

2

ПРОШИРУВАЊЕ НА КОНЦЕПТОТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО

ВОВЕД

Еволуцијата на јавното здравство од неговите почетоци до денес, особено во последниве две столетија, укажува на континуиран процес со револуционерни скокови напред. Историјата им помага на студентот и на здравствениот работник да го следат процесот и да осознаат од каде доаѓаме и кон што тежнееме. Ова звучи премногу академски, но од витално значење е да се разберат промените за да може да се носиме со радикалните правци што се јавуваат и ќе се јавуваат со развојот на науката, практиката и економијата, и кои се всушност главните двигатели за промени и развој на јавното здравство на крајот на 20-от век. За идните генерации, освен квалитетот на живеењето, загрозен е и опстанокот.

Во почетокот јавното здравство се смета за дисциплина која изучува и применува мерки за контрола на заразни болести, првенствено преку санитација и вакцинација. Санитарната револуција, која настапува пред развојот на современата бактериологија, прави голем придонес за подобро здравје, но и за подобрена исхрана, образование и домување. Здравјето на мајките и децата, како и многу други аспекти на сè поголемата мрежа јавно-здравствени активности, се подеднакво важни како и животната и социјалната средина и личните навики во одредување на здравствената состојба.

Јавното здравство еволуира во мултидисциплинарна гранка од фундаментална и применета наука, образование, општествени науки, економија, менаџмент и комуникациски средства и е насочена кон подобрување на благосостојбата на поединецот и заедницата. Тоа е повеќе од само едноставен збир на неговите составни елементи и бара умешност и дипломатија во координацијата на различни услуги кон заедницата и поединецот. Овој холистички поглед на рамнотежа и воедначеност е

можеби преродба на класичните грчки и Мојсиевски традиции, продлабочени со проширените знаења и искуства на јавното здравство и медицинската заштита на крајот на 20-от век, бидејќи промените и натаму го поттикнуваат постоечкиот капацитет за приспособување.

Јавно-здравствениот работник има подеднаква обврска кон организацијата на здравствената заштита и грижата за пациентот. Но, секој здравствен работник треба да ги разбира прашањата на Новото јавно здравство, како тие еволуирале, како меѓусебно се организациски по-

РАМКА 2.1 АРИСТОТЕЛ ЗА ЗДРАВЈЕТО

“Здравјето на телото и умот е толку многу важно за добар живот, што ако веруваме дека човекот има какви било лични права како човечко суштество, тогаш има апсолутно морално право на мерки за добро здравје, што општеството и само општеството може да му ги овозможи.”

врзани и поставени, како се финансирани во различни делови на светот, сè со цел да ги разбере промените што се случуваат пред неговите/нејзините очи.

Новото јавно здравство има широк спектар на дејствување. Ги поврзува сите активности на заедницата и поединецот против факторите што придонесуваат за негативни ефекти од болест и ги поддржува сите дејства, директно насочени кон подобро здравје. Неговите програми подразбираат сè: од имунизација, промовирање на здравјето и заштита на децата, декларирање на храната и дополнување на исхраната, до добро организирана, достапна здравствена заштита. Планирањето, управувањето и следењето се есенцијални функции на еден здравствен систем во светот на ограничени ресурси, а високи очекувања. За ова се потребни добро развиени информациски системи што ќе обезбедат повратна информација и контролни податоци, неопходни за добар менаџмент. Доброто управување подразбира одговорност и координација на сите владини нивоа и невладини организации (НВО), како и учество на добро информирани медиуми и силни стручни и кориснички организации. Не помалку важна е и јасната претстава кај поединецот за одговорност за сопственото здравје, а на здравствениот работник за човекољубива, високо квалитетна и професионална заштита.

ЕВОЛУЦИЈА НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

Многу промени сигнализираа потреба за трансформација кон Ново јавно здравство. Религијата, иако сè уште главна политичка сила во

многу земји, не е веќе централен организациски фактор во повеќето општества. Општествата еволуираат од големи семејства и племиња во рурални друштва, градови и национални влади. Со растежот на урбаните заедници, а подоцна и повеќенационалните економски системи, здравјето на поединецот стана повеќе од локален проблем. Човекот веќе не е жител на селото, градот или земјата во која живее, туку жител на “глобално село”.

Земјоделските револуции од 15-от до 17-от век, придонесуваат за зголемено производство на храна, но дури многу подоцна се поткрепени со сознанија за исхраната како јавно-здравствено прашање. Научната револуција од 17-от до 19-от век изнајде начини за опишување и анализа на ширењето болести и негативните последици на индустриската револуција, метежот од луѓе и загадувањето на околината. Во средината на 20-от век, новата земојделска “зелена револуција” во голем дел ја намали недоволната снабденост на светот со храна, но дури сега останува да се плати еколошката сметка.

Овие, и многу други општествени промени обработени во Поглавје 1, му овозможуваат на јавното здравство да ги прошири своите потенцијали и хоризонти, додека од друга страна ја развива својата прагматична и научна основа. Организираното јавно здравство на 20-от век се покажа ефикасно во намалувањето на негативните ефекти од заразни заболувања и подобрувањето на начинот на живот и долговечноста. Во последниов половина век, хроничните заболувања стануваат водечка причина за морбидитет и морталитет во развиените, а сè повеќе и во земјите во развој. Растечките научни и епидемиолошки сознанија го зголемуваат капацитетот за справување со овие болести. На многу аспекти на јавното здравство може да се влијае преку личното однесување и здравствените ризици. Ова бара многу покомплексни интервенции на личниот начин на живот, како и на факторите на средината, заедницата и општеството.

Хроничните болести застапаа во фокусот на она што се нарекува епидемиолошко поместување. Во исто време, настапува револуција во економијата и управувањето со здравствените системи предизвикана од брзо растечките трошоци и речиси универзално признаеното право на здравствена заштита со разумен квалитет. Ова ги вклучи здравствените работници во менаџмент и економика на здравствениот систем. Концептите на цели, приоритети, искористеност и евалуација, станаа дел од агендата на Новото јавно здравство. Сфаќањето како еволуирале овие концепти, му помага на идниот здравствен работник или раководител да се справи со комплексниот сплет на наука, хуманост и ефикасна распределба на средствата, за достигнување повисоки здравствени стандарди и справување со нови проблеми кои се јавуваат во широкиот спектар на Новото јавно здравство за 21-от век.

ЗДРАВЈЕ И БОЛЕСТ

Здравјето може да се дефинира од многу аспекти, од наједноставните примери со податоци за морбидитет и морталитет, па сè до идеализираните верзии на човечко и општествено совршенство. Една оперативна дефиниција на здравјето е: состојба на рамнотежа на личноста со биолошката, физичката и општествената средина, при максимална функционална способност. Преку оваа дефиниција здравјето е претставено како состојба на анатомски, физиолошки и психолошки интегритет и оптимална функционална способност во семејството, на работа и во општеството (вклучувајќи и справување со стресните ситуации), чувство на добросостојба и ослободеност од ризик за заболување и предвремена смрт.

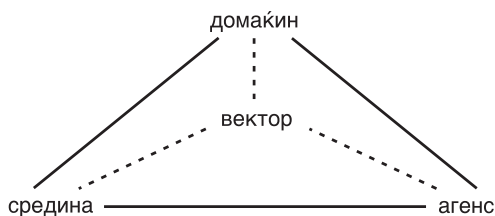
Постојат многу фактори поврзани со болеста и справувањето со неа. Во 1878 година, Клод Бернар ја опишува појавата на приспособување и адаптација на внатрешното милие на личноста кон физиолошките процеси. Овој концепт е фундаментален за медицината. Тој е исто така важен за јавното здравство, бидејќи разбирањето на спектарот настани и фактори меѓу здравје и болест, е основа во идентификацијата на факторите што придонесуваат за нарушување на рамнотежата, како и за барање начини на можна интервенција со кои би се вратила рамнотежната здравствена состојба.

Во времето на Хипократ и Гален се сметало дека болестите се резултат на расположение и мијазма, или зрачења од средината. Мијазма теоријата, иако всушност неоснована, била прифатена од почетокот до средината на 19-от век, со практични мерки за подобрена санитација, домување и општествени услови, и тоа со голем успех. Опонирачката теорија на микроорганизми, која ја поставија пионерските епидемиолози (Панум, Сноу и Бад), научници (Пастер, Кон и Кох) и лекари (Листер и Семелвајс), доведе до појава на бактериологијата и револуција во практичните јавно-здравствени мерки. Комбинираната примена на овие две теории е основа на класичното јавно здравство, со големи придобивки во контролата на заразните болести.

Парадигма: домаќин-агенс-средина

Во парадигмата за домаќин-агенс-средина, штетниот агенс минувајќи низ прифатлива средина доаѓа во контакт со подложен домаќин, на тој начин предизвикувајќи специфична болест. Оваа парадигма доминира во јавно-здравствената мисла до средината на 20-от век. Домаќин е лице коешто е заболено или изложено на ризик да заболи од одредена болест. Агенс е организам или директна причина на болеста. Средина се однесува на надворешните фактори кои влијаат на домаќинот, неговата подложност и преносителот-векторот кој го пренесува агенсот од средината до домаќинот. Со ова се објаснуваат причините и ширењето на многу болести. Вектор е начин на пренос, по кој агенсот

стигнува до домаќинот со посредство на средината. Оваа парадигма (слика 2.1) ги обединува контагион и мијазма теориите за настанување на болестите. Специфичен агенс, метод на пренос, и подложен домаќин стапуваат во интеракција и се доминанти на заразноста и сериозноста на болеста. Средината може да содржи преносител или вектор на инфективен (или токсичен) агенс, а може да содржи и фактори на подложност на домаќинот, на пример сиромаштија, ниско образовно ниво и сл.



СЛИКА 2.1 Парадигма домаќин - агенс - средина

Проширена парадигма: домаќин-агенс-средина

Проширената парадигма на домаќин-агенс-средина ја дообјаснува дефиницијата за секој од трите елементи (слика 2.2), заради различната епидемиологија на акутни заразни и хронични незаразни болести. Во втората половина на 20-от век оваа проширена парадигма на домаќин-агенс-средина добива голема важност во справувањето со збирот фактори врзани за хроничните заболувања, во моментов водечки причини за болест и предвремена смрт во развиениот свет, а со растечки тренд и во земјите во развој.



СЛИКА 2.2 Проширена парадигма домаќин - агенс - средина

Интервенциите за промена на фактори кои влијаат на домаќинот, средината или агенсот се суштина на јавното здравство. Кај контролата на заразни заболувања, биолошкиот агенс може да се отстрани со пастеризација на прехранбените производи или со филтрација или дезинфекција (хлорирање) на водата за пиење, со што ќе се спречи преносот на водопреносливите болести. На домаќинот може да се влијае со имунизација, со што ќе стекне отпорност кон инфективниот агенс. Средината може да се измени со уништување на векторот или неговиот резервоар, заради спречување на трансмисијата. Комбинација од овие активности се употребува како борба против некој организам или болест.

За болестите за кои постои вакцина понекогаш се потребни и рутински и специјални активности за обезбедување групен имунитет, со што се заштитува и поединецот и заедницата. За другите заразни заболувања за кои не постои вакцина, на пример маларија, контролата подразбира широк спектар активности, како што се идентификација на заболелите, нивно лекување, како и намалување на резервоарот на предизвикувачот кај населението и контрола на преносителот, односно популацијата комарци. Контролата на туберкулоза бара не само идентификација на заболелите и нивно лекување, туку и разбирање на општествените фактори што придонеле за болеста, како и на состојбите каде туберкулозата е придружна болест (злоупотреба на дрога, СИДА), отпорност на агенсот кон терапијата и неможност на пациентите да го завршат лекувањето без надзор. Сексуално-преносливите болести, за кои исто така не постои вакцина, може да се спречат со комбинација на промени во однесувањето, здравствено образование, медицинска заштита и вешта епидемиологија.

Кај незаразните заболувања интервенцијата е уште посложена и опфаќа фактори на човековото однесување и широк спектар правни, административни и образовни прашања. Може да постојат повеќе фактори на ризик кои имаат надополнувачки ефект во настанокот на болеста и кои може да бидат потешко менливи во споредба со факторите кај заразните заболувања. На пример, пушењето е фактор на ризик за рак на белите дробови, но изложеноста на азбестни влакна е дополнително влијание. Намалувањето на изложеност на азбестни влакна е можеби полесно остварливо од престанувањето со пушење. Еднакво проблематично е намалувањето на траумите предизвикани од болест или смрт.

Состојбите на единечна позната причина од која настанува болеста се од големо научно и практично значење за современото јавно здравство, бидејќи овозможуваат директна интервенција, како што е примена на вакцина или антибиотско средство за заштита или лекување на поединецот од зараза со специфичен организам. Кумулативниот ефект на неколку фактори на ризик или фактори кои придонесуваат за болест исто така се од големо значење кај многу болести, како што е туберкулозата од заразните, и кардиоваскуларните од хроничните заболувања.

На здравјето на поединецот влијаат како внатрешни, така и надворешни фактори на ризик. Под внатрешни фактори се подразбираат биолошките фактори, односно оние што поединецот ги наследува и животните навики што ги стекнува, како што се пушење, прејаднување или друго ризично однесување. Надворешни фактори кои влијаат на здравјето на поединецот се околината, социоекономската и психолошката состојба на личноста, семејството и општеството во кое тој/таа живее. Образованието, културата и религијата се исто така фактори кои придонесуваат за здравјето на поединецот и заедницата.

Постојат фактори поврзани со здравјето на поединецот во кои општеството или заедницата може да игра директна улога. Еден од овие е обезбедувањето медицинска заштита. Друг фактор е воведување безбедносни и заштитни мерки во околината и заедницата со кои ќе се намалат шансите за повреда и болест, како на пример флуорирање на водата за пиење заради подобрување на денталното здравје и закон за појаси и шлемови заради намалување на сообраќајните повреди и незгоди. Овие модифицирачки фактори може да го изменат одговорот на поединецот или ширењето епидемија (види Поглавје 3). Терминот епидемија може, исто така, да се однесува и на хронична болест, бидејќи некои општи фактори на ризик може да предизвикаат зголемен број случаи на некоја болест кај подложна популациска група, во однос на состојбата пред појава на факторот на ризик, или во однос на неизложена група.

ПРИРОДНА ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА

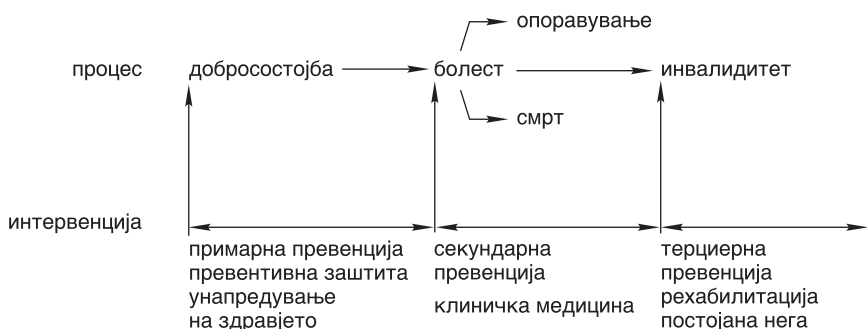
Болеста е динамичен процес кој ги опфаќа не само причините, но и сериозноста на болеста и ефектите од интервенцијата наменета за модифицирање на исходот. Познавањето на природната историја на болеста е фундаментално за сфаќање каде и со кои средства една интервенција има најголеми шанси за успешно прекинување или промена во процесот на болеста кај пациентот, семејството или заедницата.

Природна историја на болеста го опфаќа целиот тек на болеста од нејзино иницирање до разрешување. Ова подразбира фактори врзани за нејзиното започнување, клинички тек кој води до излекување, продолжено лекување или долготрајни последици (понатамошни фази или компликации на болеста), еколошки и внатрешни фактори (генетски или стекнати) и нивните ефекти во сите фази на болеста. Ефектите од интервенцијата во која било фаза на болеста се дел од процесот на болест (слика 2.3).

Како што е погоре кажано, кај поемец се јавува болест кога агенс, домаќин и средина ќе стапат во взаемна интеракција за да предизвикаат состојба на нарушено здравје. Агенсот може да биде инфективен организам, хемиско влијание, генетски дефект или состојба на недостаток.

Форма на индивидуално или општествено однесување може да доведе до повреда или болест, како на пример невнимателно возење или ризично сексуално однесување. Домаќинот може да биде отпорен или подложен, во зависност од многу фактори на општеството и околината. Во фактори на околината спаѓаат вектори, како комарецот што ја пренесува маларијата, контаминирана игла употребена од повеќе корисници на дрога, боја неисчистена од олово или семејно малтретирање.

Ако природната состојба е “добро чувствување”, односно оптимално здравје или чувство на добросостојба, функционалност и отсуство на болест, тогаш процесот на болест, заразна или незаразна, по започнувањето следи некој карактеристичен и предвидлив тек, познат во клиничката и епидемиолошката практика. Претклиничките настани и предиспозиција може да се откријат преку клиничка историја, со одредување на ризиците и евентуалната изложеност или присуство на други фактори на ризик. Интервенциите, пред и во текот на процесот, се наменети да влијаат на подоцнежниот развој на болеста.



СЛИКА 2.3 Болест и интервенција

Клиничкиот тек на болеста или нејзините лабораториски и радио-лошки наоди, може да се изменат со медицински или јавно-здравствени интервенции, кои ќе доведат до излекување или продолжување на болеста со помали и не толку сериозни секундарни последици. Така, интервенцијата станува дел од природната историја на болеста. На природната историја на заразна болест кај населението ќе влијае и степенот на вакцинација или изложеност на заедницата. Ова особено се однесува на децата, бидејќи возрасните се веќе отпорни од претходна изложеност или вакцинација. Сипаници и дифтерија, пред сè детски болести, денес во голем степен ги напаѓаат и возрасните, поради низок природно стекнат имунитет или неотпорност како резултат на несоодветна вакцинација во детството.

Кај хроничните болести се прават големи трошоци на сметка на пациентот и здравствениот систем, како резултат на неадекватна превентивна заштита или следење на пациентот. Со добро водење на паци-

ентот може да се одложат сериозни компликации од дијабет. Ако пациент со хронична опструктивна белодробна болест или конгестивна срцева болест во напредна фаза, добива внимателно избрана терапија, имунизација против грип и пневмонија или други мерки, неговата состојба може да остане стабилна. Ако ова не се почитува, на пациентот секако ќе му биде потребна подолга и поскапа терапија. Неуспехот во давање адекватна нега може скапо да го чини здравствениот систем и воедно да биде заканувачки по животот на пациентот.

Како и кај поединецот, појавата на болест кај населението е резултат на многу фактори што се преплетуваат, а интервенциите влијаат на природниот тек на болеста. Епидемиолошката структура на една заразна болест може да се согледа преку нејзината застапеност во населението, исто како и преку текот на болеста кај поемеинец. Класичниот опис на сипаници на Панум во средината на 19-от век на Фарските острови, ја покажува преносливата и епидемска природа на болеста, како и заштитниот ефект на стекнат имунитет.

ОПШТЕСТВОТО И ЗДРАВЈЕТО

Здравјето на населението, исто како и здравјето на поединецот, зависи од општествени и генетски фактори, како и од фактори на ризично однесување и медицинска служба. Социјалната нееднаквост во здравството е разгледувана и документирана во јавното здравство со векови. Извештаите на Чадвик и Шатук во периодот од 1840-1850 година, ги документираат врските меѓу сиромаштијата, лошите санитарни, станбени и работни услови и високиот морталитет, и ја нафрлаат идејата за социјална епидемиологија. Политичките и социјалните идеологии сметаат дека благосостојбата, во која влегува и универзален здравствен систем од еден или друг вид, ќе ги отстрани социјалните и географските разлики на здравствената состојба.

Од воведувањето задолжително здравствено осигурување во Германија во 80-тите години на 19-от век, до неуспешниот обид во САД за национално здравствено осигурување во 1995 година (види Поглавја 1 и 13), социјалните реформи за намалување на разликите во здравството се фокусираат на подобрување на достапноста на медицинско и болничко лекување. Бидејќи речиси сите индустријализирани земји воведоа вакви системи, нивниот придонес за подобра здравствена состојба е битен дел од општествениот напредок, особено во Втората светска војна.

Но дури и во општествата со универзална достапност на здравствената заштита, кај категории со полош социоекономски статус се забележуваат високи стапки на морбидитет и морталитет од повеќе болести. Во Црниот извештај (Black Report) (напишан од Даглас Блек, заб. прев.), во Велика Британија во 80-тите години од 20-от век, се наведува дека кај населението во класа V (неквалификувани работници)

се забележува двојно поголема вкупна и специфична смртност во однос на населението од класа I (професионалци и бизнисмени) за речиси сите категории болести, од смртност кај доенчиња до малигни заболувања. Извештајот беше шокантен, бидејќи сите Британци имаат пристап кон НЗС од неговото воспоставување во 1948 година, со целосен спектар бесплатни услуги, добра комуникација со општи лекари и солидно специјализирано лекување. Овие резултати наметнаа повторно разгледување на социјалните фактори за кои порано се сметаше дека се само од академски интерес на медицинските социолози и антрополози и дека се споредни за медицинската служба.

Иако епидемиологијата на кардиоваскуларните заболувања е директно врзана за класичните фактори на ризик, како пушење, лоша исхрана и физичка неактивност, различните стапки на смртност кај британските службеници не се целосно објасниви со овие фактори. На разликите влијаат и социјалните и економските услови, кои се поврзани со психолошките потреби на поединецот, како што е степенот на контрола врз сопствениот живот. Физичките работници (работници во сино) имаат помала контрола врз својот живот наспроти канцелариските службеници (работници со бела јака) и кај нив се забележува повисока стапка на смртност од коронарни заболувања отколку кај луѓето од повисоките општествени слоеви.

Социјалните услови влијаат на застапеноста на болестите во сите општества. Во САД и Западна Европа, повторната појава на туберкулозата во градските средини е значаен јавно-здравствен проблем, пред сè поради високоризичните групи кои се резултат на сиромаштијата и отуѓеноста во општеството, како во случаите на бездомништво, злоупотреба на дрога и ХИВ инфекција. Во Источна Европа и поранешниот Советски Сојуз, повторната појава на ТБ е резултат на различни општествени и економски фактори во раните деведесетти години на 20-от век, вклучувајќи и ослободување голем број затвореници. И во двата случаи, дијагнозата и препишаната терапија се несоодветни и заедницата е подложна на голем ризик од развој на видови туберкулозен бацил, резистентни кон антибиотици (кои лесно се пренесуваат преку неадекватно лекувани пациенти во улога на човечки вектори).

Студиите за социоекономскиот статус (СЕС) и здравјето се применливи и важни во многу сфери. Во округот Аламеда, Калифорнија, разликите во смртноста од малигни заболувања на црнечкото и белото население се незабележителни ако се врши споредување на социјално-класната припадност. Триесет-годишното следење на населението во округот покажа дека во Калифорнија, семејствата со ниски примања почесто имаат физички и душевни проблеми кои влијаат на секојдневниот живот и натаму ја влошуваат нивната сиромаштија.

Студии вршени во Финска и други земји покажуваат дека жените со понизок СЕС поретко користат превентивна дијагностика, како што е Папаниколау тестот за рак на грлото на матката, одошто жените со

повисок СЕС, иако се изложени на поголем ризик за заболување. Факторите што доведуваат до нееднаквости на СЕС се поврзани со разлики во ризичното однесување, социоемотивниот стрес, професионални фактори, како што се изложеност на токсични материи, чувство на недоволна контрола врз сопствениот живот и несоодветни системи за социјална поддршка од семејството и заедницата.

Здравјето и болеста се повеќефакторски и факторите на ризик врзани со нив бараат од здравствените системи да ги земат предвид социјалните, физичките и психолошките елементи кои го ограничуваат ефектот дури и на најдобрата медицинска заштита. Ова се однесува на интервенциите на здравствениот работник и пошироко, на здравствениот систем, надополнети со превенцијата и јавното здравство. Парадигмата домаќин-агенс-средина влегува во нови, пошироки рамки, во кои социополитичката средина и организираниите напори за интервенција влијаат на епидемиолошкиот и индивидуалниот тек на болеста. Здравствениот систем е наменет да влијае врз појава или исход од болеста, директно, со примарна превенција и лекување, или индиректно, со намалување на факторите на ризик на кои е изложен поединецот или заедницата.

Влијанието на социјалната положба врз здравјето може делумно да се балансира со интервенциите наменети за промовирање здрави услови, на пример подобрена санитација, или преку правилно користење и достапност на здравствените услуги. За спречување болест или нејзини компликации може да бидат потребни физички промени на средината, како на пример, отстранување на рачката за пумпање вода на Брод Стрит, со цел да се спречи епидемија на колера во Лондон, или промена во начинот на исхрана кај пелаграта, како што предлага Голдбергер. За здравствената состојба на населението е важен општествениот контекст, односно вработување, социјална сигурност, образование на жените, рекреација, семејни приходи, трошоци на живот, домување или бездомништво. Распоредот на приходите во една богата земја може да има големи разлики меѓу повисоките и пониските социоекономски групи, што се одразува на здравствениот статус. Новото јавно здравство има обврска да пропагира општествени услови кои ќе придонесуваат кон добра здравствена состојба.

НАЧИНИ НА ПРЕВЕНЦИЈА

Кога ќе се дефинира целта за превенција на една болест, следен чекор е идентификување соодветни и целисходни методи за постигнување на истата, или изработка на стратегија со тактички цели. Со неа се одредува методот на работа и средствата потребни за стигнување до целта. Методите на јавното здравство се поделени во следните категории: унапредување на здравјето и примарна, секундарна и терциерна превенција.

Унапредување на здравјето

Унапредување на здравјето е водечки концепт кој подразбира активности наменети за зајакнување на здравјето и добросостојбата на поединецот и заедницата. Се стреми кон зголемување на вклученоста на поединецот и заедницата во контрола на сопственото здравје. Делува во насока на подобрување на здравствената и социјалната благосостојба и намалување на детерминантите на болест и факторите на ризик кои го уназадуваат здравјето, добросостојбата и продуктивните капацитети на поединецот и општеството, при тоа поставувајќи цели во зависност од големината на проблемот и можноста за успешна интервенција на најекономичен можен начин.

Унапредување на здравјето е клучен елемент на Новото јавно здравство, применлив на ниво на заедница, клиника, болница и сите други здравствени служби. Некои од активностите за унапредување на здравјето се владини интервенции, како на пример: воведување задолжително

РАМКА 2.2 НАЧИНИ НА ПРЕВЕНЦИЈА

Унапредување на здравјето: поддржување индивидуални и општо прифатени стандарди на однесување за подобро здравје, промовирање законска регулатива, општествени или еколошки услови кои го намалуваат ризикот на поединецот и заедницата и креирање здрава животна средина.

Примарна превенција: спречување појава на болест.

Секундарна превенција: рано дијагностицирање и обезбедување брзо и соодветно лекување за спречување прогрес на болеста или за скратување на траењето и превенција на компликации од веќе постоечка болест.

Терциерна превенција: спречување долгорочни последици и инвалидитет; враќање и одржување оптимална функционалност по стабилизирањето на процесот на болеста, односно промовирање функционална рехабилитација.

носење појаси при возење, задолжителна имунизација во предучилишна возраст, обврска за дополнување со неопходни витамини и минерали на основните прехранбени производи заради превенција на состојби на недостаток кај ризични популациски групи и задолжително давање витамин К на новороденчиња заради превенција на хеморагична болест. Поставувањето стандарди за храна и лекови и зголемениот данок за цигари и алкохол заради намалување на употребата се исто така дел од унапредувањето на здравјето. Оваа категорија активности ги спроведуваат лица од различни професии преку низа институции.

Подигањето на свеста и информирањето на луѓето за здравствените и секојдневните фактори на ризик претставува едукација на млади луѓе за опасностите од сексуално-преносливи болести (СПБ), пушење и злоупотреба на алкохол, за да се намалат ризиците на социјалното однесување. Може да вклучува и дисеминирање информации за здрава исхрана, на пример: потребата од фолна киселина кај жени на репродуктивна возраст и мултивитамински препрати кај постари лица. Ставот и стандардите на заедницата и стручните лица влијаат на однесувањето на поединецот. Унапредувањето на здравјето се обидува да создаде клима на знаење, ставови, верувања и навики коишто се стремат кон подобар здравствен исход.

РАМКА 2.3 ЕЛЕМЕНТИ НА УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

1. Во однос на здравствените прашања, го гледа населението во целина, во секојдневниот живот, како и луѓето изложени на ризик од специфични болести;
2. Насочува активности кон факторите на ризик или причините за болест и смрт;
3. Дејствува во правец на наоѓање и санирање на факторите на ризик во заедницата, кои негативно влијаат на здравјето;
4. Ги поттикнува факторите кои придонесуваат за подобро здравје на населението;
5. Иницира акции против штетните влијанија, вклучувајќи комуникација, образование, законска регулатива, фискални мерки, организациска улога, развој на заедниците, и спонтани локални активности;
6. Подразбира и локално учество во дефинирање на проблемите и донесување одлуки за дејствување;
7. Застапува релевантни еколошки, здравствени и општествени стратегии;
8. Го охрабрува учеството на здравствените работници во здравствена едукација и застапување на здравствените интереси.

Извор: Преземено од Светската здравствена организација. *Ошавска Повелба за унапредување на здравјето*, Женева, СЗО, 1986.

Примарна превенција

Примарната превенција се однесува на активности за спречување болест или повреда. Примарната превенција делува и на поединецот и на заедницата. Може да биде насочена кон домаќинот, за зголемување на неговата отпорност кон агенсот (имунизација или престанок со

пушење), или да биде ориентирана кон активности во средината, за намалување на условите погодни за векторот на биолошкиот агенс, како што се комарците кај маларијата. Има многу примери за ова. Имунизацијата на деца спречува појава на болести како тетанус, голема кашлица и дифтерија. Хлорирањето на водата за пиење спречува ширење на цревни заболувања што се пренесуваат со вода. Врзувањето појас при возење го намалува ризикот за сериозни повреди и смрт во сообраќајни незгоди. Намалувањето на количествата огнено оружје ја намалува веројатноста за повреди и смрт во меѓународно, локално или случајно насилство.

Примарната превенција, во рамките на здравствениот систем, вклучува и активности за подобрување на здравствената состојба. Ова може да значи, на пример, поставување стандарди и, не само правилно информирање на лекарите за најсоодветни имунизирачки процедури и современа пренатална грижа, туку и подигање на свеста за нивната улога во превенција на цереброваскуларни, коронарни и други болести, како што е ракот на бели дробови. Во оваа улога здравствениот работник дејствува како учител и водич, дијагностичар и терапевт. Како и унапредувањето на здравјето, и примарната превенција не зависи само од лекарот: и двете се насочени кон едукација на поединецот за самозаштита, главно преку подигање на нивото на свест и информираност на поединецот и заедницата, на тој начин давајќи им поголема моќ за самогрижа, намалување на факторите на ризик и водење поздрав живот.

Секундарна превенција

Секундарната превенција е рано дијагностицирање и третман за спречување компликации од болест. Интервенциите на јавното здравство за превенција на болести подразбира и наоѓање на изворите на болест и примена на мерки за нејзино спречување, како што е случајот со затворањето на Сноувата пумпа на Брод Стрит. Секундарната превенција, меѓу другото, подразбира изолирање и лекување болни, имунизација на контактот за спречување нови случаи на менингит или сипаници. Програмите за размена на игли или делење кондоми по средните училишта, се дел од превенцијата на СПБ и СИДА-та.

Сите здравствени работници имаат улога во секундарната превенција, на пример во превенцијата на удари со навремен и соодветен третман на хипертензија. Дете кое има нелекувана стрептококна инфекција во грлото може да развие сериозни, дури фатални компликации, како што се ревматска треска, ревматски срцеви залистоци и гломерулонефрит. Ако кај еден пациент се дијагностицира покачен крвен притисок, состојбата може да се санира со намалување на телесната тежина, физичка активност, престанок со пушење или земање лекови - мерки кои заедно го намалуваат ризикот од удар. Во случај на повреда, стручна итна помош, безбеден транспорт и добра интензивна нега може да ги намалат шансите за смрт и/или траен инвалидитет. Скринингот и висококвалитетната грижа во заедницата спречуваат компликации од

дијабет, како што се срцеви, бубрежни, очни и периферно-васкуларни промени; може да се спречи и хоспитализација, ампутации и удари, со што се продолжува и подобрува квалитетот на живот. Здравствените системи мора активно да бидат вклучени во секундарната превенција, не само поединечно на ниво на лекар, туку и како организирани системи на заштита.

Терциерна превенција

Терциерната превенција подразбира активности насочени кон домаќинот, но исто така и кон средината, за рехабилитација, враќање и одржување максимална функционалност по стабилизирање на болеста и нејзините компликации. Лице со преживеана цереброваскуларна несреќа или траума, доаѓа во фаза кога активна рехабилитација може да му помогне во враќање на загубените функции, спречување повторување на старите или појава на нови компликации.

Третманот на срцев инфаркт или скршен колк во најново време подразбира рехабилитација во рана фаза, со цел да се обезбеди максимално закрепнување и враќање на функциите. Обезбедувањето инвалидска количка, специјални тоалети, врати, пристап и транспортни услуги за инвалиди, честопати се најбиталните фактори во рехабилитацијата. Јавно-здравствените агенции работат со групи во заедницата, заинтересирани за обезбедување помош за специфични категории болести или инвалидитет, заради намалување на дискриминацијата, отстранување на физичките и социјалните бариери, подигање на свеста во заедницата и финансирање специјална опрема или други потреби на оваа група. Внимателно следење и третман на хроничните болести, како физички така и душевни, се однесува на домашно лекување и соодветен медицински режим на лекови, исхрана, вежби и поддршка. Следењето хронични пациенти за правилно земање лекови, настанати промени и зајакнување на нивната способност за независно извршување дневни активности, се есенцијални елементи на Новото јавно здравство.

ДЕМОГРАФСКО И ЕПИДЕМИОЛОШКО ПОМЕСТУВАЊЕ

Јавното здравство има популациски пристап за постигнување на многу од своите цели. За ова, потребно е утврдување на населението и трендовите на старосно-половата структура. Спречувањето заразни болести кои беа главна причина за морталитет, заедно со намалената стапка на плодност, доведоа до промена во старосната структура на населението или демографска транзиција. Демографските промени во структурата на наталитет и морталитет се важни фактори во промената на старосната структура на населението и доведуваат до зголемен број

лица кои доживуваат длабока старост. Намалената смртност кај новороденчиња, подигање на образовното ниво кај жените, достапноста на контрацептивни средства и други социјални и економски фактори доведуваат до промена во структурата на наталитет, а со тоа и до демографска транзиција - стареење на населението - со големо влијание врз здравствените потреби.

Старосно-половата структура на населението и застапеноста на болестите се заемно поврзани. Промената во епидемиолошката структура, или епидемиолошко поместување, е промена во преовладувачките причини за морбидитет и морталитет. Транзицијата на заразните болести кои стануваат сè поретка причина за морбидитет и морталитет, и нивна замена со хронични и незаразни заболувања, е тренд и во развиените и во земјите во развој. Опаѓањето на смртноста од хронични болести како што се кардиоваскуларните заболувања, претставува нова фаза на епидемиолошката транзиција, која создава старо население со повисоки здравствени стандарди, но исто така и со продолжена поддршка од заедницата и здравствени потреби. Следењето и реагирањето на овие промени се фундаментални задачи на јавното здравство, а подготвеноста за реагирање на нови, локални или генерализирани промени во епидемиолошката структура е од витално значење за Новото јавно здравство.

Општествата се нехомогени во однос на етничката структура, нивото на богатство и другите општествени индикатори. Општество класифицирано како земја во развој, може да има голем број лица со приходи кои стимулираат преухранетост, па структурата на болести ќе вклучува и болести на изобилие, како на пример, дијабет. Од друга страна, богатите општества се одликуваат со популациски групи кај кои се забележува структура на болести, карактеристична за сиромаштијата, како што се лошата исхрана и новороденчиња со ниска телесна тежина.

Следната фаза на епидемиолошката транзиција се јавува во индустријализираните општества од 60-тите години на 20-от век па наваму, со драстично намален морталитет од коронарна срцева болест, удар, а во помала мерка и траума. Толкувањето на ова епидемиолошко поместување сè уште не е целосно разјаснето. Зошто се јавува во западните индустријализирани земји, а не и во поранешниот Советски Сојуз, е прашање чиј одговор е од исклучително значење за иднината на јавното здравство во Русија и Источна Европа. Земјите во развој мора да се подготват за справување со епидемии на незаразни заболувања; сите земји се соочуваат со обновената опасност од заразни заболувања, поради сè поголемата отпорност на микроорганизмите кон антибиотици и појава на нови заразни агенси кои претставуваат голема закана за јавното здравство.

МЕЃУСЕБНА ЗАВИСНОСТ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ СЛУЖБИ

Сите компоненти на здравствената служба може да потекнуваат од различен историски контекст и да работат независно под различна административна управа и систем на финансирање, борејќи се за дел од ограничените средства наменети за здравствена заштита. Честопати, во вакви услови, превенцијата во заедницата добива помалку средства отколку некое скапо лекување. Сликата 2.4 прикажува одреден број здравствени служби во интерактивна спрега, кои им служат на заедницата или одредено население, но вниманието треба да се насочи кон зависноста на овие служби една во однос на друга, и сите во однос на широката мрежа, за подобро искористување на средствата и врамнотезен број услуги за пациентот, клиентот и заедницата.

И клиничката медицина и јавното здравство играат важна улога во примарната, секундарната и терциерната превенција. Секоја може одделно да ја извршува својата функција во заедницата, но оптималниот



СЛИКА 2.4 Здравјето во заедницата како мрежа на услуги за дефинирано население

успех лежи во нивните заеднички напори. Распределбата на средства треба да ги поттикнува управувањето и планирањето во насока на подобрување на оваа соработка. Постои функционална зависност на сите елементи на здравствената заштита. Компонентите на здравствена служба го третираат пациентот или клиентот како централна фигура. Ефикасното искористување на средствата се однесува на извршување најсоодветна услуга за потребите на клиентот. Долгите болнички престои за акутни состојби се резултат на недоволен број служби за домашна нега или центри за поддршка на заедницата. Овој пристап е расипнички, неадекватен за пациентот и прескап за здравствената економија. Поврзаност и рамнотежа на услугите што ќе ги задоволат потребите на клиентот и заедницата водат кон ефикасно искористување на средствата.

Раздвоеноста меѓу организацијата и финансирањето на услугите создава бариери во обезбедувањето соодветна заштита како за заедницата, така и за поединецот. За идната организација на здравствената заштита важен аспект ќе биде меѓусебната зависност на услугите. Онаму каде постои конкуренција за ограничени средства, притисокот за терциерни услуги честопати ја надвладува потребата од програми за превенција на спречливи болести и смртност кај децата. Јавното здравство мора да се гледа во контекст на целата здравствена заштита и мора да преземе влијателна улога во поттикнување превенција на сите нивоа. Клиничката медицина го користи јавното здравство за превенција и здравствена заштита на заедницата, со што се намалуваат негативни ефекти од болест, инвалидитет и зависност од институционална помош.

ДЕФИНИРАЊЕ НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

Спектарот активности на јавното здравство се менува со експанзијата на медицинските науки и јавно-здравствените искуства од промените на концептот за болест и причина. Поглавјево разгледува како ова, заедно со проширените концепти на здравје, придонесе за развој на Ново јавно здравство. Традиционално, здравјето се дефинира како отсуство на болест, болка или инвалидитет, но сè почесто оваа дефиниција се надградува со физичка, душевна и општествена добросостојба. Дефинициите за здравје и болест се основа за барање методи на превенција.

Во 1920 година, Ц.Е.А Винслоу, професор по јавно здравство на Универзитетот Јеил, го дефинира јавното здравство на следниот начин:

Јавното здравство е наука и уметност на (1) превенција на болест, (2) продолжување на животниот век и (3) унапредување на здравјето и ефикасноста, преку организирани напори на заедницата, за:

- (а) санитација на околината;
- (б) контрола на заразните инфекции;
- (в) образование на поединецот за лична хигиена;

- (г) организација на медицинска и болничарска нега за рано дијагностицирање и превенција на болест;
- (д) развој на социјална машинерија за обезбедување секому животен стандард соодветен за одржување на здравјето;
- (ѓ) и обезбедување на овие бенефиции за да му овозможи на секој граѓанин да го ужива своето право на здравје и долговечност.

Извор: Institute of Medicine, 1988. *The Future of Public Health*, Washington, DC, National Academy Press.

Далекусежната дефиниција на Винслоу останува важечка, но неостварена рамка, онаму каде што јавното здравство и клиничката медицина дивергирале во различни насоки. Финансиската изолација и обезбеденоста со медицинска и домашна нега му ја префрли обврската на јавното здравство да ги задоволува здравствените потреби на сиромашното и недоволно опслуженото население, правејќи го тоа со недоволно средства и несоодветно признание.

Во минатото за означување на јавното здравство користени се термините: социјална хигиена, превентивна медицина, медицина на заедницата, социјална медицина и други. Превентивната медицина е комбинација на елементи на јавното здравство и клиничката медицина. Јавното здравство, исто како и здравствениот работник во клиничката медицина, се занимава со поединецот, како на пример во програмите за имунизација. И клиничката медицина делува на полето на превенција кај пациенти со хипертензија или дијабет и со тоа спречува сериозни компликации од овие болести. Превентивната медицина се фокусира на медицинска или клиничка дејност, или она што може да се нарече индивидуална превентивна заштита, со акцент на ризичните групи во заедницата и националните напори за унапредување на здравјето.

Социјална медицина и здравје на заедницата

Социјалната медицина ја набљудува болеста во социјален контекст, но ѝ недостасуваат регулаторните функции и еколошките аспекти на јавното здравство. Здравјето на заедницата имплицира локална форма на здравствена интервенција, додека, јавното здравство многу повеќе имплицира на глобален пристап, со активности на меѓународно, национално, државно или локално ниво. Постојат здравствени прашања за кои не може да се делува на ниво на поединец, семејство или заедница и кои бараат глобални стратегии и интервенциски програми.

Медицинска екологија

Во 1961 година, Кер Вајт (Kerr White) и соработниците ја дефинираа медицинската екологија како истражување што се темели на популациски пристап и кое е основа за квалитетно управување со здравствената служба. Овој концепт го потенцира населението и ги вклучува и оние кои користат и кои не користат здравствени услуги. Поставен е на

претходни трудови за квалитетна заштита, случајни клинички испитувања, медицинска ревизија и испитувања на оската структура-процес-исход. Се осврнува, исто така, и на квалитетот и управувањето со здравствената служба.

Овие прашања наметнаа медицински истражувања на популацијата во која се појавиле клиничките случаи, како и јавно-здравственото истражување со клинички мерки - прашања кои се јавуваат во развојот на здравствената служба, а подоцна и на “медицина заснована на факти”. Ова доведе до формирање Агенција за здравствена политика, истражување и развој, во Одделот за здравство и хумани услуги на САД, како и до формирање соодветни центри во кои, врз основа на “информации засновани на факти”, се користат како механизми за донесување одлуки, односно, клинички прирачници, алгоритми и процедури.

Локално-ориентирана примарна заштита

Локално-ориентираната примарна заштита (ЛОПЗ) е дел од јавно-здравствената заштита кој ја поврзува епидемиологијата на заедницата со соодветна примарна заштита, преку превентивни мерки за идентификуваните приоритетни потреби. ЛОПЗ, воведена во Јужна Африка и Израел од страна на Сидни и Емили Карк и соработниците во 50-тите и 60-тите години на 20-от век, потенцира дека медицинските услуги во заедницата треба да се модификуваат според потребите на населението, дефинирани во епидемиолошката анализа. ЛОПЗ опфаќа активности и едукација во оддалечени краишта, како и клинички превентивни и терапевтски услуги.

ЛОПЗ се фокусира на епидемиологија на заедницата со активен пристап на решавање на проблемите. Ова се разликува од националното или друго планирање, кое некогаш ја губи од вид природата на локалните заболувања или фактори на ризик. ЛОПЗ комбинира клинички и епидемиолошки вештини, ги дефинира потребните интервенции и поттикнува вклученост на заедницата и подобра достапност на здравствена заштита. Се заснова на врски меѓу различни елементи на еден широко-спектарен пакет услуги, фокусирајќи се на социјалната и физичката околина. Мултидисциплинарни тимови и служби за оддалечени места се важни за програмата, а и развојот на заедницата е исто така дел од тој процес.

Во Соединетите Држави, концептот на ЛОПЗ влијае врз планирањето на здравствена заштита во сиромашните подрачја, особено од 60-те години, со формирање здравствени центри финансирани од владата во обид да се обезбеди здравствена заштита во недоволно покриени подрачја. Последниве години во САД, ЛОПЗ сè повеќе е застапена и опфаќа обука на семејни лекари и здравствено планирање во заедницата, на принцип на “пристап на ризик” или како систем на “контролирана грижа”. Всушност, трите пристапи се меѓусебно комплементарни. Со насочувањето на здравствените реформи кон контролирана грижа во

доцните деведесетти години од 20-от век, принципите на ЛОПЗ се важни за унапредување на здравјето и примарна превенција во сите негови делови, како и за терциерна превенција со следење и одржување на здравјето на хроничните болни.

РАМКА 2.4 КАРАКТЕРИСТИКИ НА ЛОКАЛНО-ОРИЕНТИРАНАТА ПРИМАРНА ЗАШТИТА

1. Основни карактеристики:
 - а. Клинички и епидемиолошки квалификации;
 - б. дефинирана популација;
 - в. дефинирани програми за здравствени прашања во заедницата;
 - г. вклученост на заедницата;
 - д. достапност на здравствена заштита - намалување на географските, финансиските, социјалните и културните пречки.
2. Пожелни карактеристики:
 - а. вклопување/координација на куративна, рехабилитациска, превентивна и промотивна заштита;
 - б. широк пристап кој ги опфаќа социјалните и факторите на однесување и животната средина;
 - в. мултидисциплинарен тим;
 - г. мобилност ;
 - д. развој на заедницата.

Извор: Tollman S, 1991. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*, 32: 633-642.

ЛОПЗ потенцира дека сите аспекти на здравствената заштита се поместуваат кон превенција, заснована на мерливи здравствени параметри во заедницата. Преку формални или неформални врски со здравствените служби, ЛОПЗ е дел од дневните активности на здравствените работници и системите на поддршка во заедницата. Американскиот Институт за медицина во 1995 година објави *Извештај за примарната заштита*, каде ја дефинира примарната заштита како “обезбедување интегрирани, достапни услуги на здравствена заштита од страна на клинички лекари, обучени за најголем број индивидуални здравствени потреби, кои развиваат воздржан однос со пациентот и работат во контекст на семејството и заедницата.” Американската асоцијација за јавно здравство ја критикува оваа формулација дека не дава јавно-здравствена перспектива и не ги зема предвид и двата здравствени пристапа: кон

поединецот и кон заедницата. Ова е токму јазот што ЛОПЗ се обидува да го премости.

Заедницата, локална или национална, е место на случување на многу јавно-здравствени интервенции. Односно, разбирањето на карактеристиките на заедницата е витално за успешен локално-ориентиран пристап. Во осумдесеттите години се појавува нова практика на јавното здравство која вклучува мерки за подобрување на здравјето во заедницата, во исто време работејќи на унапредување и заштита на здравјето на поединецот. Спектарот активности за постигнување на овие општи цели е навистина многу широк, од системи за индивидуална здравствена заштита, до активности во заедницата кои се насочени кон здравје и благосостојба на поединецот. Овие подразбираат финансирање и управување со здравствениот систем, евалуација на здравствената состојба на населението и чекори за подобрување на квалитетот на здравствената заштита. Овие, пак, се состојат од активности за унапредување на здравјето преку промена на факторите на ризик во средината; ги промовираат интегративниот и мултисекторскиот пристап и меѓународна тимска работа, потребна за глобален напредок во здравството.

ДЕФИНИЦИЈА ЗА ЗДРАВЈЕ НА СВЕТСКАТА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА

Дефиницијата за здравјето, во повелбата на Светската здравствена организација (СЗО), како состојба на физичка, душевна и социјална благосостојба, имаше аура на утопија и небитност во земјите што се бореа да обезбедат барем минимална заштита во опаѓачките економски, социјални и еколошки услови (рамка 2.5). Во 1977 година поставена е поскупо цел за здравствена состојба, компатибилна со максималната целисходна општествена и економска продуктивност. Треба да разбереме дека здравјето и болеста се наоѓаат на една динамична скала која нè засега сите; задачата на јавното здравство е, со употреба на широк спектар методи, да спречи болест или предвремена смрт и да го подобри квалитетот на живот за потребите на поединецот и заедницата.

Во 60-тите години од 20-от век најголемиот број индустријализирани земји ги фокусираа енергијата и финансиите на здравствената заштита на обезбедување национално осигурување за медицински услуги. Земјите во развој најчесто распределуваа малку средства на овој план. Светската здравствена организација се концентрира на стриктни програми, како искоренување на вариола и маларија или Проширената програма за имунизација и други слични програми. Во исто време, растеше загриженоста дека земјите во развој ставаат преголем акцент на лекувањето и дека посветуваат недоволно внимание на превенцијата и примарната заштита.

Алма-Ата: Здравје за сите

СЗО и УНИЦЕФ спонзорираа конференција која се одржа во Алма Ата, Казахстан во 1978 година и која имаше за цел враќање на улогата на примарната заштита. Алма-Атанската Декларација наведува дека здравјето е основно човеково право и дека владите имаат обврска да го обезбедат ова право за своите граѓани и да развијат соодветни стратегии за исполнување на ова ветување. Овој предлог беше неочекувано добро прифатен во меѓународната јавност. Конференцијата го потенцираше правото и должноста на луѓето да учествуваат во планирање и спроведување на нивната здравствена заштита; пропагираше примена на совре-

РАМКА 2.5 ДЕФИНИЦИИ ЗА ЗДРАВЈЕ И МИСИЈАТА НА СЗО

Светската здравствена организација го дефинира здравјето како “состојба на целосна физичка, душевна и социјална добро-состојба, а не само отсуство на болест или слабост” (Статут на СЗО, 1948).

Во 1978 година, на Конференцијата за примарна здравствена заштита во Алма-Ата, СЗО го поврза здравјето со “општествена и економска продуктивност, во поставување цел која на сите луѓе ќе им овозможи ниво на здравствена состојба со која ќе можат да водат социјално и економски продуктивен живот”. Формулирани се три општи работни програми за периодите 1984-1989, 1990-1995 и 1996-2001 година, како основа за национални и меѓународни активности за унапредување на здравјето.

Во 1995 година, СЗО, согледувајќи ги менливите услови на демографски, епидемиолошки, еколошки, политички и економски план, ги посочи незадоволените потреби на земјите во развој и потребите за управување со здравствените системи во индустријализираните земји, повикувајќи на меѓународна заложба за “постигнување на целите кои ќе направат голем чекор напред кон подобрување на еднаквоста и обезбедување одржлив здравствен развој.”

Предметот на СЗО од 1999 година е преформулиран во: “на сите луѓе ќе им овозможи највисоко можно ниво на здравствена состојба”, како што е дефинирано во Статутот на СЗО, со широк спектар функции во промовирањето на техничка соработка, помагање на владите и обезбедување техничка помош, меѓународна соработка и стандарди.

Извор: *New challenges for public health: Report of an international meeting*, Женева, Светска здравствена организација, 1996 и 1999. веб-страница: www.who.org/about/who.

мени научни, социјални и економски силни технологии. Беше потенцирана и потребата од заедничко делување преку меѓусекторска соработка.

Алма-Атанската Декларација се фокусира на примарната заштита како метод за постигнување достапна здравствена заштита за сите. Овој пристап го воведо Светското здравствено собрание (СЗС) во 1977 година, под мотото “Здравје за сите до 2000 година” (ЗЗС 2000). Ова е појдовна одлука од која има видливи резултати. Многу земји постепено го прифатија движењето за ставање приоритет на примарната заштита, успевајќи да му одолеат на искушението на трошење голем процент од здравствените средства на висока технологија и скапи лекови. Распределбата на истите ресурси во многу поефикасна примарна заштита, како програми за имунизација и подобра исхрана, донесе поголеми придобивки за поединецот и општеството во целина.

Алма Ата обезбеди нова насока во здравствената политика, применлива во земјите во развој, а на различен начин применлива и во развиените земји. Во текот на осудесеттите години, ова влијаеше на националните здравствени политики во земјите во развој, а во помал степен и до развиените земји. На пример, земјите во развој ги прифатија имунизацијата и контролата на дијарејните болести како високо-приоритетни прашања и за само една деценија постигнаа значителен успех во зголемувањето на имунизационската покриеност од 10 на 75%.

Развиените земји ги прифатија овие принципи на еден поинаков начин. Во овие земји примарната заштита директно наметна важни концептиски промени во здравството, вклучувајќи ги здравствените цели на ЗЗС 2000 како дел од планирањето на националното здравство. Овој систематски пристап кон здравјето на поединецот и заедницата е дел од Новото јавно здравство.

Основа на Новото јавно здравство се интеракциите меѓу јавното здравство на заедницата, индивидуалните здравствени услуги и здравственото однесување, како и нивното усогласување. Начинот на организација и управување со здравствениот систем влијаат на здравјето на поединецот и населението, исто како што влијае и квалитетот на работа на здравствените работници. Здравствените информативни системи со епидемиолошки, економски и социодемографски анализи се витални за следење на здравствената состојба и овозможуваат промени во приоритетите и управувањето. Високо професионалниот кадар е неопходен за обезбедување услуги, управување со системот и спроведување важни истражувања и анализи на здравствената политика. Дистрибуцијата на податоци, здравствени информации и обврски помага за обезбедување одговорен и широк пристап кон задоволување на здравствените потреби на поединецот и заедницата. Физичкото, социјалното, економското, па дури и политичкото окружување се важни детерминанти на здравствената состојба на населението и поединецот. За постигнување добросостојба на поединецот во здраво општество потребно е заедничко делување (меѓусекторска соработка) меѓу јавните и невладините или локално-ориентираните организации.

РАМКА 2.6 ДЕКЛАРАЦИЈА ОД АЛМА АТА 1978; РЕЗИМЕ НА ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА (ПЗЗ)

1. Потврда дека здравјето е состојба на целосна физичка, душевна и општествена благосостојба, а не само отсуство на болест или слабост и дека е основно човеково право.
2. Постоечките големи нееднаквости во здравствената состојба на луѓето, особено меѓу развиените и земјите во развој, како и во рамките на една држава, претставуваат заедничка грижа на сите земји.
3. Владите имаат одговорност за здравјето на сопствениот народ. Луѓето имаат право и обврска да учествуваат во планирањето и извршувањето на нивната здравствена заштита.
4. Главна општествена цел е до 2000-та година на сите луѓе да им се обезбеди ниво на здравствена состојба, со која ќе може да водат општествено и економски продуктивен живот.
5. Примарната заштита е неопходна здравствена заштита, заснована на практични, научно издржани и општествено прифатливи методи и технологија.
6. Првостепен контакт на поединецот или семејството со националниот здравствен систем, кој обезбедува заштита и услуги најблиску до местото на живеење и работа, е првиот елемент на континуиран здравствено-заштитен процес.
7. Примарната здравствена заштита еволуира од условите и карактеристиките на земјата и нејзините заедници врз основа на општествени, биомедицински и здравствени услуги и јавно-здравствени искуства.
8. Примарната здравствена заштита ги посочува главните здравствени проблеми во заедницата, обезбедувајќи промотивни, превентивни, куративни и рехабилитациони услуги.
9. Примарната здравствена заштита вклучува:
 - а. едукација за преовладувачките здравствени проблеми и методи за нивна превенција и контрола;
 - б. унапредување на снабдувањето со храна и соодветна исхрана;
 - в. адекватно снабдување со здрава вода за пиење и основна хигиена;
 - г. здравје на мајки и деца, заедно со планирање на семејството;
 - д. имунизација против главните заразни заболувања;
 - ѓ. превенција на локално-ендемски болести;
 - е. соодветно лекување на вообичаени болести и повреди;
 - ж. снабдување со неопходни лекови;
 - з. очекување од сите здравствени работници да работат како здравствен тим.
10. Сите влади треба да формулираат национална здравствена политика, стратегии и планови, да ги мобилизираат политичката волја и средствата и да ги употребуваат рационално за да обезбедат примарна здравствена заштита за сите луѓе.

Во 80-тите и 90-тите години од 20-от век, овие идеи станаа дел од еволуирачкото Ново јавно здравство, поттикнато од епидемиолошките промени, здравствената економија, развојот на здравствен систем со контролирана грижа и претплатничкиот систем. Знаењето и способноста за самозаштита, како и активностите на заедницата за намалување на здравствените ризици, се не помалку важни од улогата на здравствените работници и институционалната грижа. Сите се дел од холистичкиот пристап кон здравјето.

СЕЛЕКТИВНА ПРИМАРНА ЗАШТИТА

Концептот на селективна примарна заштита, пропагиран во 60-тите години од Волш и Ворен, се осврнува на потребите на земјите во развој, од големата понуда да одберат интервенции што ќе имаат најголем позитивен ефект врз здравјето, земајќи ја предвид ограниченоста на средства, односно финансии, објекти и кадар.

Терминот селективна примарна заштита ги дефинира националните приоритети кои се засновани не на најголемите причини за морбидитет и морталитет, туку на општата епидемиолошки значајна состојба за која постојат ефикасни и едноставни превентивни мерки. Во здравственото планирање постои имплицитна или експлицитна селекција на приоритети за намена на средства. Дури и во примарната заштита, изборот на цели е дел од процесот на распределба на средствата. Во современото јавно здравство, овој процес е уште подетален. Земја со ограничени средства и висок наталитет, попрво ќе ги насочи средствата кон здравје за мајките и децата, одошто за геријатриско лекување.

Овој концепт стана дел од микроекономијата на здравствената заштита и проценка на технологијата, разработени во Поглавјата 11 и 15, соодветно, и широко се употребува во поставувањето приоритети и распределбата на средства. Во примарната заштита на земјите во развој многу меѓународни организации најчесто пропагираат исплатливи интервенции, како што се јодирање на солта, орална рехидрациска терапија (ОРТ) за дијарејни заболувања, додаток на витамин А кај децата, програма за општа имунизација и други, кои имаат за цел да спасат стотици илјади животи годишно со малку средства. Во развиените земји унапредувањето на здравјето преку намален ризик за кардиоваскуларни заболувања се ниско-буџетни јавно-здравствени активности кои спасуваат животи и го намалуваат користењето болнички услуги.

ПРИСТАП НА РИЗИК

Пристапот на ризик одбира одредена популациска група врз основа на некој ризик и помага да се одредат приоритетни интервенции за

намалување на морбидитетот и морталитетот. Мерливиот здравствен ризик се зема како параметар за некоја потреба, па пристапот на ризик обезбедува по нешто за сите, а најмногу за оние на кои им е потребно - сразмерно со таа потреба. Во епидемиолошка смисла ова се лица изложени на повисок релативен ризик. Некои групи во населението се изложени на поголем ризик за одредена состојба од останатото население. Проширената програма за имунизација (ППИ), Контролата на дијарејни заболувања (КДЗ) и Акутната респираторна болест (АРБ) се програми на СЗО со пристап на ризик што се наменети за сузбивање на фундаменталните јавно-здравствени проблеми кај децата во земјите во развој.

Јавното здравство посветува значително внимание на здравјето на мајките и децата, поради чувствителноста во овие периоди од животот кон специфични здравствени проблеми. Грижата во бременоста во основа е иста со основната грижа за сите, со континуирано следење на факторите на ризик и поинтензивно набљудување. Пренаталната грижа помага за идентификација на фактори што го зголемуваат ризикот за бремената жена или нејзиниот плод/новороденче. Напорите насочени кон овие специфични ризични групи овозможуваат намалување на морбидитетот и морталитетот. Идентификацијата, процената и справувањето со високо-ризичните ситуации се витални за успешна програма за грижа во бременост/леунство.

Слично на ова, рутинската грижа за доенчиња е осмислена не само да го унапредува здравјето на оваа популација, туку и најрано да ги открие можните индикации на девијација и потребата за понатамошно следење и интервенција, со цел да се спречи влошување на состојбата. Бебињата со ниска телесна тежина се изложени на голем ризик од многу штетни влијанија и нив треба да им се обезбеди посебна грижа. Во рутинската практика, сите новороденчиња се прегледуваат за евентуални вродени недостатоци или конгенитални деформации, како на пример: хипотироидизам и фенилкетонурија. По прегледот, следува испитување и лекување на оние кај кои се откриени клинички недостатоци. Ова е важен елемент на грижата за доенчиња, бидејќи неминовно овој период од животот е ризичен.

Како што ќе видиме во Поглавје 6 и понатаму во книгата, епидемиологијата се фокусира на пристапот на ризик, со рутински прегледи за познати генетски, социјални, професионални и фактори на исхрана и животна средина, кои придонесуваат за заболување од некоја болест. Пристапот на ризик има предност што е специфичен и често се употребува за отпочнување нови програми насочени кон специфични категории потреби. Овој пристап води кон тесно-специјализирани и ригидни програми, кои тешко се вклопуваат во еден поопшт и поширок пристап, но, сè додека универзалните програми се остварливи, програмите со селективни цели се оправдани. Навистина, дури и кога ќе се постигне универзална здравствена покриеност, сè уште постои потреба да се задоволат потребите на оние групи изложени на посебен ризик.

Постигнувањето дефинирани цели значи правење тежок избор. Достапноста и употребата на некои услуги ќе ја ограничи достапноста на други услуги. Постои интеракција, позитивна или негативна, меѓу компетитивните потреби и здравствената состојба на населението.

КАРАКТЕРИСТИЧЕН СЛУЧАЈ

Јавното здравство ги идентификува потребите преку мерење и споредба на појавата или застапеноста на една состојба во одредена популациска група во споредба со друга и ги дефинира целите за намалување или отстранување на ризикот за заболување. Ги одредува начините на интервенција во природната епидемиологија на болеста, и развива програми за намалување па дури и елиминација на таа болест.

Поради меѓусебната зависност на здравствените услуги, како и вкупните здравствени трошоци, неопходно е да се согледаат трошоците и правилно да се распределат средствата за постигнување најдобри можни резултати. Здравствената економија стана фундаментална методологија во одредување на здравствената политика. Трошоците за здравствена заштита, обезбедување услуги, потребите за здравствена заштита или други интервенции за унапредување на здравјето, како и ефикасни начини за искористување на средствата во постигнување на целите, се фундаментални за Новото јавно здравство. Можно е правење грешки при здравственото планирање, ако некои фактори се потценети или преценети. Непотребно голема обезбеденост со една услуга ги намалува средствата за други неопходни инвестирања во здравството. Ако не постои добра превенција на болестите или добар третман за последиците од болест, пациентите ќе користат скапа здравствена заштита или ќе бидат неспособни за извршување на своите активности во општеството. Недоволното инвестирање во унапредувањето на здравјето и примарната превенција, создава поголема зависност од институционалната грижа, што ги зголемува здравствените трошоци. Ова ја намалува и флексибилноста во задоволувањето на потребите на пациентот. Корелацијата меѓу бараните и обезбедените здравствени услуги е важна детерминанта за политичката економија на здравствената заштита. Здравјето и неговото место меѓу националните приоритети се одредени со социјалната и политичката филозофија на владата.

Карактеристичен случај (случај за делување), или оправданост на некоја јавно-здравствена интервенција, е збир на епидемиолошки, економски и јавно-политички фактори (табела 2.1). Секоја болест или група болести бара свој карактеристичен случај за делување. За оправданост на една јавно-здравствена интервенција потребни се доволно докази за појава/застапеност на некоја болест (Поглавје 3), ефикасност и безбедност на интервенцијата, фактори на ризик, безбедни прирачни средства за делување, човечката, социјалната и економската

цена на болеста, политичките фактори и одлуката за ставање приоритет на проблемот. Ова често пати зависи од субјективни фактори, како што е водечката филозофија на здравствениот систем и начинот на кој системот ги распределува средствата.

ТАБЕЛА 2.1 Карактеристични случаи за делување: фактори кои влијаат на оправданоста на јавно-здравствените интервенции

Етика и потенцијал	Проблеми
Право на здравје	очекувања на јавноста и општествени норми
Јавно застапување	засегнати групи, медиуми, поединци
Потреба-епидемиолошка и клиничка	морбидитет, морталитет, функционален инвалидитет, психолошки индикатори
Расположива технологија	документирана ефикасност, безбедност, искуство и достапност
Стандарди - најсовремени	добра јавно-здравствена практика, достигнувања во врвните истражувачки центри, неконсензуално одлучување
Правни ограничувања и обврски	правни и судски одлуки провајдери, контролирана грижа и владата
Трошоци и придобивки	директни трошоци на здравствениот систем, индиректни трошоци на поединецот, семејството и општеството
Прифатливост	медиуми и јавно мислење
Водство	политичко и професионално
Квалитет на живот	оптимизирање на човечкиот потенцијал

Некои процедури се толку добро поставени, што за нив не е потребна дополнителна оправданост за делување и единствено се поставува прашањето за нивно поефикасно извршување. Таков пример е вакцинацијата на бебињата, кој е исплатлива програма за заштита на секое дете и на целото население. Било да е дел од јавните услуги или дел од клиничките превентивни мерки на приватните здравствени работници, имунизацијата на децата е од јавен интерес.

Појава на дијарејно заболување во една градинка е карактеристичен случај за делување и јавно-здравствениот систем мора да одговори со итни мерки, преку избор на најсоодветен начин на интервенција. Како што е веќе кажано, потребата се заснова на клинички и епидемиолошки докази, но исто така и на значењето на интервенцијата во очите на јавноста. Во равенката исто така важни се и расположивата технологија, нејзината ефикасност и безбедност, постоечкото искуство, како и прифатливоста и можноста крајниот корисник да си ја дозволи оваа интервенција. Исто така важни се предусловите за употреба на некоја интервенција. Ако врз основа на епидемиолошки докази се покажува дека некоја превентивна мерка го намалува ризикот кај поединецот или населението, тогаш постои добра причина за примена на таа мерка. Како дел од оправданоста на интервенцијата, мора да се направи и проценка на трошоците и придобивките, што помага при изборот на здравствените приоритети.

На пазарот секојдневно стануваат достапни нови лекови, вакцини и медицинска опрема и секоја од овие новини треба да се испита во рамките на националните здравствени приоритети. Понекогаш, поради големите трошоци, една земја не може да си дозволи да додаде нова вакцина во рутинска имунизација. Но, ако постојат добри медицински докази за вакцината, тогаш може да се употребува само за оние што се изложени на најголем ризик од болеста. Иако од етичка гледна точка се чини неисправно, може да биде неопходно родителите или членовите на семејството да се советуваат посебно да ја купат вакцината. Се разбира, предлогот за посебно купување на вакцината е против принципите на еднаквост и солидарност. Од друга страна, пак, недавањето таков совет на родителите, и покрај сознанието за позитивните ефекти за нивното дете, повторно создава етички проблеми.

Масовните програми за целосен систематски преглед не се ниту исплатливи, ниту пак даваат значителни резултати во намалување на болестите. Во 50-тите и 60-тите години од 20-от век беа воведени рутински општи прегледи како ефикасен метод за рано откривање болести. Од доцните седумдесетти застапени се специфично и селективно насочени прегледи. Ова подразбира дефинирање ризични групи за одредена болест и земање предвид на можноста за делување по откривањето на болеста. Раното откривање на ракот на дојката со рутинска мамографија се покажа како ефикасен метод по 35-та година од животот, а Папаниколау тестот за откривање рак на грлото на матката се изведува според ризични категории.

Треба да се земат предвид и факторите кои придонесуваат за квалитетот на животот. Вакцината против варичела може да биде оправдана делумно заради превенција на заболување или морталитет од оваа болест. Посилен аргумент е дека оваа болест не е толку сериозна, но трае 2 недели, што може да бара од родителите да останат дома со детето, што пак предизвикува економска загуба за родителот и општеството. Оваа вакцина се оправдува и со фактот дека подоцна во животот спречува херпес зостер (варичела). Прифаќањето на вакцината против хепатит Б се заснова на фактите што оваа вакцина спречува рак на црниот дроб и хепарна инсуфициенција кај мал дел од засегнатото население.

Колку случаи на една болест се доволни за да се оправда интервенцијата? Кај некои болести, како на пример полиомиелит, еден или неколку случаи се сметаат за епидемија и секој поединечен случај претставува понатамошна опасност. Единствен случај на полиомиелит индицира дека други 100 лица се заразени, но не покажуваат клинички знаци на болеста. Ваков случај претставува ургентна јавно-здравствена состојба и бара добра организација за решавање на кризата. Со сегашните стандарди се смета дека епидемија на сипаници е последица на недобра јавно-здравствена практика, па дури и кога се работи за неколку случаи.

Проценката на јавно-здравствените интервенции за превенција на болест или намалување на нејзините ефекти бара мерење на болеста кај

населението и нејзиното економско влијание. Не постои едноставна формула за оправдување одредена интервенција, но, во последно време, пристапот на проценка на трошоци и придобивки е неопходен кај секој карактеристичен случај. Понекогаш јавното мислење или политичкото раководство може да се спротивстави на мислењето на професионалната јавност или може да наметне ограничување на политиката или средствата, со што ќе се оневозможи нејзино извршување. Од друга страна, професионалната јавност може да врши притисок за дополнителни средства во рамките на ограничениот буџет за здравствена заштита. И професионалните здравствени работници и јавноста треба да имаат целосен пристап до здравствените информации, за да може да земат конструктивно учество во такви дебати. За одржување на прогресот, системот мора да ги испитува новите технологии и да ги прифаќа или одбива (Поглавје 15).

ПОЛИТИЧКАТА ЕКОНОМИЈА И ЗДРАВСТВОТО

Со еволуцијата на концептот за јавно здравство и зголемувањето на вредноста на медицинската заштита преку научниот и технолошкиот напредок, општествата го идентификуваа здравјето како легитимна област за активности на колективно надавање и владеење. Со овој процес, потребата за управување со средствата за здравствена заштита се дефинираше како јавна одговорност. Во индустријализираните земји со различна политичка позадина, националната обврска за универзален пристап во здравството стана дел од социјалниот етнос. Така, финансирањето и управувањето на здравствените служби стана дел од поширокиот концепт на јавното здравство, а економијата, планирањето и управувањето - дел од Новото јавно здравство (види Поглавја 10-13).

Социјалните, етичките и политичките филозофии имаат големо влијание врз донесувањето одлуки, во кои влегува и распределбата на јавни финансиски и други средства. Инвестирањето во јавното здравство е интегрален дел од социо-економскиот развој. Владите се главен обезбедувач на финансии и менаџмент за развој на здравствена инфраструктура, обезбедување здравствени услуги и системи за наплата во здравството. Тие, исто така, играат централна улога во развојот на здравственото унапредување и уредување на околината, храната и лековите како неопходни за здравјето на заедницата.

Во либералните социјал-демократии, на поединецот му е гарантирано правото на здравствена заштита. Државата ја прифаќа обврската да обезбеди доволна, достапна и квалитетна здравствена заштита. Во многу развиени земји, владата исто така презема обврска да обезбеди средства и услуги што се подеднакво достапни и со висок квалитет. Финансирањето на здравствената заштита може да биде од даночење, распределба или придонеси од работодавецот кон здравственото осигурување.

Услугите може да се финансираат и уредуваат од државата или невладини организации (НВО) и/или приватни услужни механизми. Овие системи распределуваат 6 до 14% од бруто националниот производ (БНП) за здравствени услуги, со тоа што некои влади финансираат дури 80% од здравствените трошоци, како на пример Канада и Велика Британија.

Во марксистичките земји државата ги организира сите аспекти на здравствената заштита, со општа филозофија дека секој граѓанин има право на еднаков пристап до здравствените услуги. Државниот здравствен систем ги сноси и трошоците за истражување, за обука на персоналот и за достава на услугите, дури и кога оперативните аспекти се децентрализирани на локалните власти. Овој модел главно се однесува на советскиот модел на здравствена заштита, но и здравствените системи во поранешните колонии имаат многу слични карактеристики. Во овие системи, освен во Куба, финансирањето на здравството има низок национален приоритет, со распределба на средства под 4% од БНП. На преминот кон пазарна економија во 90-тите, овие земји се соочија со проблемот на влошување на здравствената состојба и транзиција од централизиран кон децентрализиран здравствен систем со распределба на моќта и одговорноста. Промовирањето пазарни концепти во земјите на поранешниот Советски Сојуз може да влијае на достапноста на здравствената заштита и да создаде нова дилема за нивните влади.

Поранешните колонијализирани земји, независни од 50-тите и 60-тите години од 20-от век, и по стекнувањето независност ги задржаа здравствените системи воведени во времето на колонијализација. Повеќето од земјите во развој му даваат на здравството многу низок приоритет во буџетската распределба, со здравствени средства под 3% од БНП. Во 80-тите, во земјите во развој се појави еден тренд кон децентрализација на здравствените услуги, поголема вклученост на НВО и воведување здравствено осигурување. Некои, под влијание на медицинските концепти во државата-колонизатор, го форсираа развојот на специјализирани установи во големите градови, со мало внимание на мнозинското селско население. Советското влијание во некои поранешни колонијализирани земји промовираше државни здравствени системи. СЗО ја поттикнуваше примарната заштита, но распределбата на средства форсираше специјализирани центри во градовите. Израел, како поранешна колонија, го употреби британскиот модел за јавно здравство, како и идејата за фондови за болни и грижа за мајки и деца од централно-европските системи, како главни патишта за развој сè до средината на 90-тите.

Новата растечка конзервативност во индустријализираните земји во 80-тите и 90-тите години, претставува преформулирање на старите вредности во кои пазарната економија и личните социјални вредности се ставени над концептите за општо добро, пропагирани во различна форма од либерализмот и социјализмот. Кај поекстремните форми на овој концепт поединецот е одговорен за сопственото здравје, вклучувајќи и подмирување на трошоците; има право на избор на здравствени работници кои ќе му обезбедат високо-квалитетна персонална здравствена заштита.

Пазарните сили, односно конкуренцијата во финансирањето и обезбедувањето здравствена заштита со пропорционална распределба на услугите врз основа на наплата или приватно осигурување, спремноста и платежната моќ, станаа дел од новата конзервативна идеологија. Ова подразбира дека пациентот (односно потрошувачот) ќе ја одбере најдобрата услуга за неговата/нејзината потреба, а ќе опстане обезбедувачот што најдобро ќе може да ги задоволи очекувањата на потрошувачот. Во нејзината најчиста форма, државата нема никаква улога во обезбедувањето или финансирањето здравствени услуги, освен оние директно поврзани со заштита на заедницата и промовирање здрава средина, без да се меша во индивидуалниот избор. Државата, со минимална регулатива, се грижи да има доволен број обезбедувачи на здравствени услуги и дозволува пазарните сили да ја одредат цената и застапеноста на услугите. Соединетите Држави ја одржуваат оваа политика во високо модифицирана форма, со 85% покриеност на населението со приватно или јавно здравствено осигурување.

Модифицираните пазарни сили се дел од здравствените реформи во многу земји, во обидот не само да обезбедат квалитетна здравствена заштита за сите, туку и да ги намалат трошоците. Пазарната економија во здравствената заштита е скап и крајно неефикасен метод, поради тоа што стимулира инфлација на приходите или буџетот на обезбедувачите на здравствени услуги и фаворизира употреба на високо-технолошки услуги. Дури и во општествата со најразвиена пазарна економија, здравствената економија има големо влијание од многу фактори што се надвор од контролата на потрошувачот или обезбедувачот. Вкупните национални здравствени трошоци во САД рапидно се зголемија, достигнувајќи вредност од 13,7% од БНП во 1996 година, највисок процент од сите земји и покрај сериозниот недостаток на услуги за оние без или со несоодветно здравствено осигурување (приближно 30% од населението). За споредба, во Канада оваа вредност изнесува 9% од БНП, каде постои систем на универзално здравствено осигурување, како дел од јавната администрација. По неуспехот на програмата за здравствен систем на претседателот Клинтон во 1994 година, конзервативниот Конгрес и деловната јавност преземаа чекори за проширување на контролираната грижа, со цел да се стават под контрола трошоците кои резултираа во револуција на здравствената заштита во САД (Поглавја 11 и 13).

Пазарни реформи се спроведуваат дури и во некои “социјализирани” здравствени системи. На нив се гледа како на поттик за постигнување добри индикатори на работењето, како на пример целосна покриеност со програма за имунизација. Други користат контрола на обезбеденоста, односно број на болнички кревети или број на лекари со лиценца, како начин за намалување на непотребното користење услуги кое резултира во зголемени трошоци. Пазарните механизми во здравството не се насочени само кон потрошувачот, но и кон обезбедувачот. Стимулирачките системи на наплата мора да функционираат за да ги заштитат легитимните права на

пациентот, но и обратно - стимулативни методи кои може да го намалат квалитетот на услугата, треба да се избегнуваат. Системот на наплата за услуга промовира висока стапка на користење услуги како што се хируршките. Зголемувањето на приватната практика и наплата од корисниците, може негативно да влијае на групите со средни и ниски приходи, како и на работодавците, поради зголемените трошоци за здравствено осигурување. Системите на контролирана грижа, со исклучок на делот на наплата за услуга, се јавуваат како позитивен одговор на пазарниот пристап. Стимулативните наплатни системи може да бидат модифицирани од владата или осигурителните агенции, со цел да се промовира рационално користење на услугите, како на пример намалување на бројот болнички престои. Пазарно-економскиот пристап влијае на планирањето здравствено осигурителни системи во земјите во развој, кои претходно имале централизирано здравство, како и за повторниот развој на здравствените системи во земјите на поранешниот Советски Сојуз.

Покрај политичките разлики, во 90-тите здравствената реформа стана заеднички фактор за речиси сите здравствени системи, бидејќи секој се стреми кон поголема исплатливост, квалитет на здравствена заштита и универзална покриеност. Новата парадигма на реформата на здравствената заштита сè повеќе наликува на конвергенција на различни системи во заеднички принцип. Националната обврска за постигнување на здравствените цели и унапредување на здравјето наметнува финансирање на здравствената заштита на национално ниво, со регионални здравствени системи и системи на контролирана грижа. Во развиените земји одамна се прифатени национални системи на здравствени услуги или осигурување. Некои влади, како на пример во САД, може да ги осигуруваат само најризичните групи, како постарите лица и сиромашните, оставајќи им можност на работничката и средната класа за приватно осигурување. Природата и насоките на реформата на здравствената заштита, кои ја засегаат покриеноста на населението со здравствени услуги, има централна важност во Новото јавно здравство, поради неговото влијание врз распределбата на средствата и врз здравјето на населението.

ЗДРАВЈЕТО И РАЗВОЈОТ

Луѓе во добра здравствена состојба се поспособни за учење и продуктивни во нивната работа. Одамна е познато дека подобрувањето на животниот стандард придонесува за подобро општо здравје; но, обратното не е секогаш така. Инвестирањето во здравствената заштита не е со висок приоритет во многу земји, каде економските услови го пренасочиле инвестирањето кон “продуктивните” сектори, како што се производство и големи инфраструктурни објекти, хидросистеми и брани, на пример.

Дали здравјето придонесува за економски развој или е само голема ставка во општествените трошоци, е фундаментална дебата меѓу општествено и пазарно ориентираните поборници. Класичната економска теорија, претставена преку пазарно-економската и марксистичката, секогаш гледала на здравјето како на исцрпувач на економијата кој ги нарушува инвестициите потребни за економски развој. Како резултат на ова, во многу земји на здравството му е даден низок приоритет при распределба на буџетот, дури и кога најголемиот дел од финансиските средства е од владини извори. Ваквото убедување меѓу економистите и банкарските институции оневозможува земање кредити за развој на здравството, со објаснување дека тие средства треба да се искористат за отварање нови работни места и подобрување на приходите, пред инвестирањето во здравствена инфраструктура. Следствено, развојот на здравствената заштита е заостанат.

Социјално-ориентираниот пристап гледа на инвестирањето во здравството како на неопходност за заштита и развој на “човечкиот капитал”, исто како што инвестирањето во образованието е потребно за долгорочна економска добивка на државата. Во 1993 година, Светската банка објави еден значаен документ *Извештај за светскиот развој: Инвестирање во здравството*, во кој се пропагира нов економски пристап и каде здравјето, заедно со образованието и општествениот развој, се сметаат за неопходни фактори за економски развој. И покрај тоа што многумина во здравствениот сектор ја согледаа важноста на здравјето за социјално и општествено напредување, неговото прифаќање во водечкото меѓународно развојно банкарство е пресвртна точка за инвестирање во земјите во развој, па и здравството го доби својот дел во зголемените развојни кредити.

Концептот на основен пакет услуги разработен во тој извештај поставува приоритети во земјите со средни и ниски приходи, за ефикасно искористување на средствата врз основа на негативните ефекти од болеста и анализата трошок/добивка од услугите. Овој концепт подразбира превенција и лекување специфични здравствени проблеми. Го дефинира најмалиот пакет неопходни услуги, како на пример еден болнички кревет на 1000 жители, 1 лекар и 2 до 4 болничари на 10.000 жители и преориентирање на владините средства за здравство во насока на еднаква обезбеденост со неопходна примарна заштита за сиромашните и другите запоставени сектори во општеството. Останатите услуги се наречени “дискрециони услуги” и може да бидат финансирани од приватни или јавни извори. Ова е значаен концепт во јавното здравство.

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ: СЛУЧАЈ ЗА РЕФОРМА

Со сè поголемото инволвирање на медицинската заштита во превенцијата и постепеното навлегување во ерата на контролирана грижа,

јазот меѓу јавното здравство и клиничката медицина се намали. Како што веќе е кажано, многу земји се во процес на реформи на нивните здравствени системи. Мотивацијата потекнува делумно од потребата за намалување на трошоците или за проширување на покриеноста со здравствени услуги на недоволно опслуженото население. Земјите без универзална здравствена заштита сè уште имаат забележителни разлики во достапноста или распределбата на услугите и бараат реформа со која ќе ги намалат тие нееднаквости, веројатно под политички притисок да се подобри здравствената заштита. Мотивот, или случајот за реформа, се фокусира на намалување на трошоците, регионална еднаквост или развој на универзален пристап и квалитетна здравствена заштита.

Во некои случаи здравствениот систем може да поткликне во следењето на развојот на превентивната или клиничката медицина. Некои земји ги преразвиле медицинското и болничкото лекување, заборавајќи на важните иницијативи за намалување на ризикот од болест. Процесот на реформи бара поставување стандарди за мерење на здравствената состојба и рамнотежа на услугите за оптимизација на здравјето. Здравствената служба поставува цел за имунизација на 95% од децата со националната програма за имунизација, но потребен ѝ е систем со кој ќе се следат постигнатите резултати.

Здравствениот систем може да е неприспособлив на менливите потреби на населението, поради непостоење или несоодветно користење на здравствениот информациски систем. Како резултат на ова, здравствениот систем може сериозно да згреши во распределбата на средствата, со преголем акцент на болничкото лекување и недоволно внимание на примарната и на превентивната заштита. Сите здравствени служби треба да имаат механизми за правилно собирање и анализа на податоците, потребни за следење на појавата на болести и други здравствени индикатори, како што се искористеност на болниците, амбулантно лекување и структура на превентивна заштита. На пример, Националниот здравствен сервис на Велика Британија, периодично реструктурира делови од системот заради подобрување на ефикасноста на услугите. Ова подразбира организациски промени и децентрализација, со промена на начините на регионална распределба на средствата.

Постојаната еволуција влијае врз демографските и епидемиолошките структури; здравствените системи исто така се под влијание на технолошки, финансиски и организациски промени. Постојано се јавуваат нови проблеми и приоритети кои треба континуирано да се реevalуираат со цел да се изнајдат ефикасни начини за нивно решавање. Реформите може да создадат непредвидени проблеми, како што се професионално и јавно незадоволство, кои мора да се евалуираат, следат и решаваат како дел од еволуцијата на јавното здравство.

ЗАСТАПУВАЊЕ И КОНСУМЕРИЗАМ

Писменоста, слободата на печатот и зголемената загриженост на јавноста за социјални и здравствени прашања придонесоа за развојот на јавното здравство. Британската лекарска заедница во 80-тите години од 20-от век лобира за намалување на продажбата на цин, со цел да се намалат штетните влијанија кај работничката класа. Во доцниот 18 и 19 век, социјалните и санитарните реформи се резултат на организирани групи кои застапуваат некој став и кои влијаат врз јавното мислење преку печатот. Таквиот притисок ги стимулира владите да делуваат во насока на регулирање на работните услови во рудниците и фабриките. Забраната за трговија со робје од страна на Британската морнарица на почетокот на 19-от век е резултат на вакви застапнички групи и нивното делување врз јавното мислење преку печатот. Вакцинацијата против вариола е поттикната од приватно организирани групи граѓани и дури подоцна прифатена од страна на локалните и националните власти.

Застапувањето е дејствување на индивидуалци или групи кои јавно апелираат, поддржуваат, застапуваат или препорачуваат причина за или насока на делување. Улогата на застапувањето во реформските движења на 19-от век е основа за развој на современо организираното јавно здравство. Заслуга на овие групи се реформите на душевните болници, исхраната на морнарите и законите за работни односи, со кои се подобрени работните услови за жените и децата, па дури и промовирање универзално образование и подобрени животни услови за работното население. Реформите на овие и други прашања се резултат на разбранавање на јавната свест под влијание на застапничките групи и јавните медиуми, што речиси без исклучок наметнува донесување политички одлуки во парламентите. Овие реформи во голем дел се мотивирани од стравот од револуција во Европа во средината на 19-от век и почетокот на 20-от век.

Трговските униии, а пред нив и средновековните здруженија, се борат за подобрување на работните услови и намалување на бројот на работни часови, како и за социјални и здравствени бенефиции за нивните членови. Во САД, со колективно преговарање преку трговски униии е постигната целосна покриеност на работното население со доброволно здравствено осигурување. Униите и некои индустриски гранки започнаа со групна претплата - претходник на организациите за одржување на здравјето и контролираната грижа.

Преку подигнување на јавната свест за многу прашања, застапувачките групи вршат притисок врз власта за донесување закони за забрана на пушењето на јавни места, забрана за рекламирање цигари и задолжително носење заштитни шлемови при возење мотоцикл. Застапувачките групи играат важна улога во подобрување на здравјето кај одредени групи пациенти, како на пример кај малигни заболувања, мултипла склероза и таласемии, или за промовирање одредени здравствени прашања како што

РАМКА 2.7 ПЛИМСОЛОВА ЛИНИЈА

Самјуел Плимсол, член на Британскиот парламент избран за пратеник од Дерби во 1868 година, води соло кампања за безбедност на морепловците. Неговата книга *Нашиите морепловци (Our Seamen)*, опишува брод на пловидба, чијшто товар од јаглен и железо е толку тежок, што палубите се речиси потопени во водата. Претоварените бродови, испратени на пловидба од бескрупулозните сопственици, често пати остануваат на отворено море или потонуваат, а сопствениците ги собираат парите од осигурителните полиси, жртвувајќи ги животите на екипажот. Претоварувањето на бродовите е главната причина за честите потонувања и големиот број жртви во британското морепловство. Плимсол се залага за задолжително обележување на максималното ниво на товар на бродовите, за да се спречи запловување на брод со нејасно видлива товарна линија. Мокните бродосопственички сили се борат против ова, но тој успева да издејствува од Кралската комисија, а потоа и од Парламентот т.н. “Плимсолова линија”, односно ниво на безбеден капацитет на карго бродовите. Оваа регулатива е усвоена од американското Биро за бродски транспорт, во форма на Закон за товарна линија во 1929 година, која денес е светски стандард.

е Лалешовата група за поттикнување на доењето. Некои организации финансираат услуги или установи коишто не се покриени со здравственото осигурување. Такви организации што се бројат во стотици во една држава, ја пропагираат важноста на нивната цел и играат значајна улога во усовршувањето и задоволувањето на здравствените потреби на заедницата. Застапничките групи, во кои влегуваат трговски унии, професионални групи, организации на жени, групи за само-помош и многу други, се фокусираат на специфични прашања и даваат голем придонес во унапредувањето на Новото јавно здравство.

Професионално залагање и отпор

Историјата на јавното здравство изобилува со примери за луѓе-пионери чии откритија наидуваат на силен отпор, а понекогаш и насилно отфрлање од страна на конзервативните елементи и заштитените интереси во медицинските, јавните и политичките кругови. Отпорот кон Џенеровата вакцинација, отфрлањето на Семелвајс од колегите во Виена и спротивставувањето на работата на Пастер, Флоренс Најтингел и многу други, би ги обесхрабриле и најсмелите во нивната намера. Отпорот кон Џенеровата вакцинација во некои подрачја трае до доцниот 19 век, но нејзините поборници успеваат постепено да ја преобратат ситуацијата, за тоа да резултира во глобално искоренување на варио-

лата. Овие и други пионерски потези го трасираа патот кон подобро здравје, често судирајќи се со горчлива контроверзност, за подоцна да бидат прифатени како очигледно и единствено решение.

Застапувањето некогаш има поддршка од медицинската јавност, но предизвикува бавна реакција на јавните власти. Дејвид Марин од Кливлендската клиника и Дејвид Коуви, професор по педијатрија на Мичигенскиот универзитет, предложија превенција на гушавост со јодирање на готварската сол. Марин води серија испитувања на риби, а подоцна и контролна клиничка студија на девојчиња од училишна возраст, во периодот 1917-1919 година, со неверојатни позитивни резултати во намалување на гушавоста. Коуи се залага за јодирање на солта, со голема поддршка од медицинската јавност. Во 1924 година успева да убеди еден приватен производител да ја произведе Муртоновата јодирана сол, која набрзо станува многу популарна во Северна Америка. На сличен начин и во Европа започнува да се употребува јодирана сол. Ова е постигнато главно без владина поддршка или легислатива, па состојбите на недостаток на јод и натаму остануваат голем проблем во светот, со приближно 1,6 милијарди заболени лица во 1995 година. Искоренувањето на состојбите на недостаток на јод до 2000 година е поставено како цел на Светскиот самит за децата во 1990 година, а СЗО во 1994 година повика на универзално јодирање на солта.

Стручните институции придонесоа за унапредување на здравјето на децата и жените, професионалното здравје и унапредување на животната средина. Американската академија за педијатрија придонесе за воспоставување и промовирање високи стандарди за грижа за новороденчињата и децата во САД и за здравјето на децата во меѓународни рамки. Акредитација на болниците е децениска практика во САД и Канада, а од неодамна и во Австралија и Британија. Ова многу помогна за подигање на стандардите на болничките установи и услуги, со воведување систематска ревизија на болници, установи за примарна заштита, душевни болници, центри за амбулантно лекување и јавно-здравствени агенции.

Јавното здравство треба да биде свесно и за негативното застапување, понекогаш поттикнато од професионална конзервативност или нечиј економски интерес. Професионалните организации понекогаш пропагираат статус кво ситуација во моменти кога е можна некаква промена. Отпорот на Американската лекарска асоцијација (АМА) и индустријата за здравствено осигурување кон национално здравствено осигурување во САД, е долготраен и успешен веќе неколку децении. Во некои случаи заштитените интереси на една професија може да го блокираат легитимниот развој на друга, како што на пример офталмолозите успешно лобираа против воведувањето на оптометријата, која денес е законска професија.

Ценеровото откритие на вакцина против вариолата брзо е прифатено. Но, силниот отпор на организирани групи противници на вакцинирањето, најчесто предводени од оние кои се спротивставуваат на

РАМКА 2.8 НАРОДЕН НЕПРИЈАТЕЛ

Застапувањето е функција на јавното здравство која е важна за промовирање новитети на ова поле и која понекогаш го става застапувачот на некои интереси во конфликт со воспоставените структури и организации. Еден од класичните примери за оваа функција е драмата на Хенрик Ибзен *Народен непријател* (*An Enemy of the People*), во која главниот јунак, млад лекар, открива дека водата во неговата заедница е загадена. Ова сознание е потиснувано од градските власти, предводени од неговиот брат кој е градоначалник, бидејќи може негативно да се одрази на плановите за развој на туризам во едно мало норвешко гратче на крајот на 19-от век. Младиот лекар е одведен од градот, прогласен за “народен непријател” и потенцијална опасност. Терминот има многу полевиچارско и поопасно значење во Орвеловата 1984 и во тоталитарните режими од 30-тите години до денешно време.

владините интервенции за здравствени прашања и поддржани од лекари со лични финансиски интереси во целата работа, неколку децении го одложија општото прифаќање на вакцинацијата. Флуорирањето на водата за пиење е најефикасна јавно-здравствена мерка за спречување забен кариес, која сè уште наидува на голем отпор, во некои места дури е отстранета по нејзиното воведување, под притисок на добро организирани кампањи против флуорирање на водата. И покрај високиот морбидитет и морталитет предизвикан од оружено насилство, спротивставувањето на законските забрани за поседување приватно огнено оружје е многу силно во САД, бидејќи е предводено од организирани, добро финансирани и политички моќни лобирачки групи.

Прогресот може да назадува онаму каде сите одлуки се носат во затворени дискусии, без јавно консултирање и дебати. Јавно-здравствениот кадар во јавните служби на организираниите владини системи, некогаш нема слобода за промовирање на јавно-здравствената кауза. Но, во таков случај, стручните институции може да послужат како форуми за есенцијална професионална и јавна дебата, потребна за напредок на ова поле. Ваквите институции, како на пример Американската асоцијација за јавно здравство (AAJЗ), ефикасно лобираат во интерес на јавно-здравствените програми и имаат огромно влијание врз јавната применета политика. Во средината на 1996 година, напорите на Секретарот за здравство и хумани услуги на САД, ги обедини водечките структури во јавното здравство со претставници од АМА и академски медицински центри за да најдат заеднички интерес и спремност за унапредување на здравјето на населението.

Застапувањето од страна на јавноста игра особено важна улога во свртувањето на вниманието кон прашања од екологијата. Во 1995 го-

дина, Гринпис, меѓународна група на екологисти, се бореше за спречување на потопувањето нафтена платформа во Северното Море и натера една голема нафтена компанија да најде друго решение за проблемот кое ќе биде помалку штетно за околината. Исто така, оваа организација вложи напори за стопирање на нуклеарните тестирања на Франција во Јужниот Пацифик. Меѓународните протести резултираа во запирање на речиси сите тестирања на атомско оружје. Ваков меѓународен отпор го стопираше масовното убивање фоки во Канада, ловенето китови, а сè уште работи на запирање на уништувањето на Амазонските прашуми.

Меѓународните конференции создаваат општоприфатена клима на преговарање околу здравствените прашања. Меѓународните санитарни конференции во 19-от век се одржувани како одговор на епидемиите на колера. Вакви конференции продолжија да се одржуваат и во 20-от век, во форма на средби за договарање на глобално ниво за прашања кои се над можностите на поединечните земји. СЗО, УНИЦЕФ и други меѓународни организации ја играат оваа улога на долги патеки (Поглавје 16).

Консумеризам

Консумеризам е движење што ги пропагира интересите на потрошувачите на стоки или услуги. Во 60-тите години од 20-от век во САД се појави нова форма на застапување на интересите на потрошувачите, како резултат на цивилните права и антивоеното движење. Главното внимание беше свртено кон животната средина, професионалното здравје и правата на потрошувачот. Рејчел Карсон ја разбранува јавноста, драматизирајќи ги ефектите на ДДТ врз живиот свет и животната средина. Во овој период започнува лобирање за животната средина, па дури и политичко движење во Западна Европа - Зелените.

Ралф Надер (Ralph Nader) ја покажа моќта на застапник или “чкрпало”, кој објавува извештаи за штетни влијанија, за да предизвика јавна дебата околу прашања директно врзани за општата добросостојба. Надер, адвокат за штитење на правата на потрошувачите, разви стратегија за борба против комерцијалните и владините активности и производи што ги загрозуваат јавното здравје и безбедноста. Во неговата книга *Небезбедни при која било брзина (Unsafe at Any Speed)*, објавена во 1965 година, ја критикува американската автомобилска индустрија за форсирањето профит и дизајн за сметка на безбедноста. Ова, во 1966 година, резултира во воведување Закон за национален сообраќај и моторна безбедност, кој поставува безбедносни стандарди за новите возила. По овој закон следуваат серија регулативи и стандарди на создавање и емисија на издувни гасови, како и закон за задолжително носење појас. Надер продолжува да работи на промовирање на правата на потрошувачите на различни полиња, како што се индустријата за месо и живина и рудници за јаглен, и ја пропагира идејата за поголема моќ на владите во регулирање на употребата на пестициди и адитиви,

донесување закони за заштита на потрошувачите, право да се знае содржината на секој производ и други безбедносни стандарди.

Конsumerизмот стана неделив елемент на пазарната економија, а образованиот потрошувач може да влијае на квалитетот, содржината и цената на производите. Сознанијата за значењето на хранливоста за здравјето влијаеше на прехранбените производители да го подобрат пакувањето, декларирањето, збогатувањето со витамини и минерали и да ги рекламираат овие вредности. Ниско-масните млечни производи станаа дел од секојдневието, поради сè поголемата загриженост на јавноста за прехранбените фактори во кардиоваскуларните заболувања. Истиот процес се случи и за безбедни играчки и облека за деца, автомобилски седишта за деца и слично, а донесените регулативи брзо станаа дел од стандардите во индустријализираниот свет.

Волонтерство и вклученост на заедницата

Застапувањето и волонтерството одат рака под рака. Волонтерството се јавува во многу форми, меѓу кои собирање средства за развој или извршување некои услуги, потребни на заедницата. Може да се јави во форма на собирање средства за градење клиника или болници во заедницата, или за обезбедување медицинска опрема за стари или хендикепирани лица. Може да добие форма на доброволна работа на пензионери и тинејџери во болници, како начин за обезбедување услуги кои не се дел од работните задачи на персоналот и за создавање атмосфера на грижа на заедницата за болните, по старите религиозни традиции на грижа за болни. Ова може да биде проширено и со други активности, како што се: поддршка во програмите за имунизација, помош при транспортот на хендикепирани или изнемоштени лица, достава на оброци во домовите и други услуги што не се вклучени во пакетот услуги, што го обезбедува државата, здравственото осигурување или јавно-здравствените услуги.

И вклученоста на заедницата се јавува во повеќе форми. Пионерската улога на организацијата на жени во подобрувањето на писменоста и исхраната во Северна Америка во втората половина на 19-от и почетокот на 20-от век, имаше големи ефекти врз здравјето на нацијата. Застапничката функција е засилена кога една организација ќе мобилизира доброволни активности и средства за промовирање промени или потребни услуги, понекогаш форсирајќи ги официјалните здравствени агенции или осигурителни системи да ги преиспитаат своите ставови и програми за задоволување на потребите.

КОНЦЕПТ НА ЗДРАВСТВЕНО ПОЛЕ

До раните седумдесетти воспоставен е канадскиот систем на регионални планови за здравствено осигурување, поддржани од сојуз-

ната влада. сојузниот министер за здравство, Марк Лалонд, иницираше ревизија на националните состојби во здравството, поради загриженоста од рапидно растечките трошоци. Ова, во 1974 година, наметна воведување концепт на здравствено поле кој го дефинира здравјето како резултат на четири главни фактори: човекова природа, околина, однесување и организација на здравствена заштита. Според овој концепт, начинот на живот и факторите на животната средина имаат голем удел во морбидитетот и морталитетот во современите општества. Концептот стана општоприфатен, поради пропагирање нови иницијативи со акцент на унапредување на здравјето преку подобрување на животната средина и начинот на живот. Спротивно на ова, целосното оддавање на медицинската практика во решавање на здравствените проблеми, може да биде контрапродуктивно.

Концептот на здравствено поле се јави во време кога многу епидемиолошки студии се занимаваа со идентификување на факторите на ризик кај кардиоваскуларните и малигните заболувања, врзани за лични навики, како на пример пушење, исхрана и физичка активност. Концептот инсистира дека јавната стратегија треба да го посочи и начинот на живот како дел од целокупниот напор за подобрување на здравствената состојба. Како резултат, канадската федерална влада го воведо унапредувањето на здравјето како нова активност, која набрзо се пренесе и во правните системи во многу индустријализирани земји.

Постоеше загриженост дека со овој концепт ќе се најде оправдување за пристапот “обвини ја жртвата” според кој, оние кои стекнале болест заради својот начин на живот, на пример пушачи или заболени од СИДА, сами се виновни за болеста. На таков пациент, може да му биде ускра-

РАМКА 2.9 КОНЦЕПТ НА ЗДРАВСТВЕНО ПОЛЕ - МАРК ЛАЛОНД

1. Дефиниција: Здравјето е резултат на фактори поврзани со генетско наследување, животна средина, начин на живот и медицинска заштита. Унапредувањето здрав начин на живот може да го подобри здравјето и да ја намали потребата од медицинска помош.
2. Елементи:
 - а. генетски и биолошки фактори;
 - б. фактори на однесување и ставови (начин на живот);
 - в. околина, вклучувајќи и економски, општествени, културолошки и физички фактори;
 - г. организација на системот на здравствена заштита.

Извор: ЛаЛонд, М. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Ottawa, Information Canada.

тено правото на сите бенефиции од осигурувањето или на услугите достапни за други. Со тоа, би се ограничило лекувањето, што би било неетички во традиционалното јавно здравство, и противзаконски во западните правни системи. Овој концепт, исто така, го оправдува повлекувањето на федералните обврски во поделбата на трошоците и бекството од соочување со контроверзната здравствена реформа во националната програма за здравствено осигурување.

ВРЕДНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА ЗАШТИТА ВО ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

Во текот на 60-тите години од 20-от век, гласноговорните критичари на здравствените системи, како Иван Илич, се запрашаа за придонесот на медицинската заштита кон јавното здравје во 70-тите. Ова наметна големи дискусии со нихилистички пристап кон медицинската заштита, наметнувајќи скептицизам кон вредноста на биомедицинскиот начин на здравствена заштита и антагонизам кон медицинската професија.

Во 1976 година, Томас Мекеон (Thomas McKeown) презентира историско-епидемиолошка анализа со која покажува дека до 50-тите, медицинската заштита има само ограничено влијание врз морталитетот, иако се направени значителни подобрувања на хируршките и акушерските техники. Тој покажа дека бруто морталитетот, кој во Англија е во просек 30 лица на 1000 жители од 1541 до 1750 година, се намалува на 22 лица во 1851, 15 лица во 1901 и 12 лица во 1951 година, кога веќе постои ефикасна медицинската служба. Мекеон заклучува дека подобрувањето на здравствената состојба во последните неколку века се должи на намалената смртност од заразни болести. Тој го поврзува ова со намалување на бројноста на семејствата, зголемени количини храна, подобрена исхрана и санитација, специфични превентивни и терапевтски мерки и општо подобрување на квалитетот на сè поголемиот број елементи на живеењето. Тој предупредува на опасност од ставање преголем акцент на медицинската заштита, која сè уште во голем дел е со непроверена ефикасност.

Овој скептицизам кон биомедицинскиот модел на здравствена заштита е дел од поширока кампања против естаблишментот во Северна Америка во 60-тите и 70-тите години од 20-от век. Во 1984 година, Милтон Ромер укажува дека појавата на вакцини, антибиотици, антихипертензивни и други лекови многу придонесе за подобрувањето на здравствената заштита на бебињата и децата, во контролата на заразни заболувања, хипертензија, дијабет и други состојби. Од научните центри во светот и понатаму пристигаат терапевтски новини. Производителите на вакцини, фармацевтици и дијагностичка опрема и натаму се појавуваат со важни иновации од кои има големи придобивки, но кои исто така ја зголемуваат цената на здравствената заштита. Последново е

едно од прашањата што ја стимулираа потрагата за реформи и рангирање на приоритетите.

Вредноста на медицинската заштита за јавното здравство, и обратно, не е секогаш јасна, ниту на јавно-здравствениот ниту на клиничниот кадар. Достигнувањата на современото јавно здравство во контролата на заразни заболувања, и уште повеќе во намалување на морбидитетот и морталитетот од хронични заболувања како што се удар и коронарна срцева болест, во реалноста всушност се заеднички достигнувања на клиничката медицина и јавното здравство (Поглавје 5).

Превентивната медицина стана дел од севкупната медицинска практика, со превенција на болестите преку рано дијагностицирање и активности за унапредување на здравјето, фокусирани на поединецот и на заедницата. Евалуацијата на факторите на ризик ги одредува начините на следење и интервенирање според потребите на поединецот и на заедницата. Медицинската заштита е круцијална во контрола на висок крвен притисок, како и во намалување компликации и смртност од коронарна срцева болест. Новите начини на лекување го намалуваат морталитетот од прв акутен срцев инфаркт. Подобрената контрола на шеќерната болест спречува рана појава на компликации. Во исто време, придонесот на јавното здравство кон подобрување на исходот од медицинската заштита е подеднакво важен. Контролата на болести за кои постои вакцина, подобрената исхрана и припремата за мајчинство, придонесуваат кон подобро здравје на мајката и детето. Намалувањето на изложеноста на фактори на ризик кај хроничните болести се задача и на јавното здравство и на клиничката медицина. И клиничката медицина и јавното здравство придонесуваат за подобра здравствена состојба и двете се неделив дел од Новото јавно здравство.

ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕЛИ

Во 50-тите години од 20-от век во економијата се јавија многу нови концепти на управување, како на пример - управување по цел, кованица на Питер Друкер (Peter Drucker), разработена во Генерал Моторс, со варијанти како нулто буџетирање, применета во Одделот за одбрана на САД. Активностите на организацијата и буџетот се фокусираат на целите, наместо на распределбата на средствата. Овие концепти се применети и во други сфери, но влијаеја и на здравството, чиј професионален кадар бараше нови начини за здравствено планирање. Логичната примена беше да се дефинираат здравствените цели и да се разработи ефикасна употреба на средствата за постигнување на тие цели. Ова прво се јавува во САД, а набрзо потоа е прифатено и во Европскиот регион на СЗО. И во двата случаи, за дефинирање на целите беа потребни долг процес на дискутирање и постигнување консензус. Дефинираните цели беа прифатени од многу европски земји, сојузни држави, професионални и организа-

ции на потрошувачи. Соединетите Држави развија национални здравствени цели во 1979 за 1990 година, а потоа и за 2000 година, со следење на постигнатите резултати и развој на нови цели за 2010 година. Почнувајќи од 1987 година, Канцеларијата за епидемиолошки програми при центрите за контрола на болести изработува државен здравствен профил, врз основа на 18 здравствени индикатори, предложени со консензус од комисија составена од јавно-здравствени асоцијации и организации.

Процесот бара дефинирање на појавата на болест или фактор на ризик во одредена временска точка (точка А), за што е потребен компетентен систем на набљудување, со пријавување на сите регистрирани случаи со лабораториска потврда и нивно епидемиолошко следење. Дефинирање на целта на програмата (точка Б) бара ефикасен професионален консултативен механизам и стручна дискусија на луѓе во и надвор од оперативните институции. Како и во другите сфери на животот, повлекувањето директна линија помеѓу точките А и Б не е секогаш најцелисходната алтернатива; постигнувањето на целта некогаш бара еден или повеќе индиректни пристапи. Сепак, одредувањето на целите е круцијално за овој процес.

Во 90-тите години се одржаа серија меѓународни конференции од областа на здравството, фокусирајќи го политичкото внимание на обврската кон децата (1990), населението и демографијата (Каиро 1994), светската сиромаштија (Стокхолм 1995) и женските прашања (Пекинг 1995). Влијанието на ваквите конференции и потпишани документи е тешко мерлива големина. Иако е лесно да се биде скептичен и негативен во однос на нивната вредност, тие сепак се охрабрувачки знак дека на националните влади влијаат општите трендови за зголемено внимание при распределбата на средства и планирањето примарна заштита во постигнување меѓународно прифатени цели. Успешната ерадикација на вариолата, проширувањето на имунизационските програми во земјите во развој и поттикнувањето на јодирање готварска сол, покажаа дека таквите цели може да се постигнат.

Здравствени цели на САД

Иако во САД не се постигна консензус за воведување универзална здравствена заштита, сепак има силна традиција на јавно здравство и застапување во здравството. Сојузните, државните и локалните здравствени институции развија пакети на соработка за финансирање и надзор на јавно-здравствените и други услуги. Со сè појасната визија во 70-тите, дека само со медицинска заштита не може да се постигне подобар здравствен статус, здравствените структури во сојузната влада формулираа нов пристап, во форма на развој на специфични здравствени цели на нацијата.

Во 1979 година, Американскиот главен лекар - советник за јавно здравство (*US Surgeon General*¹) објави Извештај за унапредување на

¹ Од нејзиното воведување во 1870 година, оваа функција претрпува повеќе измени во надлежностите и работните задачи. Повеќе детали може да се најдат на официјалната веб страница: <http://www.surgeongeneral.gov/library/history/sghist.htm> (заб. прев.)

ТАБЕЛА 2.2 Здравствени цели на САД за 1999 и 2000 година, со актуелни стапки за 1990 и 1996 година

Здравствена цел	1987 актуел	1990 цел	1990 актуел	2000 цел	1996 актуел
Смртност на новороденчиња (на 1000 живородени)	10,1	9	9,2	7	7,3
Смртност на деца на училишна возраст (1-14 год, на 100.000)	33,7	34	30,8	28	н/п
Смртност на адолесценти (15-24 год, на 100.000)	97,8	94	115	85	89,6
Смртност на возрасни (25-64 год, на 100.000)	426,9	400	406,2	340	н/п

Извор: *Health United States* 1992 и 1998.

здравјето и превенција на болести (*Здрава нација - Healthy People*). Во овој документ поставени се пет општи здравствени цели за 1990 година за секоја од поважните старосни групи, придружени со 226 специфични здравствени потточки. Прегледот на постигнатите резултати е даден во табела 2.2.

Новите цели за 2000 година се поставени во три големи области: продолжување на животниот век, намалување на здравствениот диспарат и обезбедување услови за достапна превентивна здравствена заштита за сите Американци. Овие општи цели се придружени со 297 специфични потточки и 22 здравствени приоритети, секоја од нив поделена на четири главни категории: унапредување на здравјето, заштита на здравјето, превентивни услуги и системи за следење. Со ова е поставена агендата на јавното здравство преку мерливи индикатори кои може да се проценуваат година по година.

Остварувањето на здравствените цели во САД е препуштено од сојузно на државно и локално ниво. Вклучени се и стручни институции, НВО, организации на заедницата и други здруженија. Државите се поттикнути да формулираат сопствени планови за нивно остварување како услов за финансиски средства од сојузната влада, а во многу сојузни држави од окружните оддели за здравство се бара и изработка на локални профили.

Распределбата на обврските ги охрабрува локалните и државните иницијативи за остварување мерливи програмски цели. Овој концепт обврзува на една нова агенда за локален престиж, за која е помалку битна големината на локалната болница или друга установа, отколку постигнатиот низок морталитет на новороденчиња или мал број заразни заболени во однос на соседството.

Европски здравствени цели

Во 1985 година, Европската регионална канцеларија на СЗО ги објави своите цели за ЗЗС 2000 (табела 2.3). Овие цели се усогласени со консензус на земјите-членки. Прикажаните 38 цели се одредуваат

преку мерливи исходи и индикатори на процесот, кои им служат на земјите-членки како упатства при формулирање на применета политика. Целите претпоставуваат дека предуслови за здравје се: ослободеност од страв од војна, еднакви можности за сите, задоволеност на основните потреби, кои подразбираат храна, образование, здрава вода за пиење, хигиена и пристојно домување, сигурна работа и корисна општествена улога, како и политичка волја и поддршка.

Европските здравствени цели им помогнаа на многу земји за редефинирање на здравствената политика и приоритети, давајќи им позначајно место на превенцијата и унапредувањето на здравјето. Неодамнешни извештаи на Европската канцеларија покажуваат сè поголема застапеност на овој концепт во многу земји при здравственото планирање и реален успех во постигнувањето на здравствените цели. СЗО за европскиот регион изготви компјутерска база на податоци Здравје за сите, достапна и на интернет (www.who.dk), за следење на прогресот преку избрани здравствени индикатори за сите земји-членки.

ТАБЕЛА 2.3 Здравствени цели на Европскиот регион на СЗО за 2000 година

Здравствена цел	Начини на делување	Специфично делување
Здравје за сите	намалување на разликите во и меѓу државите	
Општо намалување на појавата на болести	елиминирање на одредени болести	елиминирање на сипаници, полиомиелитис, неонатален тетанус, конгенитална рубеола, дифтерија, конгенитален сифилис, ендемска маларија
Смртност на новороденчиња	ниту една земја со над 40 на 1.000	намалување на <15 на 1.000
Смртност на мајки	ниту една земја со над 25 на 1.000	<25 на 100.000 до <10 на 100.000
Морталитет од кардиоваскуларни и малигни заболувања	намалување на морталитетот кај лица под 65 години	намалување за 15%
Морталитет од сообраќајни незгоди и повреди на работно место	намалување на сообраќајните, домашните и несреќите на работно место	сообраќајни жртви <20 на 100.000; намалување на морталитетот на работно место за 50%
Здрав начин на живот	здрава животна средина зајакнување на индивидуалниот капацитет подобро информираност системи за поддршка специфични фактори на ризик	специфични национални и локални програми унапредување на здравјето подобро исхрана намалено пушење

Извор: СЗО регионална канцеларија за Европа, 1985.

Здравствени цели на Велика Британија

Во 1990-1991 година, Министерството за здравство на Велика Британија иницира консултативен процес во кој требаше да се преиспитаат националната здравствена стратегија и цели (табела 2.4). Здравствената стратегија се фокусира на продолжување на животниот век, а стратешките цели се:

1. Идентификување здравствени проблеми;
2. Фокусирање на промовирање добро здравје и превенција на болести во иста мерка, како и на грижа и рехабилитација;
3. Прифаќање дека здравјето е одредено од цел спектар фактори (генетска наследност, лично однесување, социјални услови, физичка и општествена средина);
4. Прифаќање дека заедничките активности бараат поголема соработка меѓу оние кои се засегнати на национално и локално ниво, во и надвор од НЗС;
5. Обезбедување соодветна рамнотежа меѓу централната стратешка насока и локалната и индивидуална дискреција, флексибилност и

ТАБЕЛА 2.4 Прогресот на Англија кон Здравје за сите 2000

ЗЗС цели на СЗО Европски регион	Направен прогрес во Англија
1. намалување на диспаритетот меѓу и во државите за 25%	разликите меѓу мануелната и немануелната класа постојат, но направен е виден напредок во намалување на морталитетот на новороденчиња
2-4, 6. подобрување на способноста за водење општествено корисен, исполнет живот за општото население и лицата со специјални потреби; 10% зголемување на годините живот без болест и инвалидитет	животен век подолг од целите на ЗЗС. Недостаток на податоци за лицата со специјални потреби; мали промени во само-пријавување на морбидитетот, веројатно поради менливите очекувања
5. контрола на заразни болести; елиминација на сипаници, полио, неонатален тетанус, дифтерија, пертусис, конгенитален сифилис и ендемска маларија	направен е задоволителен напредок; не се забележани случаи на полио од дивидовиди, намалување на појавата на сипаници по прифаќање на вакцината, намалување на конгениталната рубеола и сифилис; поставување координатор за имунизација во секој здравствен регион
7-8. намалување на морталитетот на новороденчиња на <20 на 1.000 и на морталитетот на мајки на <15 на 100.000 живородени	морталитет на новороденчиња 8,4 на 1.000 во 1989 (а 7 во 1992); морталитет на мајки 6 на 100.000 во 1989
9. намалување на кардиоваскуларните заболувања кај лица под 65 год. за 15%	меѓу 1980 и 1989, смртноста од кардиоваскуларни болести опаѓа од 121 на 85 на 100.000 жители; смртноста на исхемија на срце се намалува за 29%, а од срцев напад за 32%

(продолжува)

ТАБЕЛА 2.4 Прогресот на Англија кон Здравје за сите 2000 (*продолжение*)

ЗЗС цели на СЗО Европски регион	Направен прогрес во Англија
10. намалување на mortalитетот од малигни заболувања кај лица под 65 год. за 15%	mortalитетот од сите малигни заболувања кај лица под 65 год. опаѓаат за 8% во 1980-тите; смртноста од рак на бели дробови кај мажи опаѓа за 29%
11-12. mortalитетот од незгоди да се намали за најмалку 25%; стапките на самоубиства треба да се намалат	во Англија, mortalитетот од незгоди е низок, и опаѓа за 19% во 1980-тите; самоубиствата се намалени за 18%
13-17. поттикнување здрав начин на живот: семејство, информираност, исхрана, намалено консумирање алкохол и цигари, намалување на ризично однесување	кај возрасни, пушењето се намалува од 39 на 32%; исхраната содржи помалку масти (масната исхрана се уште висока, со 42% во вкупната исхрана наспроти препорачливите 35%); зголемено учество во спорт/рекреација; зголемена употреба на алкохол и лесни дроги
18-25. заштита на животната средина; локална и меѓународна соработка; контрола на водата за пиење; намалување на загадувањето на водите, воздухот, контаминација на храната и штетни отпадни материи; здрави населби и живеалишта	во оваа област, Англија ги задоволува регионалните критериуми: со Законот за водите од 1989 година е подобрен квалитетот на водите во реките, езерата и крајбрежните води; стандардите за чад, сулфурен диоксид и олово во воздухот, и азотен диоксид се задоволени
26-31. здравствени системи засновани на примарна, секундарна и терциерна заштита; унапредување на здравјето; фокусирање на ризичните и неопфатените групи; координација на локално ниво заради обезбедување квалитетна заштита за поединецот	регионални здравствени власти, институции за семејно здравје и локални здравствени власти ги координираат активностите; за унапредување ефикасно користење на ресурсите и квалитетна заштита, развиен е систем на медицинска ревизија и индикатори на работењето
32-38. истражување и информирање за поддршка на целите, политиките и стратегиите на ЗЗС 2000; планирање и обука; постдипломско образование, процена на технологијата	направен е прогрес во процесот за распределба на ресурсите, администрација, систематизирање на досијата, подобрени стандарди за постдипломско медицинско образование

Извор: државен секретар за здравство, Здравје на нацијата. консултативен документ за здравството во Англија, препечатено 1995.

иницијатива, и да се осигура дека онаму каде одговорностите се делегирани, постои фер, но ригорозно следење на работата и исходот;

6. Обезбедување најдобар можен извор на средства, кој секогаш ќе биде ограничен.

Постојат конкурентни потреби во општеството за кои владата треба да распредели средства, па оттука користењето средства - финансии и кадар - на најдобар можен начин е важна цел. Клучните субјекти за делување се исхемична срцева болест и удар, малигни заболувања, душевни болести, ХИВ, сексуално здравје и незгоди.

Меѓународни здравствени цели

На Светскиот самит за децата одржан во 1990 година присуствуваа челници на 71 држава и на истиот се чувствувахе атмосфера на

општоприфатеност на националните програми за делување (НПА) кон подобро здравје на деца и мајки. Беше посветено особено внимание на потребата од мобилизација на целото општество во постигнување на овие цели, што подразбира соседство, организации на граѓани, религиозни групи, волонтерски агенции, професионални организации, бизнисмени, организирано работно население и универзитети. Националните програми за делување се засновани на мерливи и реални цели и специфични потцели кои се остварливи до 2000 година.

Светскиот самит за децата забележа зголемена поддршка на националните програми за здравјето на децата. На пример, подобрена е покриеноста со основна имунизација, така што во 1990 година, во земјите во развој е постигната 80% покриеност, што спасува 3 милиони животи годишно и заштитува уште многу милиони од болести што може да се спречат или лесно да се излекуваат. Со широката примена на ОРТ, едно од најголемите откритија во последниве 40 години, смртноста од дијарејни заболувања е намалена за 1 милион животи годишно. Самитот постави и нови цели во овие и други области.

РАМКА 2.10 СВЕТСКИ САМИТ ЗА ДЕЦАТА 1990: ПЛАН ЗА ДЕЛУВАЊЕ - ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕЛИ

1. Искоренување на полиомиелитисот до 2000 година.
2. Елиминација на неонатален тетанус до 1995 година.
3. Намалување на сипаниците за 90% и на смртноста од сипаници за 95%.
4. Зголемување на покриеноста со програми за имунизација до 90% за деца до едногодишна возраст и универзална имунизација против тетанус на жени во бременоспособна возраст.
5. Намалување на смртноста од дијарејни болести за 50% и намалување на појавата на дијарејни болести за 25%.
6. Намалување на смртноста од акутна респираторна болест кај деца за 33%.
7. Речиси целосна елиминација на состојбите на недостаток на витамин А и јод.
8. Намалување на стапките на новороденчиња со ниска телесна тежина, на не повеќе од 10%.
9. Намалување на недостатокот на железо и сидеропеничните анемии кај жени за 33% од нивоата во 1990 година.
10. Достапност за сите жени на пренатална грижа, обучени акушери, контрола на високоризични бремености и акушерски интервенции.

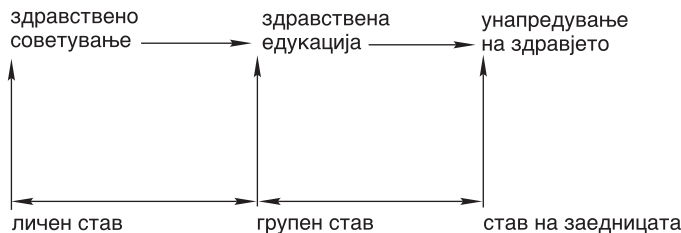
Вклученоста на приватниот сектор во здравството во светски рамки е даден со примерот на Ротари Интернешнал во програмата за искоренување на полиомиелитисот до 2000 година, цел која е остварлива. Веќе во денешно време, во Северна и Јужна Америка присуството на оваа болест од домашни случаи е искоренето (види Поглавје 4). Повеќето од здравствените цели зависат од меѓународната и од националните политики, но извршувањето бара и вклученост на заедницата и поединецот.

УЧЕСТВО НА ПОЕДИНЕЦОТ И ЗАЕДНИЦАТА ВО ЗДРАВСТВОТО

Националната здравствена политика речиси секогаш се поврзува со здравјето на поединецот. Различните приоди на концептот на здравствено поле, локално-ориентираната примарна здравствена заштита, здравствените цели и ефикасното управување со здравствениот систем, може да бидат целисходни само ако поединецот и заедницата се оспособени учесници во наоѓањето решенија. Вклучувањето на поединецот во неговата/нејзината здравствена состојба бара подигање на нивото на свест, знаење и делување. Методите за постигнување на овие цели подразбираат здравствено советување, здравствено образование и унапредување на здравјето (слика 2.5).

Здравственото советување меѓу лекарот или болничарот и пациентот од секогаш било дел од здравствената заштита. Со него се подигнува нивото на свест кај секој пациент за одредени здравствени прашања. Здравственото образование одамна е дел од јавното здравство и има улога во зголемување на свесноста за здравјето кај одредени целни групи. Унапредувањето на здравјето опфаќа здравствено образование и ги разгледува здравствените прашања на стратешко ниво, вклучувајќи ги сите владини нивоа и НВО-а во многу поширокиот пристап за поздрава средина и начин на живот.

Здравственото советување, здравственото образование и унапредувањето на здравјето се меѓу најисплатливите инвестиции за подобрување на здравјето на населението. И додека здравствените трошоци



СЛИКА 2.5 Парадигма - советување - едукација - унапредување на здравјето

рапидно се зголемуваат, потребата за контрола на зголемените трошоци треба да води кон поголем акцент на превенција и прифаќање на здравственото образование и унапредувањето на здравјето како дел од современиот живот. Ова треба да се пропагира во училиштата, на работното место, во заедницата, во деловните простори (на пр. трговски центри) и во политичката агенда.

Психологот Абрахам Маслов (Abraham Maslow) опишува хиерархија на човекови потреби. Секое човечко суштество има основна физиолошка потреба за безбедност, вода, храна, затоплување и живеалиште. Повисоките потреби се однесуваат на прифаќање во средината и себе-исполнување. Оваа теорија е поддржана со студиите на ефикасност на Елтон Мајо (Elton Mayo) во познатиот Хавторнов ефект од 20-тите години, кој покажува дека работниците ја зголемуваат својата продуктивност кога од раководството добиваат објаснување за општите цели на организацијата (види Поглавје 11). Во здравствена смисла ова се преточува во фактори што ги мотивираат луѓето на позитивни здравствени активности, кога сите бариери на здравствената заштита се сведени на минимум.

Современото јавно здравство се соочува со проблемот на мотивирање на луѓето да го променат своето однесување; понекогаш за ова се потребни законски мерки, извршување и казни за непочитување на прописите, како на пример кај задолжителното врзување појас при возење. Кај други се бара индивидуално придржување кон некое правило, како на пример, употреба на кондоми за намалување на опасноста од СПБ и/или СИДА. Со тек на време, ова е развиено во концепт наречен знаење, ставови, верувања, навики (ЗСВН) - мерлива структура која кумулативно влијае на здравственото однесување (види Поглавје 3). Честопати постои дивергенција меѓу знаењето и навиките, на пример сознанието за важноста на безбедното возење и непридржување кон ова во практика. Понекогаш ова се нарекува јаз на ЗСН (знаење, ставови и навики).

Моделот на здравствено верување е основа за програмите на здравствено образование, каде индивидуалната спремност да се преземе акција за здравјето потекнува од претпоставена опасност од болест, согледување на подложност кон некоја болест и нејзина потенцијална сериозност, како и вреднување на здравјето. Делувањето на поединецот може да биде поттикнато од загриженост или знаење. Пречките за соодветно делување може да бидат од психолошка, финансиска или физичка природа, вклучувајќи и страв, губење време и неприкладност. Стимулирањето активности за избегнување ризик по здравјето е една од фундаменталните цели во современата здравствена заштита. Моделот на здравствено верување е важен во дефинирањето на секоја здравствена интервенција бидејќи се осврнува на емотивните, интелектуалните и други пречки кон преземање чекори за превенција или лекување болест.

Здравствената свест во заедницата и кај поединецот зависи од степенот на образование. Во земјите во развој, мајките со основно и средно образование се поуспешни во грижата за новороденчето и детето, одошто помалку образованите жени. Земјоделските програми за сиромашните и необразовани фармери во Северна Америка во 20-тите, овозможува подигање на свеста за важноста на исхраната, а кога ова беше поткрепено со основно здравствено образование во училиштата, се јавија големи генерационски разлики во сфаќањата за важноста на балансирана исхрана. Секундарната превенција на пациенти со дијабет или коронарна срцева болест зависи од образованието и свеста за важноста на исхраната и физичката активност во превенција или одложување на последователни срцеви удари.

Отавска повелба за унапредување на здравјето

СЗО ја спонзорираше Првата меѓународна конференција за унапредување на здравјето која се одржа во Отава, Канада, во 1986 година. Отавската повелба, која беше резултат на конференцијата, го дефинира унапредувањето на здравјето како збир на пет важни области на дејство: градење здрава јавна применета политика, создавање услови на поддршка, зајакнување на учеството на заедницата, развивање индивидуална способност и преориентирање на здравствените услуги. Отавската повелба ги повика сите земји:

“да го стават здравјето во процесот на креирање стратегија во сите сектори и на сите нивоа, насочувајќи ги да бидат свесни за здравствените последици од нивните одлуки, и да преземат обврски кон здравјето. Стратегијата за унапредување на здравјето е комбинација на повеќе комплементарни пристапи, меѓу кои и законска регулатива, фискални мерки, даночење и организациски трошоци. Претставува координирано делување кое води кон креирање здравствена, работна и социјална стратегија кои фаворизираат целосна еднаквост. Заедничкото делување придонесува за обезбедување побезбедни и поздрави производи и услуги, поздрави јавни услуги, чиста и попријатна околина. Стратегиите за унапредување на здравјето бараат согледување на пречките за нивно усвојување во нездравствениот сектор и начините на кои може да се отстранат тие пречки. Крајната цел е најздравниот избор да се направи најлесен избор и за донесувачите на одлуки.“ (Извор: Health and Welfare Canada - World Health Organization, 1986)

Државни и локални модели за унапредување на здравјето

Ефикасен приод во унапредување на здравјето е направен во Австралија, каде во сојузната држава Викторија, приходите од оданочување на цигарите се наменети за унапредување на здравјето. Целта на ова е да го обесхрабри пушењето, а во исто време да се финансираат активности за унапредување на здравјето и да се фокусира здравственото застапување во насока на забрана за рекламирање цигари на спортски настани или на телевизија. Дел од средствата одат кај организации на заедницата и локалните власти, за организирање активности за уна-

предување на здравјето на работните места, во училиштата и на местата за рекреација. Здравствените активности на работното место подразбираат намалување на штетните влијанија од работата, како и поттикнување здрава исхрана, физичка активност и избегнување фактори на ризик, како што се пушење и консумирање алкохол.

Во австралискиот модел унапредувањето на здравјето не е само метод на убедување на луѓето да ги променат своите животни навики; тоа опфаќа и донесување и извршување законски мерки за промени во животната средина кои го унапредуваат здравјето. На пример, ова подразбира задолжително филтрирање, хлорирање и флуорирање на водата за пиење, со цел да се намали појавата на заразни болести и да се подобри забоздравствената состојба; потоа, збогатување на основните прехранбени производи со витамини и минерали за спречување на состојбите на недостаток на микроелементи. Вакви мерки на национално или државно ниво се значајни за програмите за унапредување на здравјето и делувањето на заедницата.

Програмите на заедницата за намалување на хроничните заболувања според концептот на унапредување на општото здравје се развиваат во различни услови. Една ваква програма за намалување на факторите на ризик од кардиоваскуларни заболувања е промовирана преку проект во Северна Карелија во Финска. Овој проект е издејствуван како резултат на притисокот на засегнатото население во провинцијата, кое беше свесно за големата смртност од срцеви заболувања. Финска има најголема стапка на заболени од коронарна срцева болест во светот, а селските подрачја во Северна Карелија имаат стапки повисоки дури и од националниот просек. Проектот беше регионален обид за вклученост на сите нивоа на општеството, официјални и волонтерски организации, во намалувањето на факторите на ризик од коронарна срцева болест. По 15 години следење, се забележува значително намалување на смртноста, со слично намалување во соседната провинција, земена за споредба, иако намалувањето започнува порано во Северна Карелија.

Во многу области каде унапредувањето на здравјето е пробано како стратегија, се развиваат активности на заедницата на иницијатива или со активно учество на НВО или други групи и организации. Програмите за здраво срце се развија нашироко преку активности на разни добротворни организации, училишта или црквени групи, кои им даваат насока на властите во развојот на програми. Проширените согледувања на здравствените проблеми во заедницата се развија во меѓународно движење за “здрави градови”.

Здрави градови - населени места - општини

По детална разработка на Комисијата за здрави населени места, предводена од Едвин Чадвик, во 1844 година Саутвуд Смит (Southwood Smith), еминентен водач на реформите во Санитарното движење, основа Асоцијација за здравје во населените места, која требаше да се залага

за подобрување на лошите животни услови на населението во многу градови во Велика Британија. Асоцијацијата основа филијали во многу градови и ја пропагира санитарната легислатива и подигањето свест кај јавноста за “санитарната идеја” дека пренаселеноста, несоодветните санитарни услови и недостигот од здрава храна и вода за пиење, создаваат услови за ширење на заразните болести. Во 80-тите години од 20-от век, Илона Кикбуш (Ilona Kickbush), Тревор Ханкок (Trevor Hancock) и други повторно ја промовираа идејата дека локалните власти имаат обврска да ги вклучат здравствените прашања во процесот на планирање и развој.

Концептот за Здрави градови е концепт за унапредување на здравјето кој се појавува во 80-тите и пропагира активирање на градските заедници околу ова прашање (табела 2.5). Активностите подразбираат еколошки проекти (како рециклирање на отпадните материји), подобрени објекти за рекреација за младите и намалување на насилството и злоупотребата на дрога, собири за подигнување на здравствената свест и програми за општо следење на хипертензијата, рак на дојка и други заболувања. Овој пристап го комбинира унапредувањето на здравје со консумеризмот и се враќа кон традицијата на локално јавно-здравствено дејствување и застапување.

Општината, во спрега со многу НВО-и, развива консултативна процедура во изработка на програмите за подобрување на физичкиот и општествениот живот во градските средини, а со тоа и на здравјето на населението. Во 1995 година во движењето Здрави градови учествуваа 18 земји со 375 града во Европа, Канада, САД, Велика Британија, Јужна Америка, Израел и Австралија, од само 18 града-учесници во 1986 година.

Монтреал е вклучен во проектот Здрави градови од 1988 година и во светски рамки претставува типичен пример за здрав град (табела 2.6). Монтреал е град со 1,02 милиони жители кои живеат на површина од 177 квадратни километри. Во овој административен центар на Кве-

ТАБЕЛА 2.5 Карактеристики на Здрави градови

1. безбедна и чиста околина	6. широк спектар искуства и средства за контакти, интеракција и комуникација
2. долгорочно одржлив и стабилен екосистем	7. различен, витален и иновативен град
3. силна неексплоатирачка заедница, која нуди поддршка	8. поврзување со минатото - културно и биолошко богатство
4. висок степен на учество/контрола на јавноста врз одлуките кои влијаат на нивниот живот и добросостојба	9. форма, компатибилна со овие цели
5. задоволување на основните потреби (храна, вода, прибежиште, приход, безбедност, работа) за сите жители на градот	10. оптимално ниво на јавно-здравствени и медицински услуги
	11. висок здравствен статус; позитивно здравје, низок степен на болести

Извор: WHO Twenty steps to developing a healthy cities project, second edition, Copenhagen; Regional office for Europe, 1995.

ТАБЕЛА 2.6 Програма за здрави градови на Монтреал

1. напуштање на локалните каменоломи	7. рекреативни центри за млади
2. градини во сиромашните соседства	8. обнова на запоставените градови
3. подобрување на примарното и секундарното образование	9. проширување на јавните паркови
4. профили на соседствата	10. младински и општествени активности
5. кооперативно домување	11. садење дрвја
6. интеркултурна комуникација	12. намалување на криминалот и употребата на дрога

Извор: Montreal Healthy City Project, 1994

бек, 61% од населението е франкофонско. Просечниот семеен приход изнесува 26.300 канадски долари. Градот е поделен во соседства кои земаат активно учество во проектот за здрави градови. Проектот Здрави градови формира коалиција меѓу општинските и волонтерските групи, кои заедно и со континуирани напори работат на подобрување на квалитетот на услугата, установите и животната средина.

СОЦИЈАЛНА ЕКОЛОГИЈА И УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Терминот Хумана екологија го воведуваат Парк и Бургес во 1921 година, со намера да се примени теоријата за растенија и животни на човековите заедници. Еволуира како гранка на демографијата и се развива преку примена во руралната социологија, а подоцна и во медицинската социологија, кои го проучуваат социјалниот и културниот контекст на болеста, здравствените ризици и здравственото однесување.

Паралелно со ова, психологијата развива поддисциплини на социјална психологија, психологија на заедниците и психологија на животната средина. Здравственото образование претставува дисциплина и функција на јавно-здравствениот систем и се остварува преку училишно здравје, исхрана на селското население, воена медицина, професионално здравје и многу други аспекти на превентивна здравствена заштита, обработени во понатамошните поглавја. Во еден дел, унапредувањето на здравјето, еволуира од Лалондовиот концепт на здравствено поле и од сознанието во 70-тите години од 20-от век дека медицинската грижа е неопходна, но не и доволна за подобрување на здравјето на населението. Интеграцијата на моделот за здравствено однесување, социјално-еколошкиот пристап, зајакнатата улога на животната средина или социјалното инженерство формира основа на социјално-еколошкиот пристап во дефинирањето и решавањето на здравствените прашања (табела 2.7).

Индивидуалното однесување зависи од многу фактори на околината, додека здравјето на заедницата зависи од поединецот; овие две нешта се неразделни едно од друго. Еколошката перспектива на унапредување

ТАБЕЛА 2.7 Унапредување на здравјето: промени во однесувањето, унапредување на животната средина и социјална екологија

Модел на здраво однесување, промена во начинот на живот	Пристап на социјалната екологија	Унапредување на животната средина, на национално, општинско и локално ниво
промена во однесувањето	здравствени модели на културолошки промени	универзален пристап до здравствена заштита
теорија за социјално учење	биофизички здравствени модели	здрава животна средина
модел на верување во здравје	стресни животни ситуации	индустриска хигиена
теорија на резонско делување	екологија на човековиот развој	социјална заштита
теорија на планирано однесување	јавно-здравствена психологија	општествена поддршка
теорија на запазување на ризците	медицинска социологија	организираност на заедницата
поттикнување страв	етнографија	кибернетика/човечки фактор
теорија на заштита-мотивација	социјална екологија на здравјето	епидемиологија, следење на здравствената состојба
здравствени комуникации	унапредување на здравјето во заедницата	просторно планирање. архитектура
мултимедиуми	иницијативи на јавната политика	регулирање на градежните зони
	здрави заедници	контрола на незгоди и повреди контрола на храна и лекови правилна исхрана и збогатување на храната

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

на здравјето работи кон менување на човековото однесување заради зајакување на здравјето. Ги зема предвид и факторите кои не се врзани со индивидуалното однесување. Овие фактори се одредени од политичката, социјалната и економската средина. Применува широки локални, регионални и национални пристапи кои се потребни за решавање сериозни јавно-здравствени проблеми, како што е контрола на ширење на ХИВ, туберкулоза, потхранетост, кардиоваскуларни заболувања, насилиство и траума, како и малигни заболувања.

ДЕФИНИРАЊЕ ЈАВНО-ЗДРАВСТВЕНИ СТАНДАРДИ

Дефиницијата на Американската асоцијација за јавно здравство за улогата на јавното здравство, под наслов *Иднината на јавното здравство во Америка (The Future of Public Health in America)*, од 1995 година, е презентирана на годишното собрание во 1996 година. ААЈЗ периодично

ТАБЕЛА 2.8 Стандарди за јавно-здравствените служби, Американска асоцијација за јавно здравство, 1995

Визија	здрави луѓе во здрави заедници
Мисија	унапредување на здравјето и превенција на болести
Цели	превенција на епидемии и ширење на болести заштита против штетни влијанија на околината превенција на повреди поттикнување на здрав начин на однесување одговор на несреќи и помагање на заедницата да се врати во нормални услови обезбедување услови за подобрување на здравствената состојба, заради намалување на проблемите во заедницата
Основни дејности	следење на здравствената состојба, заради утврдување на проблемите во заедницата дијагностицирање и испитување на здравствените проблеми во заедницата информирање и едуцирање на луѓето околу разни здравствени прашања развој на стратегии и планови за поддршка на поединецот и заедницата во напорите да се подобри здравјето поврзување на луѓето со потребните индивидуални здравствени услуги и обезбедување здравствена заштита онаму каде е достапна обезбедување стручен јавно-здравствен кадар евалуација на ефикасноста, достапноста и квалитетот на здравствените услуги истражување нови и иновативни решенија на здравствените проблеми

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

ги усогласува стандардите и упатствата за организирани јавно-здравствени служби во рамките на сојузната, државните и локалните влади (табела 2.8). Овие стандарди ја рефлектираат професијата јавно здравство, како што треба да изгледа во Соединетите Држави, каде медицинската грижа е сè уште достапна за голем дел од населението, поради непостоење универзален систем на здравствено осигурување. Јавното здравство во САД е многу инвентивно во поглед на одредување на ризичните групи кои имаат потреба од специјална грижа, како и во наоѓањето директни и индиректни методи за задоволување на тие потреби.

ИНТЕГРАТИВЕН ПРИСТАП КОН ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО

Јавното здравство има и директен и индиректен пристап. Директни мерки во јавното здравство се имунизација на деца, современа контрола на раѓање, откривање на хипертензија и дијабет. Под индиректни методи во јавното здравство се подразбираат методи за заштита на поединецот преку мерки што ги применува заедницата, како што се подигнување

на стандардите за општа безбедност, обезбедување здрава вода за пиење, отстранување отпадни води и подобрена исхрана.

Во јавно-здравствената практика битни се и директниот и индиректниот пристап. За намалување на смртноста од дијарејни заболувања, неопходно е обезбедување здрава вода за пиење, но и едукација на пациентот за значењето на хигиената и образование на мајката за употреба на орална рехидрациска терапија (ОРТ). Целните групи на јавно-здравствените активности се поединец, семејство, заедница, регион и нација.

Цел на заштитата од заразни болести е и поединецот и целната група која се наоѓа под ризик. За болестите за кои постои вакцина, имунизацијата го штити поединецот, но индиректно го заштитува и неимунизираното лице, поради намалена опасност од ширење на болеста. Кај контролата на некои болести, откривање и лекување на еден случај, може многу да придонесе за намалувањето на ризикот за целата заедница. На пример, кај туберкулозата важно е откривање и правилно лекување на заболените во високо-ризични групи, како клучен фактор за контрола на болеста во заедницата. Контролата на маларија, откривањето и лекувањето заболени е важно исто како што се важни и мерките во околината, односно намалување на векторската популација, со што би се спречило пренесување на организмот преку комарец на нов домакин.

Контролата на незаразни заболувања, каде не постои вакцина за масовна употреба, зависи од сознанија, ставови, верувања и навики на поединците изложени на ризик. Во ваков случај, од витално значење се социјалниот контекст и квалитетот на грижата до која поединецот има пристап. Контролата и превенцијата на незаразни болести бара стратегија со методи ориентирани кон поединецот и заедницата. Индивидуалните или клинички мерки подразбираат професионални совети за самозаштита на пациентот со рано дијагностицирање и примена на соодветна терапија. Мерките ориентирани кон населението се индиректни мерки преку активности на владата, на пример, забрана за рекламирање цигари или посебен данок за цигари. Задолжителни стандарди за квалитетот на храната, како на пример ограничување на масленост во месото или задолжително декларирање на производитите, се исто така дел од контролата на кардиоваскуларните болести.

Дејствувањето на поединецот е есенцијално во обидот за спречување на болестите, бидејќи голем број од незаразните болести зависат од ризично однесување по избор на поединецот. Промените во однесувањето на една личност значи вмешување во начинот на кој тој/таа гледа на сопствените потреби. На ова може делумно да се влијае преку информирање, но начинот на кој еден човек ги сфаќа своите потреби е многу покомплексно прашање. Дефиницијата на некоја потреба може да има различно значење за поединецот и општеството или здравствениот систем. Откажувањето од пушење цигари може да биде тежок процес меѓу жените, особено ако владее мислењето дека пушењето го намалува апетитот и внесот на храна, со општествениот тренд “да си

слаб, значи да си убав". Намалувањето на пушачката навика меѓу младите може да биде исто така тешко, ако пушењето е модерно, а болести како рак на белите дробови изгледаат далечни. Сознанието за тоа како поединецот ги дефинира своите потреби му помага на здравствениот систем во дизајнирањето програми што ќе влијаат на однесувањето во кое постои ризик за заболување.

Јавното здравство доаѓа во допир со многу прашања, особено при обидот на здравствениот систем да ги земе предвид и индивидуалниот и пристапот на заедницата. Јавното здравство и медицината наидуваат на сè повеќе заеднички точки во разрешувањето на хроничните болести, унапредувањето на здравјето и реформите на здравствената економија. Во исто време, социјално-економскиот пристап покажува големи резултати во забавувањето на главните причини, односно срцевите заболувања и СИДА-та, а биомедицинските науки со новите технологии придонесоа за превенција на главните здравствени проблеми, како што се малигните и срцевите заболувања, генетските нарушувања и заразните болести.

Технолошките иновации кои беа непознати до пред само неколку години, денес се секојдневна практика; во некои случаи ги зголемуваат трошоците на здравствената заштита, а во други случаи ги заменуваат старите и помалку ефикасни методи. Во исто време, новонастанатата отпорност на патогените микроорганизми кон антибиотиците и пестицидите, бара промена на односот кон болестите за кои се веруваше дека се под контрола, а новите заразни болести се предизвик за целата здравствена заедница. Новите генерации антибиотици, антидепресанти, антихипертензивни и други групи лекови го менуваат начинот на лекување на многу состојби. Биомедицинските науки наоѓаат начини за ефикасна превенција и лекување на болестите преку истражување и развој.

Технолошката и организациската револуција во здравствената заштита се придружени со многу етички, економски и правни дилеми. Методи од избор во денешното лекување се трансплантација на срце - многу скапа процедура која спасува живот и која е спротивставена на обезбедувањето средства и кадар за имунизација на сиромашни деца, или за кампања против пушење и други фактори на ризик кај хроничните болести. Новите начини на лекување акутни состојби, како срцев инфаркт или пептичен улкус, го скратуваат болничкиот престој, а го подобруваат квалитетот на живот. Поевтините процедури некогаш даваат подобри резултати. Одлуката за распределба на средствата може да биде мошне тешка. Одлучувањето делумно зависи од нивото на здравствена информираност на јавноста и законска заштита, било да е тоа преку поединци, застапување или законска регулатива за заштита на правата на пациентот. Ова се фактори во проширената методологија на јавното здравство (табела 2.9).

ТАБЕЛА 2.9 Корени и развој на Новото јавно здравство

Класично јавно здравство	Социјална екологија	Биомедицинска заштита	Организација и финансирање
До крајот на 19-от век			
лична хигиена и хигиена на храна	црква и ропство	основни науки	приватна наплата од богатите
здравје во населбите	ренесанса	клинички науки	општински лекари за сиромашните
карантин	земјоделска револуција	медицинско образование	доброволно и црковно болничко лекување
исхрана/физичка активност	подоброена исхрана	болници:	гилди, заеднички
витална статистика	развој на градови	добротворни, општински,	беневит и здруженија
епидемиологија	права на човекот	црквени,	на пријатели за медицински, пензиски и погребални
санитација, мијазма теорија	индустриска револуција	универзитетски специјализација	беневитици
општинска организација	закони за работните односи	терапевтици	национално здравствено осигурување за работниците и нивните семејства
бактериологија, теорија на микроорганизми	универзално образование	антисепса	здравствени фондови и доброволно осигурување
вакцини, имунологија	социјални реформи	вакцини	
контрола на зарази болести	политичка револуција	X-зраци	
здравје на мајките и децата	информациска револуција		
здравствено образование			
До 80-те години од 20-от век			
епидемиолошка транзиција	старење на населението	напредни медицински науки	колективни здравствени беневитици
намалување на морталитетот и наталитетот,	зголемени очекувања	клиничка специјализација	одговорност на владата национално
стареење на населението	фактори на ризик социјални разлики	дијагностика, визуелизирање,	здравствено осигурување или национален здравствен сервис
демографска транзиција	социјална заштита	лабораториска технологија	растечки трошоци на здравствена заштита
намалување на заразните болести	социјална држава	терапевтици,	дисбаланс на болничкото лекување и примарната заштита
зголемување на незаразните болести	државна одговорност за здравјето	антибиотици,	организации за одржување на здравјето
меѓународно здравство	застапување на здравјето	антихипертензив и, психотропни лекови	евалуација трошок/добивка регионализација реформи
искоренување на вариола вера		превентивна медицина	
		домашно лекување	
		долготрајно лекување	
		болничко лекување	
		наспроти поддршка во заедницата	
		амбулантска хирургија	

(продолжува)

ТАБЕЛА 2.9 Корени и развој на Новото јавно здравство (продолжение)

Класично јавно здравство	Социјална екологија	Биомедицинска заштита	Организација и финансирање
Кон 2000-та и потоа - Ново јавно здравство			
координација на стратегиите	национална здравствена политика	медицински универзитети	национални здравствени цели
евалуација на здравствената состојба	распределба на средствата	пост-дипломско образование	децентрализација/дифузија на дејностите
унапредување на здравјето	економски развој	обука за раководење во здравството	регионални здравствени системи
регулатива за храна, вода, лекови, траума, токсични материи, фактори на ризик на работно место и во животната средина	општествен контекст	системи на вреднување	системи за контролираната грижа
контрола на заразни болести	социјална заштита	акредитација	модифицирани пазарни механизми, регулирање на понудата, тарифите, конкуренцијата и контролирана грижа
контрола на хронични заболувања	екологија и животна средина	квалитет на заштита	на понудата, тарифите, конкуренцијата и контролирана грижа
намалување на факторите на ризик	стратегии за исхрана и здрава јавност	насочено истражување	доверливост на раководството
групи со специјални потреби	стратегии за здрави заедници	балансирана болничка, домашна, долготрајна грижа, грижа за постари лица и поддршка од заедницата	економска евалуација
душевно здравје	меѓусекторска соработка	интегрирани здравствени системи	интегрирани здравствени системи
здравје на усната празнина	учество на заедницата	системи за контролирана грижа	
системи за здравствена информатика		етички прашања	
епидемиолошки системи			
планирање и менаџмент			

НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

На состанокот на СЗО во ноември 1995 година, за “предизвиците во здравството”, беше заклучено дека Новото јавно здравство е продолжение, наместо замена за традиционалното јавно здравство. Тоа ги опишува организираните напори на општеството за развој на здрава јавна примена политика: да го унапредува здравјето, да спречува болести и да поддржува социјална еднаквост во рамките на одржливиот развој. Новото ревитализирано јавно здравство мора да продолжи да ги исполнува традиционалните функции на санитација, заштита и други слични активности, но како дополнување на неговите проширени функции:

Новото јавното здравство не е толку концепт колку што е филозофија која се стреми да го прошири постарото сфаќање на јавното здравство, така што, на пример, го вклучува и здравјето на поединецот покрај здравјето на населението и се обидува да следи современи прашања, односно еднаков пристап до здравствени услуги, животна средина, политичка вклученост и социјален и економски развој. Се стреми да го стави здравството во развојна рамка, за да биде тоа под заштита на јавната стратегија. Над сè, Новото јавно здравство се грижи за делување. Тоа работи на изнаоѓање матрица со која ќе може да се разгледуваат многу горливи проблеми на денешницата, но и на откривање спроведливи стратегии со кои ќе се обиде да ги реши овие проблеми. (Извор: Ncaiyian *et al.* 1995).

На тој начин Новото јавно здравство стана водечки концепт кој носи многу идеи и искуства од јавното здравство низ светот. На неговото формирање влијае сè појасното сознание за социјални нееднаквости во здравството, дури и во развиените земји со универзална здравствена програма и сознанието за неуспехот на државните здравствени системи да се справат со драматичните промени во структурата на болести што го зафаќаат населението. Евалуацијата на Светската банка на исплатливо јавно здравство и медицински интервенции за намалување на негативните ефекти од болести, исто така придонесе кон барањето и примената на нови приоди во здравството. Новото јавно здравство ги обединува традиционалното јавно здравство со индивидуален пристап и дејствувањето на заедницата со погенерален пристап.

РЕЗИМЕ

Предмет на јавното здравство, како и на клиничката медицина, е подобро здравје за поединецот и општеството. Јавното здравство работи на постигнување на оваа цел со индиректни методи, како на пример подобрување на животната средина, или директни методи, како што е превентивна заштита на мајки и деца. Клиничката медицина е фокусирана директно на поединечни пациенти и тоа најчесто во време на болест. Но, здравјето на поединецот зависи од здравствените и социјалните програми во општеството, исто како што добросостојбата на општеството зависи од здравјето на неговите граѓани. Новото јавно здравство се состои од широк спектар програми и активности кои ги поврзуваат индивидуалното здравје и здравјето на заедницата.

Старото јавно здравство главно беше ориентирано на последиците од нездрави услови во населени места, неисправност на храната, воздухот и водата. Дел од неговите цели беа заразни, токсични и трауматски причини за смрт, кои доминираа меѓу младите луѓе и беа поврзани со сиромаштијата. Новото јавно здравство се јавува за да задоволи цела нова констелација на услови, поврзани со продолжување на животниот век и стареење на населението, со растечката важност на хроничните заболувања, со нееднаквоста во здравството на развиените и

РАМКА 2.11 ДЕФИНИРАЊЕ НА НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Новото јавно здравство има широк пристап кон заштитување и унапредување на здравствената состојба на поединецот и општеството, засновано на рамнотежа меѓу санитарните, еколошките, здравствените, личните и заедничките превентивни мерки, координирани со широк спектар лековити, рехабилитирачки и долгорочни здравствени услуги.

За Новото јавно здравство неопходен е организиран контекст на национални, регионални, локални, владини и невладини програми со цел создавање здрава општествена, физичка и квалитетна околина. Содржината, квалитетот, организацијата и управувањето со составните услуги и програми се витални за негово успешно извршување.

Управувано во дифузна или централизирана структура Новото јавно здравство бара системски пристап за остварување на дефинирани цели и специфични подцели. Новото јавно здравство работи преку многу канали за да промовира подобро здравје; ова ги вклучува сите нивоа на влади и министерства; групи кои застапуваат некои академски, професионални или потрошувачки интереси; приватни и јавни претпријатија; осигурување, фармацевтска индустрија и индустрија за медицинска опрема; земјоделска и прехранбена индустрија; медиуми, забава и спорт; закони и законодавни тела и други.

Новото јавно здравство се заснова на одговорност и обврска кон дефинирана популација, каде што финансискиот систем промовира постигнување на овие цели преку ефикасно управување и исплатливо искористување на финансиски, кадровски и други средства. Неопходно е постојано следење на епидемиолошките, економските и општествените аспекти на здравствената состојба, како интегрален дел од менаџментот, евалуацијата и планирањето за подобра здравствена состојба.

Новото јавно здравство обезбедува рамка за развиените и земјите во развој, како и за земјите во политичко-економска транзиција, како што се републиките на поранешниот Советски Сојуз. Тие се наоѓаат на различен степен на економски, епидемиолошки и социо-политички развој, секоја обидувајќи се со ограничени ресурси да обезбеди соодветно здравје за своето население.

земјите во развој, со уништување на животната средина и со еколошката нерамнотежа. Се смета дека многу од факторите одговорни за оваа ситуација може да се изменат преку промени во животната средина, општеството и однесувањето, како и со ефикасна примена на медицината.

Идејата за Новото јавно здравство еволуираше постепено од конференцијата во Алма-Ата, каде беше поставен концептот на Здравје за сите, проследен со трендот во доцните седумдесетти години од 20-от век за поставување здравствени цели како основа на здравственото планирање. Во доцните осумдесетти и раните деведесетти, дебатата за иднината на јавното здравство во Америка се интензивира, бидејќи здравствените работници бараат нови модели и приоди кон истражувањето, обуката и практиката на јавното здравство. Ова го помогна редефинирањето на традиционалниот пристап на општествена, локална и превентивна медицина. Потрагата по “новото” во јавното здравство продолжи со враќањето кон концептот Здравје за сите и сè појасно изразениот факт дека здравјето на поединецот и заедницата може да се имплементира преку контрола на индивидуалните услуги и превенцијата на болести во заедницата.

ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

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

ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- Black, D. 1993. Deprivation and 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., Howze, E. 1995. Policy as intervention: Environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular diseases. *American Journal of Public Health*, 85:1207-1211.
- Shea, S. (editorial). 1992. Community health, community risks, community action. *American Journal of Public Health*, 82:785-787.
- Smith, G. D., Egger, M. 1992. Socioeconomic 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.

БИБЛИОГРАФИЈА

- American Public Health Association. 1991. *Health Communities 2000: Model Standards for Community Attainment of the 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. *Health Cities*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ashton, J., Seymour, H. 1988. *The New Public Health: The Liverpool Experience*. Philadelphia: Open University Press.
- Backett, E. M., Davies, A. M., Petros-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., Kickbusch, 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., Tannahill, A. 1990. *Health Promotion: Models and Values*. Oxford: Oxford University Press.
- Health and Welfare Canada-World Health Organization. 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.
- McKeown, 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 Organization. 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 Health 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 Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series Number 845. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 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*, Second Edition. Copenhagen: World Health Organization, European Regional Office.