената политика на много държави, във връзка с ефективното разпределение на ресурсите и планирането на първичната помощ. Успешното елиминиране на едрата шарка и широкият обхват от имунизации на живеещите в развиващите се страни и разпространението на йодирането на солта доказват, че тези цели са постижими.

### ЗДРАВНИ ЦЕЛИ НА СЪЕДИНЕНИТЕ ЩАТИ

Въпреки провала на опита за въвеждане на национална здравна система в САЩ, страната има силни традиции в областта на общественото здравеопазване и здравната подкрепа. Федералните, държавни и местни здравни власти разработват съвместни споразумения за финансиране и управление на здравеопазването. Признанието, че

медицината е безсилна да се справи сама с всички здравни проблеми намира широк отглас в САЩ след 70-те год. на XX-ти век и налага търсене на нови подходи при формулирането на здравната политика и определянето на национални здравни цели. Документираният напредък при постигането на тези цели е показан в Таблица 2.2.

**ТАБЛИЦА 2.2**

Здравни цели на САЩ за 1990 г. и 2000 г., с актуални показатели за 1990 г. и 1996 г.

Цел	1987	1990	1990	2000	1996
	Актуална	Целева	Актуална	Целева	Актуална
Детска смъртност/на 1000 живородени	10,1	9	9,2	7	7,3
Смъртност във възрастовата група 1-14 г./на 100 000	33,7	34	30,8	28	-
Смъртност във възрастовата група 15-24 г./на 100 000	97,8	94	115	85	89,6
Смъртност във възрастовата група 25-64 г./на 100 000	426,9	400	406,2	340	-

Източник: Health United States, 1992 and 1998.

През 1979 г. Държавният санитарен инспектор на САЩ публикува Доклад за Здравната промоция и профилактика на болестите (*Healthy People*). Този документ поставя 5 основни цели за всяка от главните възрастови групи за 1990 г., придружени от 226 много специфични здравни цели.

Новите цели за 2000-та година имат три основни насоки: удължаване на човешкия живот, намаляване на неравенствата по отношение на здравето, осигуряване на достъп до превантивни здравни грижи за всички американци. Тези широки цели са подкрепени от 297 специфични задачи в 22 приоритетни области, всяка от които разделена на 4 главни категории: здравна промоция, здравна защита, превантивни грижи, система за наблюдение. Този ред е установен на базата на измерими индикатори, което позволява проследяването и оценката им по години.

Процесът на работа за постигане на здравните цели в САЩ от федерално ниво слиза до щатско и местно ниво. Професионалните организации, неправителствените и обществени организации също участват в този процес. Отделни щати са поощрявани да изготвят свои собствени цели и планове за изпълнение като условие за федерално финансиране и те, от своя страна, изискват от общинските здравни департаменти разработване на местни профили и цели.

Разпространението на този подход насърчава щатски и местни инициативи за изпълнение на измерими програмни цели.

### ЕВРОПЕЙСКИ ЗДРАВНИ ЦЕЛИ

През 1985 г., Европейският регионален офис на СЗО публикува своите цели за "Здраве за всички до 2000 г." (табл. 2.3). Тяхното определяне става след постигане на консенсус между всички страни-членки. Тези 38 цели включват измерими индикатори на резултатите и процесите, които служат като насоки за провеждане на здравната политика на страните-участници. Посочените цели предполагат наличието на след-

ните предпоставки за здравето: липса на военни заплахи, еднакви възможности за всички, задоволяване на основните човешки потребности, включително храна, образование, чиста вода, нормални хигиенни и жилищни условия, сигурна работа и полезна социална роля, право на изразяване на политическа воля и подкрепа.

Европейските здравни цели са допринесли за рedefинирането на здравните политики и приоритети на много страни, засилвайки ролята на профилактиката и здравната промоция.

Последни проучвания на Европейския офис на СЗО показват, че много страни са променили своя подход на планиране, следвайки тези насоки и са постигнали значителни успехи при изпълнението на заложените цели. СЗО (Европейски регион) изготвя компютърна база данни на Здраве за всички, с интернет достъп ([www.who.dk](http://www.who.dk)) за мониториране на напредъка при избрани здравни индикатори на страните-членки.

**ТАБЛИЦА 2.3**

Цели на Европейския регион на СЗО

Цел	Задачи	Специфични задачи
Здраве за всички	Намаляване на неравенствата между и вътре в държавите	
Цялостно намаляване на заболяемостта	Елиминирание на специфични заболявания	Елиминирание на едрата шарка, полиомиелита, неонаталния тетанус, рубеолата, сифилиса, маларията
Детска смъртност	Нито една страна над 40 на 1000	Намаляване до < 15 на 1000
Майчина смъртност	Нито една страна над 25 на 100 000	< 25 на 100 000 до 10 на 100 000
Смъртност от сърдечно-съдови и злокачествени заболявания	Намаляване на смъртността при хора под 65 год.	Намаляване до 15 %
Травми вследствие на пътнотранспортни и трудови злополуки	Намаляване на пътните, трудови и домашни злополуки	Смъртност при пътно-транспортни произшествия < 20 на 100 000, намаляване на смъртността на работното място с 50 %
Здравословен начин на живот	Здравословна околна среда Повишаване на индивидуалните възможности Повишаване на знанията Системи за подкрепа Специфични рискови фактори	Специфични национални и обществени програми Здравна промоция Подобрено хранене Намаляване на тютюнопушенето

Източник: WHO Regional Office for Europe, 1985

**ЗДРАВНИ ЦЕЛИ НА ВЕЛИКОБРИТАНИЯ**

През 1990-1991 г., Министерството на здравеопазването във Великобритания инициира консултативен процес, който има за предмет на изследване Националната

здравна стратегия и цели (табл. 2.4). Стратегията за здраве фокусира вниманието върху подобряване на качеството на живот, като целите са следните:

1. Идентифициране на здравните проблеми;
2. Фокусиране върху промоцията на здраве и профилактиката на заболявания, както и на медицински грижи и рехабилитация;
3. Възприемане на здравето като детерминирано от цяла редица от фактори (генетични, наследствени, поведенчески, физически и социални);
4. Признаване на необходимостта от сътрудничество между участниците в Националната здравна система на национално и местно ниво, в и извън нейните рамки.
5. Осигуряване на подходящ баланс между централната стратегическа посока и местната и индивидуална преценка, приспособимост и инициативност.
6. Осигуряване на възможно най-добрите ресурси, които по презумпция винаги са ограничени.

**ТАБЛИЦА 2.4**

Постигнати резултати във Великобритания в изпълнение на стратегията "Здраве за всички до 2000 г."

Цели на СЗО Европейски регион	Изпълнени цели в Англия
1. Намаляване на неравенствата между и вътре в държавите с 25 %.	Различията между работническата и чиновническата класи продължават да са явни, но е постигнато значително намаляване на детската смъртност.
2-4,6 Подобряване на способностите за водене на социално-продуктивен живот за цялото население и инвалидите; 10 % повишаване на годините свободни от заболяване и инвалидност.	Очаквана продължителност на живота над целите на Здраве за всички. Липса на информация за инвалидността; малка промяна в самодокладваната заболяемост, вероятно поради променените очаквания.
5. Контрол на инфекциозните заболявания; без полиомиелит, неонатален тетанус, дифтерия, коклюш, сифилис, малария.	Постигнат е задоволителен успех, няма случаи на полиомиелит, намаляваща заболяемост от морбили - въведено ваксиниране, намалена заболяемост от рубеола, сифилис, имунизационен координатор към всеки районен здравен център.
7-8. Намаляване на детската смъртност до <20 на 1000 и майчината смъртност до < 15 на 100 000 живородени.	Детска смъртност - 8.4 на 1000 през 1989 г. (и 7 през 1992 г.); майчина смъртност 6 на 100 000 през 1989 г.
9. Сърдечно-съдови заболявания при хора на възраст под 65 год. намалена с 15 %.	Между 1980 г. и 1989 г. смъртните случаи вследствие на заболявания на ССЗ спадат от 121 на 85 на 100 000 население; смъртността от исхемична болест на сърцето спада с 29 % и от инсулт с 32 %.
10. Смъртността от злокачествени заболявания при хора на възраст под 65 год. да бъде намалена с не по-малко от 15 %.	Смъртността от всички видове злокачествени заболявания при хора <65 год. спада с 8 % през 1980-те; смъртността от рак на белия дроб при мъжете (< 65 год.) с 29 %.
11-12. Смъртността вследствие на злополуки да бъде намалена с най-малко 25 % ; честотите на самоубийствата да намалее.	Смъртността вследствие на злополуки е ниска и пада под 19 % като цяло през 1980-те; самоубийствата намаляват с 18 %.

13-17. Промоция на здравословен начин на живот: семейство, знания, хранене, ограничена употреба на алкохол, намаляване на тютюнопушенето, намаляване на рисковото поведение.	Тютюнопушенето намалява от 39 на 32 % сред възрастните; храненето съдържа по-малко мазнини (консумацията на мазнини е все още висока 42 % от общата енергия срещу препоръчителните 35%); увеличено участие в спортни/рекреационни дейности; употребата на алкохол и наркотици е увеличена.
18-25. Защита на околната среда; обществен и международно сътрудничество; мониториране на контролни мерки за безопасни водоизточници; намаляване на замърсяването на реките, езерата и морската вода, въздуха, хранителните контаминации и вредните отпадъци, създаване и поддържане на здравословни жилищни и битови условия.	Англия отговаря на регионалните критерии в тази област: Законът за подобряване чистотата на водните ресурси от 1989 г. води до повишени стандарти за качеството на водите в езерата, реките и крайбрежните води; стандартите за тютюнопушене, емисии от серен двуокис, олово във въздуха, въглероден двуокис са покрити.
26-31. Здравни системи базирани на първична, вторична и третична помощ; здравна промоция; фокусиране върху високорискови групи, координиране на грижите на нивото на общността за осигуряване на качество.	Регионални и местни здравни власти, медицински и одиторски системи и индикатори за изпълнение за ефективно използване на ресурсите и висококачествени грижи.
32-38 Изследователска дейност и информационно обезпечаване за нуждите на Здраве за всички до 2000 г, планиране, обучение, следдипломно обучение, технологична оценка.	Успехи в управленческия процес за разпределение на ресурсите, администрация; подобряване на стандартите за следдипломно медицинско, стоматологично и сестринско образование.

Съществува своеобразна конкуренция за получаване на финансиране от правителството между различните видове потребности на хората в обществото. Най-доброто изразходване на ресурсите - финансови и човешки е важна задача на всяко правителство. Ключови проблеми на здравеопазването във Великобритания са високото разпространение на исхемичната болест на сърцето и инсултите, злокачествените новообразувания, психичните заболявания, *HIV/СПИН*, сексуалното здраве и травмите.

### МЕЖДУНАРОДНИ ЗДРАВНИ ЦЕЛИ

Световната конференция за децата през 90-те год. на XX-ти век е посетена от 71 държавни глави. Тя получава широк отзвук и подкрепа на редица национални програми за подобряване на здравето на майките и децата. Ударението е поставено върху нуждата от мобилизиране на обществото за постигане на тези цели, включително граждански асоциации, религиозни групи, доброволчески агенции, професионални асоциации, бизнесобществото, организираната работна сила и университетите. Тези национални програми са базирани на измерими, реалистични и специфични цели, постижими до 2000 г. Световната конференция за децата рефлектира върху увеличаването на подкрепата за национални програми за детско здраве. Например, имунизационният обхват в развиващите се държави достига до 80 %, ежегодно спасявайки 3 млн. човешки живота. Смъртността от стомашно-чревни инфекции е редуцирана с над 1 млн. човешки живота годишно, чрез разпространяване на употребата на пероралната рехидратираща терапия, едно от най-големите медицински открития за последните 40 год.

## ПАНЕЛ 2.10

**СВЕТОВНА КОНФЕРЕНЦИЯ ЗА ДЕЦАТА 1990 г.: ПЛАН ЗА  
ДЕЙСТВИЕ; ЗДРАВНИ ЦЕЛИ**

1. Елиминиране на полиомиелита до 2000 г.
2. Елиминиране на неонаталния тетанус до 1995 г.
3. Намаляване на случаите на заболяване от морбили с 90 % и 95 % намаляване на смъртните случаи.
4. Увеличаване на имунизационния обхват до 90 % за децата на възраст до 1 год. и всеобща имунизация на жените в детеродна възраст срещу тетанус.
5. Намаляване на детската смъртност от стомашно-чревни инфекции с 50 % и с 25 % заболяемостта от стомашно-чревни инфекции.
6. Намаляване с 33 % на детската смъртност вследствие остри респираторни заболявания.
7. Елиминиране на заболяванията вследствие недостиг на витамин А и йоддефицитните нарушения.
8. Намаляване на нискотегловните раждания до не повече от 10 %.
9. Намаляване на нивата на желязодефицитна анемия при жените с 33 %.
10. Осигуряване на достъп за всички до пренатални грижи, квалифицирана родилна помощ, специализирани грижи за високо рисковите бременности и спешна акушеро-гинекологична помощ.

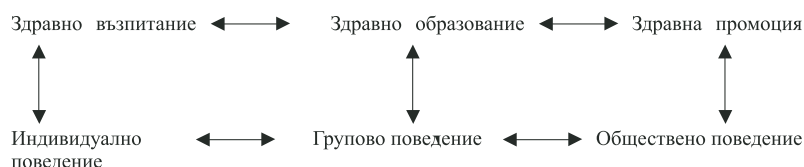
Световната конференция за децата поставя нови цели и в много други сфери на здравеопазването. Частният сектор също взема участие в работата по изпълнение на здравните цели и има заслуга за редица здравни постижения. Подкрепата на Международния Ротари клуб към програмата за елиминиране на полиомиелита до 2000 г. има своя принос за липсата на случаи на полиомиелит в Северна и Южна Америка (виж глава 4). Формулирането на здравните цели зависи предимно от международната и от националната политика, но тяхното изпълнение изисква участие на обществото и индивидите.

**ИНДИВИДУАЛНО И ОБЩЕСТВЕНО УЧАСТИЕ В  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

Националните здравни политики в основата си са насочени към здравето на отделния човек. Разнообразните принципи, изложени в концепцията за сферите на здравето, първичната помощ ориентирана към общността (ППОО), здравните цели и мениджмънтът на здравните системи са ефективни само, ако индивидът и общността са равнопоставени участници в процеса на търсене на решения. Заангажираността на индивидите по отношение на собственото здраве се повишава чрез здравно възпитание, здравно образование и здравна промоция (фиг. 2.5).

Здравното възпитание, осъществявано от лекаря и медицинската сестра винаги е било част от здравните грижи. Здравното образование дълго време е част от общественото здравеопазване с насоченост към повишаване на здравната култура на определени групи от населението. Здравната промоция също включва здравно-образователна

действие и изисква ангажираност на всички нива на здравната политика от страна на държавата и неправителствените организации. Тя представлява комплексен подход за постигане на здравословна жизнена среда и здравословен индивидуален начин на живот.



ФИГУРА 2.5

Пример за взаимовръзките между здравно възпитание, здравно образование, здравна промоция.

Здравното възпитание, здравното образование и здравната промоция са между интервенциите с най-висока "разход-полза" ефективност за подобряване на общественото здраве. Докато разходите за медицинска помощ бързо нарастват, нуждата от контрол върху тях води до по-голямо наблягане върху профилактиката, приемане на здравното образование и здравната промоция като интегрална част от модерното обществено здравеопазване. Тези дейности трябва да бъдат осъществявани в училищата, на работното място, в общността, търговските обекти, местата за отдих и почивка и да бъдат част от политическия дневен ред.

Психологът Абрахам Маслоу (*Abraham Maslow*) дава описание на йерархията на човешките потребности. Всеки човек има основни физиологични потребности - безопасност, вода, храна, топлина и подслон. По-високите нива на потребности са свързани с нуждата от признание в рамките на общността и от самоизява. Тези идеи са подкрепени и от резултатите, получени в редица проучвания на производителността на труда, като проведените от Елтън Мейо (*Elton Mayo*) през 1920 г. Експериментът, който провежда Мейо, става известен по-късно като "ефект на Хоторн" (*Hawthorne effect*) и демонстрира как производителността на работещите се повишава при акцентирание ролята им за изпълнението на поставените организационни цели и получаване на признание от страна на мениджмънта на организацията (виж глава 11). Приложението на този опит в сферата на здравеопазването се свързва с намиране на мотивиращи фактори за осъществяване на позитивни здравни дейности.

Модерното обществено здравеопазване е изправено пред проблема за мотивацията на хората да променят поведението си; понякога тези усилия изискват законодателна подкрепа, като например, задължителното използване на предпазни колани при шофиране. В други случаи се изисква поддържане на здравословно поведение от страна на индивидите, като използване на презервативи за намаляване на риска от болести, предавани по полов път. С течение на времето се разработват подходи за измерване на комплексния ефект от даден вид поведение и е въведен принципът на определяне на знанията, нагласите, вярванията и практиките разпространени в дадена популация или рискова група от хора (виж глава 3). Често съществуват несъответствия между знания и практика, например, знанията, които един човек има за значението на безопасното шофиране не означават непременно, че той винаги прилага необходимите мерки.

Моделът на здравните вярвания е основа за редица здравно-възпитателни програми. Според него, готовността на отделния човек да предприеме мерки за подо-



бръване на своето здраве се корени или в страха му от заболяване или в осъзнаването на здравето като ценност. Действията от страна на индивида могат да бъдат провокирани от неговата загриженост или знания. Пречките за адекватни действия могат да бъдат психологически, финансови, физически, включително страх, загуба на време, безпокойство. Стимулиране на действия за намаляване на здравните рискове е една от фундаменталните цели на модерното здравеопазване. Моделът на здравните външности е важен за дефиниране на дадена здравна интервенция при определянето на емоционални, интелектуални и други пречки за превенцията на заболяванията.

Здравното възпитание на обществено и индивидуално ниво зависи от нивото на образование на населението. Майките с основно и средно образование са с много по-добри резултати за здравето на децата си в сравнение с нискообразованите жени. Развитието на селското стопанство в Северна Америка през 1920 г., съчетано със здравно-образователни дейности в училищата по отношение на балансираното хранене, допринасят за значителното подобряване на храненето на американците. Вторичната профилактика на диабета и коронарната болест на сърцето акцентира върху образованието и възпитанието на двигателни и хранителни навици за предотвратяване на риска от миокарден инфаркт при съответните пациенти.

#### ОТАВСКА ХАРТА ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ

Световната здравна организация спонсорира Първата международна конференция по промоция на здраве, проведена в Отава през 1986 г. В резултат е приета Отавската Харта за промоция на здравето, която дефинира понятието "промоция на здраве" и поставя пет приоритетни области на дейност по промоция на здравето:

- създаване на социална политика, укрепваща здравето;
- създаване на жизнена среда, укрепваща здравето;
- засилване на общественото участие в здравните дейности;
- развитие на лични умения, знания и възможности за укрепване на здравето;
- преориентиране на здравните служби към промоция на здравето;
- междусекторно сътрудничество и партньорство за по-добро здраве.

Отавската харта призовава всички страни да поставят здравето като част от дневния ред на политиките във всички сектори и нива на управление, насочвайки ги към съобразяване със здравните последици на техните решения и приемане на отговорности, свързани със здравето. Политиката на промоция на здраве съчетава разнообразни, но допълващи се подходи, включващи законодателни и фискални мерки, както и организационна промяна. Тя се базира на координирани действия за изграждане на здравна, социална и доходна политика, насочена към създаване на възможности на всички хора за равенство в здравето. Тези съвместни усилия допринасят за осигуряване на безопасни и здравословни продукти, услуги и чиста и благоприятна околна среда. Нужно е идентифициране на възпрепятстващите фактори за възприемане на здравословни обществени политики извън здравния сектор и намиране на пътища за премахването им. Целта трябва да бъде - превръщане на по-здравословния избор в по-лесен избор за политиките.

Източник: *Health and Welfare Canada World Health Organization, 1986.*

## ДЪРЖАВНИ И ОБЩЕСТВЕНИ МОДЕЛИ НА ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ

Ефективен подход на здравна промоция е разработен в Австралия, където приходите от данъците на производителите и търговците на тютюневи изделия в щата Виктория са разходвани за дейности в областта на здравната промоция. В този случай се наблюдава двоен ефект: ограничаване на тютюнопушенето и стимулиране на здравната промоция в други области. Дейности по промоция на здраве се осъществяват от обществените организации и местните власти на работното място, в училищата и местата за отдих и развлечения. Здравните дейности на работното място включват намаляване на здравните рискове, промоция на здравословно хранене, физическа активност и ограничаване на тютюнопушенето и употребата на алкохол.

В австралийския модел здравната промоция не се състои само в убеждаване на хората да променят своите навици; тя включва също законодателни и императивни мерки за промени, водещи към здравословна околна среда. Примери за такива мерки са задължителното филтриране, хлориране, флуориране на обществените водни източници за намаляване на водопреносимите инфекциозни заболявания и подкрепа на стоматологичното здраве; обогатяване на храните с витамини и минерали за превенция на заболяванията, свързани с микронутриентните дефицити. Тези действия са провеждани на държавно ниво и са от жизненоважно значение за успеха на програмите за здравна промоция.

Базираните в общността програми за намаляване на хроничните заболявания, като приложение на концепцията за широкообществена промоция на здраве се осъществяват при разнообразни условия. Подобна програма за намаляване на рисковите фактори за сърдечно-съдови заболявания е инициентирана в Северна Карелия, Финландия, като е била провокирана от високите честоти на заболяемост и смъртност от сърдечно-съдови заболявания. Финландия е била водеща страна по честотата на сърдечно-съдови инциденти в света, а в селските райони на Северна Карелия тези честоти са били най-високи. Този регионален проект обединява усилията на всички нива на обществото, включително официални, доброволни и неправителствени организации. След 15 години проследяване се наблюдава значително намаляване на смъртността, като подобна тенденция е отчетена и в съседните на Северна Карелия провинции.

Промоцията на здраве получава широкообществена подкрепа от страна на неправителствените организации или други обществени групи. Програмата *Здрави Сърца (Healthy Heart Program)* получава широко развитие чрез здравни панаири, спонсирани от благотворителни, образователни или църковни организации. Един по-широк подход за адресиране на проблемите в общността намира приложение в международното движение "Градове, укрепващи здравето".

## ПРОЕКТ "ГРАДОВЕ, УКРЕПВАЩИ ЗДРАВЕТО"

Дебатите на Комисията за здраве в градовете, оглавявана от Едуин Чадуик (*Edwin Chadwick*), са последвани от създаване на асоциация за здрави градове през 1844 г. от Саутууд Смит (*Southwood Smith*), известен реформаторски лидер на Санитарното движение, който прокламира нуждата от подобряване на ужасните условия за живот в по-голямата част от градовете във Великобритания. Асоциацията създава свои клонове в много градове на страната и работи за създаване на здравно законодателство и повишаване на общественото съзнание по отношение на редица здравни проблеми, като пренаселване, неадекватно хигиенизиране, липса на безопасна питейна вода и

храна, създаващи условия за разпространение на заразните болести. През 80-те год. на XX-ти век, *Iona Kickbush*, *Trevor Hancock* и други допринасят за подновяването на идеята за отговорността на местните власти за решаване на здравните проблеми на населението и включването на въпроси, свързани със здравето в процеса на планиране на местната политика.

Проектът "Градове, укрепващи здравето" е подход на здравната промоция, който възниква през 80-те год. на XX-ти век за насърчаване на широко гражданско участие в осъществяването на различни дейности за промоция на здраве (табл. 2.5).

**ТАБЛИЦА 2.5**

Качества на здравите градове

1. Безопасна и чиста физическа среда.	7. Разнообразен, жизнен и модерен град.
2. Стабилна и устойчива в дългосрочен план екосистема.	8. Връзка с миналото културно и биологично наследство.
3. Силно, издръжливо и неексплоатирано общество.	9. Форма, съответстваща на тези цели.
4. Високо ниво на участие / контрол на обществото в решенията, засягащи техния живот и съществуване.	10. Оптимално ниво на обществено здравеопазване и медицински услуги.
5. Посрещане на основни нужди на населението (храна, вода, подслон, доходи, безопасност и работа) за всички хора в града.	11. Висок здравен статус, позитивно здраве, ниски нива на заболяемост.
6. Широко разнообразие на опит и възможности за контакти, общуване и комуникации.	

Отделните дейности включват проекти, свързани с околната среда (рециклиране на отпадъците), подобряване на условията за отдих и забавление на младежите с цел намаляване на уличното насилие и злоупотребата с наркотици, здравни панаири за повишаване на здравното съзнание на населението и скринингови програми за ранно откриване на хипертония, рак на гърдата и други. В този проект се съчетават подходите на здравната промоция и консумеризма с традициите на местното обществено здравеопазване и подкрепа.

Общината работи в сътрудничество с неправителствените организации за подобряване на физическата и социална градска среда. През 1995 г., движението "Градове, укрепващи здравето" включва 18 страни и 375 града в Европа, Канада, САЩ, Великобритания, Южна Америка, Израел и Австралия, в сравнение с 18 града през 1986 г.

В Монреал проектът стартира през 1988 г. и представлява типичен пример за неговото международно приложение (табл. 2.6). Това е град с население от 1,02 милиона на площ 1 777 кв.км. Около 61 % от населението е френско-говорящо и е главният административен център в Квебек. Средният доход на населението възлиза на \$26 300 (Канадски долара). Като част от проекта, градът е разделен на квартали, ангажирани с широка гама от дейности. В рамките му е създадена коалиция между общината и неправителствените организации, които работят съвместно за подобряване на качеството на услугите, съоръженията и жизнената среда.

ТАБЛИЦА 2.6

Проект "Монреал - град, укрепващ здравето"

1. Намаляване на трудовите злополуки в местните каменоломни.	10. Младежки и обществени мероприятия.
2. Озеленяване в бедните квартали.	7. Условия за отдиш и забавления за младежите.
3. Повишаване качеството на образованието в основния и среден курс на обучение.	8. Възстановяване на занемарени площи.
4. Характеристика на кварталите.	9. Разширяване на обществените паркове.
5. Кооперативно жилищно строителство за семействата с ниски доходи.	11. Залесяване.
6. Междукултурна комуникация.	12. Ограничаване на разпространението на наркотици и насилие.

Източник: *Montreal Healthy Cities Project*, 1994

## СОЦИАЛНА ЕКОЛОГИЯ И ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ

"Човешка екология", термин въведен през 1921 г. от Парк (*Park*) и Бъргес (*Burgess*) е опит за прилагане на теорията за растителния и животински свят към човешките общности. Тя се развива като клон на демографията и намира приложение в медицинската социология, която изучава социалния и културен контекст на заболяванията, здравните рискове и здравното поведение.

Успоредно с това, психологията развива свои поддисциплини - социална психология, обществена психология и психология на околната среда. Здравното образование се развива като отделна дисциплина и функционира в рамките на системите на здравеопазване като здраве в училищата, хранене на селското население, военна медицина, трудова медицина и много други аспекти на профилактичните здравни грижи, дискутирани в следващите глави. Идеята за промоцията на здраве се развива отчасти като следствие на концепцията за сферите на влияние върху здравето на ЛаЛонд (*LaLonde*) и утвърждаващото се мнение, че медицинските грижи са необходимо, но недостатъчно условие за подобряване на общото здравословно състояние на населението. Интеграцията на поведенческия модел, защитата на околната среда, или социалната организация формират основата на подхода на социалната екология за дефиниране и адресиране на здравните проблеми (табл. 2.7).

Индивидуалното поведение зависи от много обкръжаващи фактори, както и общественото здраве разчита на индивида; двете не биха могли да бъдат изолирани едно от друго. Екологичната перспектива на здравната промоция работи в посока на промяна на човешкото поведение за постигане на по-добро здраве. Тя взема под внимание фактори, които не са свързани с индивидуалното поведение и са определени от политическата, социална и икономическа среда. То е приложимо за широката общност, регионалните и местни подходи за посрещане на тежки здравни проблеми като контрол на *HIV*/СПИН инфекцията, туберкулозата, недोхранването, сърдечно-съдовите заболявания, насилието, травматизма и злокачествените заболявания.

ТАБЛИЦА 2.7

Подходи на здравната промоция: поведенческа промяна, създаване на жизнена среда, укрепваща здравето и социална екология

Модели за промяна на поведението и начина на живот	Подходи на социалната екология	Създаване на жизнена среда, укрепваща здравето на национално, общинско и местно ниво
Поведенческа промяна	Модели за културна промяна на здравето	Универсален достъп до здравни грижи
Теория на социалното заучаване	Биопсихологични модели на здраве	Околна среда и здраве
Модел на здравните вярвания	Стресови събития	Индустриална хигиена
Теория на аргументираните действия	Екология на човешкото развитие	Социална защита
Теория на планираното поведение	Психология на общественото здравеопазване	Социална подкрепа
Теория за възприемане на рисковете	Етнография	Обществена организация
Предизвикване на страх	Социална екология на здравето	Ергономични / човешки фактори
Мотивационна теория	Обществена промоция на здраве	Епидемиология на здравния мониторинг
Здравни комуникации	Инициативи на обществената политика	Градско планиране, архитектура
Мас медия	Здравни общности	Регулация на жилищното зониране
		Контрол на бедствията и травмите
		Контрол на храните и лекарствата
		Хранене и обогатяване на храните

Източник: *Modified from Stokols, D. 1996. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. American Journal of Health Promotion 10: 282-298.*

## ДЕФИНИРАНЕ НА СТАНДАРТИТЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Американската асоциация по обществено здравеопазване (APHA) през 1995 г. формулира ролята на общественото здравеопазване в доклада "Бъдещето на общественото здравеопазване в Америка", представен на годишната среща през 1996 г. APHA периодично ревизира стандартите и насоките за организация на здравните услуги на федерално, държавно и местно ниво на управление (табл. 2.8). Те рефлектират върху развитието на професиите в областта на общественото здравеопазване в Съединените щати при условия на ограничен достъп до здравни грижи за голяма част от население-

то, поради липса на универсална здравно-осигурителна система. Общественото здравеопазване в Съединените щати прилага иновационен подход при определяне на рисковите групи и групите с потребности от специални грижи и финансира директни и индиректни методи за посрещане на тези потребности.

**ТАБЛИЦА 2.8**

Стандарти на услугите в общественото здравеопазване, Американска асоциация по общественото здравеопазване, 1995 г.

Визия	Здрави хора в здрави общности
Мисия	Промоция на здраве и профилактика на болестите
Цели	<p>Превенция на епидемиите и разпространението на заболяванията</p> <p>Защита срещу рисковете от околната среда</p> <p>Превенция на травмите</p> <p>Промоция и насърчаване на здравословно поведение</p> <p>Борба с бедствията и помощ при възстановяването на засегнатите райони</p> <p>Идентифициране на обществените проблеми и поддържане на добър здравен статус на населението</p>
Задължителни услуги	<p>Мониториране на здравния статус за идентифициране на здравни проблеми</p> <p>Диагностициране и изследване на здравните проблеми в обществото</p> <p>Информиране, образование и упълномощаване на хората да вземат решения, свързани със здравето</p> <p>Развитие на политики и планове, подкрепящи индивидуалните и обществени усилия за постигане на по-добро здраве</p> <p>Създаване на закони и регулативни мерки за защита на здравето и осигуряване на безопасност за човешкия живот</p> <p>Свързване на хората с необходимите им здравни служби и осигуряване на здравни грижи</p> <p>Осигуряване на експертна работна сила в областта на общественото здравеопазване</p> <p>Оценка на ефективността, достъпността и качеството на здравните грижи</p> <p>Изследователска дейност за прилагане на нови иновационни подходи за решаване на проблемите в областта на общественото здравеопазване.</p>

Източник: *American Public Health Association, The Nation's Health, March, 1995.*

## ИНТЕГРАЛНИ ПОДХОДИ В ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Общественото здравеопазване включва едновременно директни и индиректни подходи за работа. Директните мерки включват - имунизации в детска възраст, съвременни методи за контрол върху раждаемостта, хипертонията и диабета. Индиректните методи на общественото здравеопазване имат за цел да защитят индивида на базата на широка обществена подкрепа, като повишаване на стандартите за здравословна околна среда, безопасни водни източници, система за мениджмънт на отпадъците и подобро хранене.

Съчетаването на двата подхода често се среща в практиката. За да бъде намалена заболеваемостта и смъртността от стомашно-чревни инфекции, е нужно осигурява-

нето на чисти и безопасни водни запаси, както и подходящо образование на индивидите по отношение на хигиената, а на майките и за ползата от перорална рехидратираща терапия. Целите на общественото здравеопазване, следователно се формулират на индивидуално, семейно, общинско, регионално или национално ниво.

Имунизациите са насочени към протекция на отделните хора, но имат и индиректен ефект, като намаляват риска от заболяване и за неимунизирани. При контрола на някои заболявания, изолирането на новите случаи предотвратява разпространението сред общността, както е в случая с туберкулозата. При контрола на маларията, откриването на новите случаи и своевременното им лечение следва да бъде съчетано с акция за унищожаване на векторния преносител от околната среда - комарите.

Контролът на неинфекциозните заболявания зависи от знанията, нагласите, вярванията и практиките на индивидите в риск. В този случай, социалният контекст е от жизненоважно значение, подобно на качеството на здравните грижи. Контролът и профилактиката на неинфекциозните заболявания включват стратегии на индивидуално и общинско-базирано ниво. Индивидуалните и клинични мерки включват професионални съвети за начините на намаляване на риска чрез ранна диагностика и прилагане на подходяща терапия. Популационно-базираните мерки включват директно данъчно облагане на тютюневите производители и търговци, забрана за реклама на тютюневи изделия. Узаконяването на стандарти за качество на храните, като ограничаване на съдържанието на мазнини в месото и изискванията за етиктиране, са част от контрола на сърдечно-съдовите заболявания.

Индивидуалният избор на поведение е предмет на въздействие от страна на програмите за борба с неинфекциозните заболявания. За да бъде променено поведението на даден човек, е нужно съобразяване с неговото виждане за естеството на потребностите, които има. Това мнение може да бъде повлияно от наличието на съответна информация, но възприемането на индивидуалните потребности е доста по-комплексно. В сравнение с обществото или здравната система, индивидът определя своите нужди по различен начин. Намаляването на тютюнопушенето сред жените е труднопостижимо, ако е разпространено вярването, че пушенето намалява апетита и хранителния прием, следвайки общоприетото правило "стройни и красиви". По подобен начин, ограничаването на тютюнопушенето сред младежите е трудно, тъй като да пушиш е модерно, а и болести като рак на белия дроб изглеждат много далечни. Познаването на начините, по които индивидите дефинират своите потребности, подпомага здравните системи да създават програми, които повлияват поведението, свързано със здравето.

Технологичната и организационна революция в здравеопазването са придружени от много етични, икономически и правни дилеми. Труден е изборът, когато на една везна са поставени скъпоструваща животоспасяваща хирургична интервенция (например сърдечна трансплантация), която се конкурира за финансиране с имунизационни и здравно-промоционни дейности. Нови подходи за лечение на миокарден инфаркт и язвена болест намаляват болничния престой и подобряват преживяемостта и качеството на живота. По-евтини методи на интервенция в някои случаи водят до подобрени резултати. Изборът за начините на разпределение на ресурсите може да е много труден. Той отчасти зависи от нивото на здравна информираност и правна защита в даденото общество. Това са фактори от разширяващата се методология на общественото здравеопазване (табл. 2.9).



ТАБЛИЦА 2.9

Произход и синтез на новото общественото здравеопазване

Класическо обществено здравеопазване	Социална екология	Биомедицински грижи	Организация и финансиране
<b>До края на 19-ти век</b>			
Хранене и лична хигиена Здраве на заселниците Карантина Хранене/здравословно състояние Демографска статистика Епидемиология Хигиенизиране, теория за миазмата Общинска организация Бактериология, теория за микробите Ваксини, имунология Контрол на инфекциозните заболявания Майчино и детско здравеопазване Здравно образование	Влияние на църквата и крепостничеството Ренесанс Селскостопанска революция Подобрено хранене Нарастване на градовете Права на човека Индустриална революция Трудово право Универсален достъп до образование Социална реформа Политическа революция Информационна революция	Основни науки Клинични науки Медицинско образование Болници: църковни, общински, дарителски, университетски Специализация Терапевтика Антисептици Трудово право Ваксини Рентгенова диагностика	Частно заплащане от богатите Общински доктори за бедните Благотворителност, църкви, доброволни болнични грижи Сдружения, взаимно-спомогателни и приятелски общества за медицински, пенсионни и погребални услуги Национално здравно осигуряване за работници и техните семейства Болнични фондове и доброволно здравно осигуряване
<b>До 1980-те год.</b>			
Епидемиологичен преход Намаляване на смъртността и раждаемостта, застаряване на населението Демографски преход Намаляване на разпространението на инфекциозните заболявания Увеличаване на разпространението на неинфекциозните заболявания Международни движения за здраве Елиминиране на едрата шарка	Застаряване на населението Повишени очаквания на обществото Стил на живот и рискови фактори Социално неравенство Социална сигурност Държава, обезпечаваша социални грижи за всички Правителствена отговорност за здравето Подкрепа Промоция на здравето	Напредък на медицинските науки Клинична специализация Образна и лабораторна диагностика Фармацевтика: терапевтични, антибиотични, антихипертензивни, кардиологични, психотропни лекарства Превантивна медицина Домашни грижи Дългосрочни грижи Болнични срещу обществени грижи Амбулаторна хирургия	Колективно сключване на сделки за предоставяне на здравни услуги Правителствена отговорност Национално здравно осигуряване и национална система за здравеопазване Липса на баланс между болнични и първични здравни грижи Организации за поддържане на здравето Анализ разход-полза Регионализация Реформи
<b>Към 2000-та година и след това: Ново Обществено Здравеопазване</b>			
Политическа координация Оценка на здравния статус Промоция на здраве Регулиране на храните, лекарствата, водите, работните места, токсичните отпадъци, травмите, рисковите фактори от околната среда Контрол на инфекциозните заболявания Контрол на хроничните заболявания Намаляване на действието на рисковите фактори Групи със специални нужди Психично здраве Стоматологично здраве Здравно-информационни системи Епидемиологични системи Планиране и мениджмънт	Национална здравна политика Разпределение на ресурсите Икономическо развитие Социален контекст Социална сигурност Екология и околна среда Хранене и хранителна политика Политика за обществено здравеопазване Здрави общности Междусекторно сътрудничество Подкрепа Волунтаризъм Обществено участие	Медицински университети Следдипломно обучение Обучение по здравен мениджмънт Системи за качествен контрол (PEER-review) Акредитация Качество на грижите Целева изследователска дейност Балансиране на болнични и обществени грижи, дългосрочни грижи Домашни грижи, грижи за възрастното население, обществени услуги Интегрирани здравни системи Системи за управлявани грижи Етични въпроси	Национални здравни цели Децентрализация / дифузия на изпълнението Районни здравни системи Системи за управлявани грижи (НМО) Модифицирани пазарни механизми, регулация на предлагането, стимулиране, данъчен контрол, конкуренция, управлявани грижи Икономическа оценка Интегрирани здравни системи

## НОВОТО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

След заседанието на СЗО през ноември 1995 г. по повод "новите предизвикателства за здравето" става ясно, че Новото обществено здравеопазване по-скоро разширява, отколкото замества концепцията на традиционното обществено здравеопазване. То описва организираните усилия на обществото за развиване на здравословна обществена политика: за промоция на здраве, превенция на болестите и насърчаване на социалното равенство в рамките на устойчивото развитие. Една нова, възродена идея за общественото здравеопазване, при която са запазени традиционните функции за хигиенизиране, защита и свързаните с това регулаторни мерки, се допълва с неговите разширени функции.

Новото обществено здравеопазване не е толкова концепция, колкото философия, която се стреми към разширяване на старите разбирания за обществено здравеопазване. Например, то включва грижа за здравето на индивида, като допълнение на грижата за здравето на популациите и търси решения на съвременни здравни проблеми чрез: равнопоставен достъп до здравни услуги, безопасна околна среда, политическо управление и социално-икономическо развитие. Негова цел е обезпечаване на здравна защита чрез обществена политика. Преди всичко, Новото обществено здравеопазване има грижа за идентифициране на приложими стратегии за решаване на горещите проблеми на нашето съвремие. [Източник: *Ncayiyen et al.*, 1995].

## ОБОБЩЕНИЕ

Обект на общественото здравеопазване, подобно на клиничната медицина, е по-доброто здраве за индивидите и за обществото. Новото обществено здравеопазване е една развиваща се концепция, основана на световния опит, която работи с индиректни методи - подобряване на състоянието на околната среда и директни методи, като превантивни грижи за майките и децата.

Клиничните грижи фокусират вниманието си директно върху отделния пациент по време на заболяването. Но здравето на индивида зависи от здравните и социални програми в обществото, така както благосъстоянието на обществото зависи от здравето на индивидите. Новото обществено здравеопазване се състои от голямо разнообразие на програми и дейности, които свързват индивидуалното и общественото здраве.

Старото обществено здравеопазване концентрира усилията си върху хигиенизиране, безопасност на храните, въздуха и водите. Предмет на въздействие са инфекциозните, токсични и травматични причини за смърт сред младите хора и причините, свързани с бедността. Новото обществено здравеопазване се развива, за да посрещне новите условия, свързани с удължаване на продължителността на живота и застаряване на населението, нарастващото значение на хроничните заболявания, с неравенството в достъпа до здравни услуги в развитите и развиващите се страни, със замърсяването на околната среда и екологичния дисбаланс. Много от значимите фактори могат да бъдат предотвратени чрез социална и поведенческа промяна, положително въздействие върху околната среда и ефективно използване на медицинските грижи.

Идеите на Новото обществено здравеопазване се развиват основно след Конференцията на СЗО в Алма-Ата, която формулира концепцията "Здраве за всички", последвана от установяване на здравни цели като основа на планирането на

здравеопазването в края на 70-те год. на XX-ти век. Това спомага за предефиниране на традиционните подходи за социална, обществена и превантивна медицина. Търсенето на "новото" в общественото здравеопазване продължава с връщане към концепцията "Здраве за всички" и популяризиране на схващането, че здравето на индивида и обществото включва мениджмънт на персоналните здравни грижи и обществена профилактика.

#### ПАНЕЛ 2.11

##### ДЕФИНИРАНЕ НА НОВОТО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Новото обществено здравеопазване (НОЗ) е комплексен подход за защита и промоция на здравето на индивидите и обществото, основан на балансиране на санитарни мерки, въздействие върху околната среда, промоция на здраве, персонални и насочени към общността здравни услуги, в координация с широка гама от лечебни и рехабилитационни здравни услуги.

НОЗ изисква организирани усилия на национално, регионално и местно управленско ниво и неправителствени програми за създаване на здравословна социална, хранителна и екологична политика. Съдържанието, качеството, организацията и мениджмънта на изградените в контекста на тази политика услуги и програми, са от съществено значение за успешното им реализиране.

Независимо от начина на управление, децентрализиран или централизиран, НОЗ изисква системен подход за постигане на дефинираните цели и задачи. НОЗ работи на различни нива на държавно управление, академично, професионално, защита на потребителските интереси, частни и обществени предприятия, застрахователна, фармацевтична и медицинска индустрия, селско стопанство и хранителна индустрия, медии, спорт, законодателни и правни агенции и др.

За постигане на поставените цели, НОЗ разчита на ефективни системи за мениджмънт на финансовите, човешки и други ресурси. Изисква се постоянен мониторинг на епидемиологичните, икономическите и социални аспекти на здравния статус на населението като интегрална част от процеса на мениджмънт, оценка и планиране на здравето.

НОЗ поставя рамка за индустриалните и развиващите се държави, както и за страните в политико-икономически преход (страните от Източния блок). Независимо, че всички страни са на различен етап от своето икономическо, епидемиологично и социално-политическо развитие, стремежът на всяка от тях е да осигури адекватни здравни грижи за своето население, при ограничени ресурси за здравеопазване.

#### ЕЛЕКТРОННИ МЕДИИ

American Public Health Association	<a href="http://www.apha.org/">http://www.apha.org/</a>
Declaration of Alma Ata	<a href="http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html">http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html</a>
World Health Organization	<a href="http://www.who.org/">http://www.who.org/</a>

## ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

- Black, D. 1993. Deprivation of health. *British Medical Journal*, 307: 1630-1631.
- Centers for Disease Control. 1991. Consensus set of health status indicators for the general assessment of community health status. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 40: 449-451.
- Editorial. 1991. What's new in public health. *Lancet*, 337: 1381-1383.
- Editorial. 1994. Population health looking upstream. *Lancet*, 343: 429-430.
- Green, L.W., Richard, L., Potvin, L. 1996. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10: 314-328.
- Hancock, T. 1993. The evolution, impact and significance of Healthy Cities/ Healthy Communities. *Journal of Public Health Policy*, 14: 5-18.
- Maiese, D.R. 1998. Data challenges and successes with Healthy People. *Healthy People 2000 Statistics and Surveillance*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 9: 1-8.
- Roemer, M. 1984. The value of medical care for health promotion. *American Journal of Public Health*, 74: 243-248.
- Schmidt, T.L., Pratt, M., Horwze, E. 1995. Policy as intervention: Environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular diseases. *American Journal of Public Health*, 74: 243-248.
- Shea, S. (editorial) 1992. Community health, community risks, community action. *American Journal of Public Health*, 82: 785-787.
- Smith, G.D., Egger, M. 1992. Socio-economic differences in mortality in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 82: 1079-1081.
- Stokols, D. 1996. Translating social ecology theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10: 282-298.
- Tollman, S. 1991. Community oriented primary care: Origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*, 32: 633-642.
- Walsh, J.A., Warren, K.S. 1979. Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301: 967-974.
- White, K., Williams, T.F., Greenberg, B.G. 1961. The ecology of medical care. *The New England Journal of Medicine*, 265: 885-892.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- American Public Health Association. 1991. *Healthy Communities 2000: Model Standards for Community Attainment of Year 2000. National Health Objectives*, Third Edition. Washington DC: APHA.
- American Public Health Association. 1995. Washington, DC: *The Nation's Health*, March 1995.
- Ashton, J. (ed). 1992. *Healthy Cities*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ashton, J., Seymour, H. 1988. *The New Public Health: The Liverpool Experience*. Philadelphia: Open University Press.
- Backet, E.M., Davies, A.M., Peros-Barvazian, A. 1984. *The Risk Approach in Health Care: With Special Reference to Maternal and Child Health, Including Family Planning*. Public Health Papers Number 76. Geneva: World Health Organization.
- Bootery, B., Kickbush, I. (eds). 1991. *Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications, European Series, No. 37. Copenhagen: World Health Organization.
- Downie, R.S., Fyfe, C., Tannahil, A. 1990. *Health Promotion: Models and Values*. Oxford University Press.

- Health and Welfare Canada World Health Organisation.1986. *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada*
- Institute of Medicine.1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kark, S.L.1981. *Epidemiology and Community Medicine*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- LaLonde, M.1974. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Information Canada.
- Lasker, R.D. (ed). 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. New York: The New York Academy of Medicine.
- Mc Keown, T.1979.*The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.
- Martin, C., McQueen, C.J.(eds).1989.*Readings for a New Public Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Ncayiyana, D., Goldstein, G., Goon, E., Yach, D.1995.*New Public Health and WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva: World Health Organization.
- Nutting, P.A. (ed). 1990. *Community-Oriented Primary Care: From Principles to Practice*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Pan American Health Organisation.1992.*The Crisis in Public Health: Reflections for the Debate*. Washington, DC: PAHO.
- Rose, G.1993. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Secretary of State for Health. 1991. *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*. London: Her Majesty's Stationery Office. Reprinted 1995.
- Siegel, P.Z., Frazier, E.L., Mariolis, P., Brackbill, R.M., Smith, C.1993.Behavioral risk factor surveillance, 1991: Monitoring progress toward the nation's year 2000 health objectives. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 42:1 21.
- Smith, A., Jacobson, B.1988.*The Nation's Health: A Strategy for the 1990s*. King Edward's Hospital Fund for London. London: Oxford University Press.
- U.S. Public Health Service. *Health United States 1992*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- U.S. Public Health Service. *Health United States 1998*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- White, K.L.1991. *Healing the Schism: Epidemiology, Medicine, and the Public's Health*. New York: Springer-Verlag.
- World Bank.1993. *World Development Report: Investing in Health*. New York:Oxford University Press.
- World Health Organization. 1978. *Alma-Ata 1978. Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. *Regional Office for Europe*.1985.*Targets for Health for All: Targets in Support of the European Strategy for Health for All*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organisation.1994. *Ninth General Programme of Work Covering the Period 1996 2001*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe.1995.*Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project*.