

КОМЕНТАР ЗА ОБЩИНСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ (ПО МАТЕРИАЛИ ОТ СПИСАНИЕ „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА“ 1993-2019)

Доц. д-р Петър Цонов, д.м.

COMMENTARY ON MUNICIPAL HEALTH CARE (ON MATERIALS FROM THE JOURNAL SOCIAL MEDICINE 1993-2019)

Assoc. Prof. Dr Petar Tzonov

РЕЗЮМЕ

Представен е непубликуван до момента материал на доц. Петър Цонов, подготвен във връзка с научно-практическата конференция „За по-добро здраве на местно ниво“, проведена в град Плевен на 16 май 2019 г., като съвместна инициатива на Община Плевен и Българската асоциация по общественото здраве в рамките на Първата Европейска седмица на общественото здраве (13-17 май 2019 г.), организирана от Европейската асоциация по общественото здраве.

Ключови думи: общинско здравеопазване, история

SUMMARY

Summary: An unpublished material of Assoc. Petar Tzonov, is presented. The material has been prepared in relation to the scientific and practical conference "For better health at the local level", held in the town of Pleven on May 16, 2019, as a joint initiative of the Municipality of Pleven and the Bulgarian Association of Public Health within the framework of the First European Public Health Week (13-17 May 2019), organized by the European Public Health Association.

Keywords: municipal healthcare, history

В гр. Плевен, на 7-9 май 1992 г., се провежда V-ти конгрес на Дружеството по социална медицина на тема: „Здравно дело и пазарна икономика“. За председател на Дружеството е избран проф. Алекси Вълчев (1924-1993 г.) - учен, преподавател и общественик. Тогава се взема решение за издаване на тримесечното списание „Социална медицина“. Членове на Управителният съвет стават: проф. Кольо Гаргов, доц. Тания Чолакова, проф. Мирослав Попов, проф. Чудомир Начев, доц. Златка Глутникова, доц. Ст. Гладилев. Редколегията включва доц. Тания Чолакова, доц. Невяна Фесчиева, доц. Гена Грънчарова и доц. Петър Цонов.

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Общите положения на общественото здравеопазване важат и за общинското здравеопазване. Здравното състояние на населението е под различни сфери на влияние - биологични, социално-икономически и поведенчески, които трябва да се следят и да се разпознават. Всички въпроси, застрашаващи здравето на населението, са и политически въпроси. Здравеопазването е политическо равнище, където здравната сигурност е национален приоритет. Затова за решаване на здравните проблеми се налага непрекъснато да се усъвършенстват законодателните, административните и възпитателно-образователните мерки. Освен заболяванията, проблемни са пътнотранспортните инциденти, епидемиите, тероризмът, свободното движение на стоки, услуги и хора, застрашаващи здравето.

Разбирането за здравна сигурност се покрива с целта за постигане на по-добро здраве и възможност за постигане на достоен и продуктивен живот на индивидуално и обществено равнище. Здравната сигурност на обществото налага да се използва потенциалът на всички сфери на обществения живот – държавните и

частните институции, гражданските формации, семейството и индивида. Децентрализацията на отговорностите означава поемането им да става на основата на повече информация за общественото здраве, респ. извършване на проучвания на здравните потребности. Това включва „вслушване в гласа на хората“ - срещи, консултации и анкети, „гражданско жури“ от потребители, стремеж към справедливост при осигуряване на здравните и социални грижи, осигуряване на данни за обществените служби за подкрепа в областта на общественото здраве. Широка е палитрата от здравни и социални проблеми: по-ефективна превенция на заболяванията и нездравословното поведение, предлагане на информирано мнение в противовес на самолечението и парамедицинските практики, контрол на злоупотребата с алкохол и наркотици, стремеж към намаляване на здравните неравенства.

Подобряването на общественото здраве следва да се свързва и с условията на живот, които следва да го гарантират. Следва да се отчитат обществените нагласи и здравната култура на населението, политическата воля и възможностите за действия. Особено важно е повишаване интереса на политиците към общественото здраве. Вземането на отговорни политически решения следва да е основано на доказателства, изведени от конкретни изследвания за общественото здраве.

ИСТОРИЯТА И РАЗВИТИЕТО

В Княжество България се създава здравна система, имаща публично-частен характер по образа на руската „земска медицина“. Здравната администрация се формира като част от държавната. При организация на здравното дело са възприети принципите на руската земска медицина със създаване на градски здравни участъци, а в обслужването на селското население

важна роля играят фелдшерите и акушерките. Според „Медицински сборник“ - списание на българските лекари, брой № 5 от м.май 1898, в края на 1897 г. общото число на лекарите в България е 424. На един лекар се пада 7,808 души, при общо 3,3 млн. население. Сравнено с това във Франция е 1 лекар на 2062 души при 38,2 млн. население и в Англия - 1 лекар на 2055 души при 37 млн. население.

Търновската конституция от 1879 г. силно застъпва правата на местното самоуправление. Вземат се мерки за подобряване на водоснабдяването, планирането на населените места, обществената и частна хигиена, бита и храненето на населението. Със Закона за опазване на общественото здраве от 1903 г. се създават хигиенни съвети на окръжно, околийско и общинско ниво, които укрепват позициите на държавната власт. Хигиенните съвети имат съдействието на административно-полицейските, общинските и санитарните власти. Засилени са мерките по чистотата в населените места. Налагани са актове и глоби на кметове и частни лица за неизпълнение на неотложните здравни мерки. През 1907 г. се създава Закон за благоустройството на населените места, като се предвижда до 1912 г. да се извърши планиране на всички населени места със средства на общините и с окръжни помощи. Влизат в действие икономически разчети и интереси, поставящи на изпитание морално-етичните позиции за решителни промени. Въпросът е как да става това?

Като пример за голям здравен проблем може да послужи борбата с маларията. Маларията е единствената паразитна болест, срещу която започва организирана борба, включена в държавната политика, която продължава многогодишно и системно, с приливи и отливи. През 1910 г. влиза в сила Указ № 21 „Правилник за борба с маларията в страната“. През военните години 1912-1918 г. епидемичната обстановка се утежнява сериозно. В края на войната се съобщава за 400 000 болни. Главна дирекция „Народно здраве“ изработва „Закон за борба с маларията“ (1919 г.), подготвен по подобие на италианския закон. В продължение на десет години (до 1930 г.) със средства от фонда за борба с маларията и с помощта на Рокфелеровата фондация е построен и оборудван Институтът в Бургас и Противомаларийна станция в Пловдив. В страната работят 14 районни маларийни инспектората. 1941 г. и 1942 г. са ендемични години за маларията и боледуват над половин милион души. През 1950 г. в страната болните от малария са вече 48 343. Ендемични за малария са 1046 населени места с население 1,723,960 души. Кредитът от държавата за лечение, химиопрофилактика, отводняване на комарните биотопи, активно издирване на болни и паразитоносители, безплатно лечение и диспансеризация на преболедувалите, се увеличава тройно - от 20 на 60 - 70 милиона лева. Пет години по-късно (1955 г.) болните от малария са само 672. През 1961 г. е регистриран последният случай на малария с местна трансмисия и СЗО издава сертификат на България за страна с ликвидирана местна малария. Борбата с маларията е една героична епопея, с участието на лекари, учени, биолози, инженери, работници и общественици. Изводът е, че за успешно действие върху определени детерминанти на здравето се налага всенародно участие - специализираната паразитологична служба, общинската здравна мрежа и обществото.

Гладът и бедността в разрушената от Първата световна война Европа особено силно засягат децата. България, като победена страна, не само изплаща репарации, но е принудена да приеме около 600 000 бежанци

от Добруджа, Македония и Тракия, от които 200 000 остават без подслон и средства за препитаване в пределите на страната ни. „Децата плачат – и трябва да се усмират; децата искат удобен подслон – и трябва да им се даде хигиенично жилище; децата искат хляб – трябва да се нахранят; децата боледуват и стенат – и трябва да им се даде медицинска помощ; децата искат образование – и трябва да им се даде училище; децата без майки и бащи – искат майчина грижа – трябва да им се даде приют; децата искат да живеят – и трябва да се запазят от грозящата смърт.“ (Из речта на проф. д-р Стефан Ватев за децата – бежанци у нас, Виена, 6-8.10.1924 г.)

Създаден на принципите на благотворителността, Съюзът за закрила на детето успява да привлече обществените сили и санитарните власти за благо на българското дете. Бързо са обхванати половината от децата до 1-годишна възраст, а постепенно и тези до 7-годишна възраст с лекарска консултация, текущо сестринско наблюдение, съвети и при нужда за социална помощ. Здравно-съвещателните станции стават огнища за здравна просвета, за здравно възпитание и издигат здравната култура на българските майки. Съюзът издава списание „Нашето дете“ с раздели: жената като майка, отглеждането на кърмачетата, детски болести и хигиена, „възпитание и образование, в защита и служба на детето, грижи за селското дете“. Според проф. Тошко Петров, Съюзът за закрила на децата е „чисто дело на проф. Стефан Ватев, което той подготви още от 1924 г., а през 1925 основава от името на БЧК клон на Международното дружество за закрила на децата“ (Петров Хр., Г. Петрова, 2012).

Тематиката в медицинската периодика е свързана предимно с лечебната медицина. Проблемите на профилактичната медицина са подценявани и са намирали по-малка възможност да стигат до лекарската общественост и населението. Профилактичната тематика е намирала по-често място в издания, под редакцията на утвърдени специалисти и общественици, като: „Съвременна хигиена“ (1907-1912, Стефан Ватев), „Обществено здраве“ (1914-1923, Хар. Нейчев), „Български хигиенен преглед“ (1931-1943, Тошко Петров). Пример за обществена отговорност по борбата със слепотата е сп. „Офталмологичен преглед“ (1933-1940, Константин Пашев) - списание с научен и популярен характер, при 25-те лекари-офтальмолози в страната, които не биха могли да оправдаят 7-годишното му издаване, ако не са разчитали на широкия професионален интерес към социално-значимите болести на окото, водещи до слепота. Подобно е положението и при педиатрите (само 57 души в България), които издават специализирано списание „Педиатричен преглед“ (1931-1934) с цел повишаване на знанията на общите лекари и специалистите в областта на детската патология. Трайността на професионалните издания е в зависимост от броя читатели и възможностите за издръжка от професионалните организации. Животът на много от списанията е в рамките на няколко години. Причините за това са: финансови, съсловни интереси, лични интереси, периодите на войните. Най-дълъг живот имат изданията на издръжка на утвърдени и многочислени професионални организации. Такова издание е „Летописи на Българския лекарски съюз“ (1903-1950), най-значимото медицинско издание, което след половинвековен живот е спряно и възстановено четиридесет години по-късно. (Цонов П. 2009)

Първото българско списание по социална хигиена, медицина и здравеопазване е списание „Обществено

здраве”, което е просъществувало от 1914 до 1923 г. То отговаря на потребността от създаване на списание, което да отразява проблемите на биологията и медицината, хигиената и здравеопазването, демографията, социалната и здравна политика и свързаното с тях законодателство. Програмата на списанието обявява водещите проблеми: децентрализация в санитарното и военно-санитарното дело; създаване на санитарна политика и на социално законодателство; благоустройството на страната; медицинска и акушерска помощ. Актуални теми са: създаване на болници, санаториуми и приюти; създаване на Медицински факултет; създаване на Министерство на народното здраве като фактор за санитарния и социален прогрес в страната. Създаденият Редакционен комитет включва уважавани граждани и професионалисти оставили трайни следи в историята на българското здравеопазване: д-р Владимир Алексиев – терапевт, фармаколог, професор; д-р Рачо Ангелов – военен лекар, министър на Народното здраве; д-р Богомил Берон – зав.- клиника по кожни болести; д-р Стефан Ватев – педиатър; д-р Величко Георгиев – организатор на българското училищно здравеопазване; д-р Димитър Киранов – санитарен генерал, гл. лекар на българската армия – 1912 г.; д-р Димитър Киров – педиатър, един от основателите на БЛС; д-р Васил Моллов – интернист, професор, един от основателите на МУ София; д-р Тошко Петров – началник на хигиенния институт, основоположник на българската хигиенна школа. За редактор на списанието е избран д-р Харалампи Нейчев- един от най-активните автори по проблемите на общественото здраве. За „Санитарните програми на нашите партии” (1914, кн. II, сп. „Обществено здраве”) д-р Х. Нейчев споделя критично: „Най-често това са лични програми на водителя и съидейниците му, без да обвързват масата на партията и без да се разбират от тази маса. Политическите партии, които оперират с доверието на народа, не отговарят на исканията на живота. За заразните болести, които у нас почват да играят една все по-злокобна роля, както е с туберкулозата, тифа и острите инфекции, се говорят най-общи думи. Санитарната дейност е оставена на случайните усилия на отделни лица, на времето и течението на живота. Появи ли се известно бедствие, почва да се мисли за него, вземат се скъпи и палиативни мерки и след това всичко заглъхва. На нашата страна се налага обновлението. Това е въпрос на съществуване. Санитарната програма трябва да стане реална и главна част от политическите програми на българските партии. И тая задача трябва да легне особено върху съзнателните български лекари, обществената работа за които е неотменима нужда за живот и развитие.” (Цонов П., 2014)

Книгата „Спомени и студии“ (БАН, 1928, 393 с.) на Иван Евстатиев Гешов (1849-1924) носи духа на съдбоносно за България време – от Съединението на България, до устройство на банки, задруги и дружества, имоти и производителност, данъчен товар и разходен бюджет. С горест и болка Ив. Гешов пише за напускащите страната българи-градинари: „Не лишавайте вашето отечество от едни добри синове, не лишавайте вашите синове от едно хубаво отечество, дето животът и хората могат да имат недостатъци, но дето вашите чада по-лесно е да научат онова трудолюбие, онова задружно работене и ония домашни добродетели, с които ще направят тяхното щастие, както са направили и вашето. Не напускайте вашата България, на напускайте вашето дружествено устройство, ако искате и Божията благодат да не напуска вашите челяди.” В студия от 1898 г. за данъците и бюджета Ив. Гешов пише: „В нашата

хубава България, ако вярваме на последното преброяване, направено в 1893 г., има 113,968 къщи само с един прозорец. Според същото преброяване 470,154 прозорци на нашите и тъй мрачни жилища, били запушени с книга. Население, което от сиромашия не вижда хубава България освен през един само прозорец – което от немотия употребява книгата, не да се осветлява от нея, а да затулва и тъй оскъдната Божия светлина – има струва ми се, право повече от всичко друго да иска отчет по двата за него особено жизнени въпроси – въпросите за данъците и бюджета.” (Цонов, 2008)

Първият преход в българското здравеопазване между 1879 г. и 1888 г. завършва с приемането на Санитарния закон, с който България въвежда модерна за времето си публично-частна здравна система по западноевропейски модел. Движещата сила в здравната политика на правителството на Стефан Стамболов тогава е стремежът България да се изгради по образец на развитите европейски държави. Нови елементи в българската здравна система се появяват след Първата световна война. Те бележат началото на втория преход в развитието на българското здравеопазване. Въвежда се (1918) и се утвърждава здравното осигуряване в България. Със Закона за народното здраве (1929) се регламентира структурата и функциите на здравната система, която съответства на моделите в западна Европа. Осъществяването на здравната политика става с участието на Българския лекарски съюз (БЛС). След 9.09.1944 г. се извършват редица изменения, като е засегнат потенциалът на медицинската научна, преподавателска и клинична дейност. Създава се Министерство на народното здраве. Променят се ръководството на БЛС и съсловните организации на зъболекари и фармацевти. Открива се нов Медицински факултет в Пловдив и се разширява здравната мрежа с нови здравни заведения и служби. Фактически действителен преход в здравеопазването се извършва от 1949 г. до 1952 г.. Национализира се частният сектор в здравеопазването. След V конгрес на БКП (1948 г.) страната се насочва към социалистическо преустройство на здравеопазването. Преходът се извършва в изумително кратко време с партийно-административна воля и натиск. Ресурсите и фондовите средства на здравното и социалното осигуряване стават държавни, както и активите на Съюза на кооперативните болници. Министър д-р Петър Коларов в книгата си „Въпроси на социалистическото преустройство на народното здравеопазване” (1951 г.), посочва целите и подходите за постигането им. Съветската организация на здравното дело се обявява за безспорна и задължителна. Държавата извършва масирани инвестиции в здравеопазването за изграждане на материалната база, за обучение на персонала и финансирането на здравните програми. Примерно за борбата с туберкулозата - Постановление № 699/25.07.1951 г. съдържа организацията и средствата за борба с туберкулозата: увеличаване на тубдиспансерите и персонала в тях, създаване на мобилни рентгенови екипи, осигуряване на БЦЖ ваксина, откриване на Институт за борба с туберкулозата и Катедри по фтизиатрия към медицинските факултети. Осигурява се взаимоддействие на цялата здравна мрежа за прилагане на единни методи за диагностика, лечение и наблюдение. Вземат се социални мерки – столови за лечебно хранене, дневни и нощни санаториуми, закрила на труда на болни и преболедували от туберкулоза. Осигурява се целево финансиране на всички предвидени дейности. По подобен начин се организира и решаването на проблема със забелеваемостта от силикоза, хигиенизирането на населените места и борбата с чревните инфекции и

паразитози. При наличността на добри организационни подходи, напълно основателен е въпросът: Защо, след един насилствен, но ефективен за здравето на нацията старт, здравната система достига до критична фаза? Отговорът е: Защото през четирите десетилетия на своето съществуване социалистическата здравна политика и здравна система по своите принципи, методи, организация и структури не се променя. (Попов М., 2007)

ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИТЕ ПРОБЛЕМИ

До Втората световна война България си остава страна с основна заетост и продукция от селското стопанство. Населението на селата е близо 80 %. Заето в селскостопанското производство е 65 % от активното население. През 1945 г. раждаемостта е 24 ‰, смъртността – 14.9 ‰, а естественят прираст е 9.1. Следващите две десетилетия (1956-1975 г.) са период на стабилизирана раждаемост за българското население – средно до 16 на хиляда при най-ниско равнище на смъртността 8-9 на хиляда. Поддържан е слаб, но постоянен естествен прираст. Демографският преход у нас е закъснял в сравнение с развитите европейски страни и се осъществява в средите на турската и ромската етнически групи. Демографският преход за българската група са очертава на фона на репродуктивното поведение на четири поколения: прародителските семейства отглеждат средно 4-5 деца, родителските поколения – по 2-3 деца, следващото поколение – по 1-2 и най-младото – до 1 дете. Поколенията от турския етнос по-дълго не променят репродуктивната си нагласа и задържат високо равнище на раждаемост при намаляваща смъртност. Ромското население е 313 хиляди души към 1992 г. или 3.7 % от населението, при млад и относително голям фертилен контингент с плодовитост 2.6. Може да се каже, че тази група е в начална фаза на демографски преход. Демографският преход у нас не е единен за основните етнически групи и по същество той все още се изживява, макар като цяло в общата национална рамка да се характеризира като завършен процес (Додунекова, 2004).

Тенденциите в здравното състояние на жените са тревожни за демографското развитие на страната. Раждаемостта през последните десетилетия е с трайна тенденция към намаляване. Към края на 1998 г. жените в България са 4,216,300 и представляват 51.2% от населението. Регистрирани са 65851 раждания и са извършени 79.6 абортта, т.е. на 1000 жени в детородна възраст има 32 раждания и 39 абортта. Половината от тези абортти са на жени в най-плодовитата възраст (20-29 г.). Сериозен проблем е увеличаване на абортите при момичета от 15 до 19 години, което поставя България на едно от „първите“ места по този показател. Причините са в провежданата демографска политика със забрана на абортите до 80-те години, ограничения асортимент контрацептиви и ниската здравна и сексуална култура. Влошените характеристики на родените деца косвено говорят за влошаване на здравето на жените майки. Нараства честотата на децата, родени с тегло под 2500 грама. Недоносените деца от 6.6% през 1990 г. достигат до 9% през 1998 г. Това са деца с повишен риск, изискват специални грижи и са една от предпоставките за увеличаване на детската смъртност (Чолакова Т., 2000).

Поуката, която може да бъде извлечена за днешния ден и за бъдещето е, че здравната политиката трябва да изведе на преден план профилактиката на преждевременната смърт на популационно равнище. Това

означава политиките да приемат безусловно, че първичната профилактика е надхвърлила възможностите на здравеопазването и изисква отговорно въвлечане на всички обществени сфери. Всеки гражданин трябва да разбере, че дълголетие му в здраве и трудова активност зависи преди всичко от начина на живот, който сам избира. Ранното откриване на социално-значимите заболявания и ефикасният им контрол ще допринесат за подобряване на качеството на живот. Положителен демографски резултат може да се очаква не по-рано от четири-пет десетилетия след ефективното въвеждане на необходимите мерки (Големанов Н., 1999).

Нацията не само застарява, но и намалява. По данни на Международната организация на труда до 2020 г. в нашата страна хората на възраст над 60 години ще се увеличат с една трета и ще надхвърлят 28 % от българите. По данни от последното преброяване в България живеят 1 902 371 хора над 60-годишна възраст, от които 58 % са жени. Възрастните хора имат различни здравни нужди и здравната ни система трябва да бъде адаптирана, за да осигури необходимите грижи и да остане финансово устойчива. Необходимо е изучаване на добрите европейски практики и партньорство за иновации в областта на активния живот на възрастните хора и остаряване в добро здраве. Земята се превръща в „планета с посребрени коси“. Осигуряването на достойни старини за възрастните хора у нас е стратегически приоритет за общественото ни здравеопазване. В Националната концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012-2030 г.) е залегнало създаването на условия за устойчиво развитие на обществото, икономиката и социалните системи. Солидарността между поколенията и разбирането за социалния потенциал, какъвто са старите хора, са залог за почитание на обществото ни, защото „Гдето старо не се почита, там за добро недей пита“ (Керековска А., Д. Ванкова, Н. Фесчиева, 2014).

Мадридският международен план (ООН-2002) определи три основни приоритета по проблемите на застаряването: икономическото развитие, здравето и благополучието в третата възраст и осигуряването на подкрепяща околна среда. Детерминантите на активното стареене, трите стълба на политиката за активно стареене са: участие, здраве, сигурност. В Хартата за промоция на здраве, изготвена и приета в Отава през 1986 г., се формулират пет важни измерения за „изграждането на среда, подкрепяща здравето“: физическа среда, социална среда, отраслово икономическа среда, ресурсна среда и политическа среда. Създаването на подкрепяща здравето среда е принос на Отавската харта за промоция на здраве, където за първи път като предпоставка за здраве се използват понятията „стабилна екосистема“ и „устойчиви ресурси“. (СЗО, 2003)

В света понастоящем (1998 г.) има около 580 милиона души над 60-годишна възраст, а към 2020 г. този брой ще надмине милиард. СЗО обявява 1999 г. за „година на старите хора“, а темата на Световния ден на здравето – 7 април е „Активно стареене“. Според д-р Гру Брундланд, ген. Секретар на СЗО, ХХ век е бил „векът на оцеляването“. „Най-голямото предизвикателство на ХХI век ще бъде да подобрим качеството на живот наред с удължаването му. Здравото е най-важната предпоставка хората да се радват на живота, особено през по-старите си години“ – казва тя. (СЗО, 1999)

Продължават да се задълбочават различията в здравето на хората, населяващи Балканите, и страните от Западна Европа. По-нататъшното стареене на хората на Балканите се придружава от ниска раждаемост

и по-висока заболяемост и смъртност. По-ниските здравни равнища се дължат предимно на сърдечно-съдовите болести, рак и диабет, причини свързани с нездравословен начин на живот и недостатъци в профилактиката на болестите. Много от случаите на ранна смърт могат да бъдат избегнати и да се отстранят в значителна степен чрез медицински интервенции и промени в индивидуалното поведение. Препоръките от СЗО са за по-широко участие на сектори извън здравеопазването – търговия, социални грижи, земеделие, екология, индустрия, работна заетост, маркетинг, социални и културни традиции. Има програми и структура на СЗО, които могат да помогнат. Това са Програмата по политика на храненето, детското хранене и безопасността на храните (NIF); инициативата „Национален план за действие по опазване на околната среда“ (НЕНАР), Европейската обществено-здравна информационна мрежа за Източна Европа (EUPHIN-EAST), CINDI, Програмите „Здрави градове“, „Региони за здраве“ и други. Кооперирането в областта на здравето между Балканските страни определено може да улесни напредъка на страните към интеграция със страните в Европа (Иванов Л., 2001).

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ

Според препоръките на Световната конференция на СЗО в Аделаида (1988), главната цел на здравната политика е да се създаде благоприятна среда, която да позволява на хората да живеят здравословно. Така политиката прави здравословния избор възможен или по-лесен за гражданите. Правителствените сектори – индустрията, земеделието, търговията, образованието и комуникациите би трябвало да държат сметка за здравето на хората, да се отчитат пред обществото за здравните последици от техните решения и действия. Принципиите на здравословната политика приемат здравето като основно човешко право и финансово осигурена социална инвестиция. Отговорността за здравословната политика трябва да бъде споделена, защото предизвикателствата надхвърлят възможностите на сегашните здравни системи и са извън рамките на здравната помощ. Неравенството по отношение на здравето се корени в неуредиците на обществото. (Гаргов, 1993).

Създаването на научна база е от особено значение. Не може успешно да се развива здравната реформа и ефективно да се използват наличните ресурси без научни изследвания. Би трябвало да се даде приоритет на изследвания, които биха създали основа за изграждане на концепция за новото здравеопазване в условията на пазарната икономика. Те трябва да проучват здравните потребности, съществуващите рискове, свързани с влошеното икономическо положение на българското семейство, увеличаващата се безработица, задълбочаването на отрицателните демографски процеси, тежкото екологично състояние на страната. Изграждането и развитието на съвременната здравна система стои в най-гясна връзка със създаването на сътрудничество с другите сектори на икономиката, културата и образованието. Необходимо е създаване на механизми за въвеждане на общинските здравни служби в такова сътрудничество (Вълчев, 1993). Необходим е баланс между здравното управление и общественото здравеопазване. В своя статия „Развитие на училищата с преподаване на обществено здравеопазване в страните от Източна Европа и нововъзникналите независими държави“ той споделя, че в посткомунистическите държави често срещано явление е да се обръща повече внимание на обучението на здравни мениджъри, тъй като частният

сектор е голям потенциален пазар. В същото време съществува тенденция да се подценява кризата в общественото здравеопазване, предизвикана от претърватими заболявания. Налице е неспособност да се оцени потенциалната полза от промоцията на здраве и приложението на общественото здравеопазване според опита на развитите страни от последните три десетилетия. Отговорът на тази дилема се състои в постигане на баланс между аспектите на мениджмънта и общественото здравеопазване. Необходимо е да се създаде пазар за общественото здравеопазване и развитие на професионалистите, работещи в тази сфера. Работата там трябва да предлага висок статус и удовлетворение, за да бъдат привлечени кандидати със способности. Обучението по обществено здравеопазване трябва да е свързано с придобиване на умения, необходими за справяне със здравната ситуация и участие в създаването на подходяща местна и национална здравна политика (Тулчински Т, 2002).

Съществените функции на общественото здравеопазване включват: оценка, развитие на политиката и осигуреност. В някои страни те са подробно описани в държавни документи (САЩ). Оценката обхваща: наблюдение върху здравното състояние на населението, определяне на обществено-здравните проблеми; тяхното изследване и оценка на здравните рискове за населението. Развитието на политиката предполага: достъпно и широко информиране, обучение и овластяване на хората по здравните въпроси; организиране и привличане на общественото партньорство за разпознаване и решаване на здравните проблеми; подкрепяне на личните и обществени усилия в полза на здравето чрез разработване на здравни политики и планове за реализирането им. Осигуреността включва: изграждане на закони и правила в защита на общественото здраве; достъп до необходимите здравни услуги за населението и предоставянето на здравни услуги; осигуряване на компетентна работна сила в здравеопазването и здравното обслужване; оценяване за ефективност, достъпност и качество на здравните услуги (Каледейне Р., Л. Сумкас, 2005).

Промоцията на здраве като нова философия на общественото здравеопазване нараства по значимост в световен мащаб и се превръща в основа на съвременната здравна политика. Необходимо е да се осъзнаят бариерите и конфликтите в хода на този бавен за България процес. Доминира все още традиционният „здравно-възпитателен“ подход, целящ повишаване на здравните знания и промяна в поведението. България е още в началото на този процес (Керековска А. К. Докова, Н. Ушева 2005).

Социалният капитал е от критично значение за гражданите, за организациите в различните отрасли, публичните администрации, училищата и болниците. Днес социалният капитал не е ключ към организационния успех; но той е реален и важен, колкото физическият или човешкият капитал (Бадура Б., 2005).

Агресията е деструктивно поведение. През учебната 2011/2012 г. в училищата в България са регистрирани 1 628 инциденти на насилие; следващата година те са 2100, а за учебната 2014/2015 г. данните са още по-тревожни. В над 80 % от училищата в страната са подадени сигнали за насилие или агресия. Само от началото на 2016-2017 учебна година регистрирани случаи на агресия между учениците са 4117. В изследване сред 1743 ученика от общо 13 училища в град Варна чрез пряка индивидуална анкета се търсят проявите на агресия – телесна, вербална, индиректна;

опозиционно поведение, агресивна раздразнителност, агресивно недоверие, ревност, омраза, лъжа. Данните сочат, че изпитваното напрежение и умора при подготовката за училище могат да бъдат причина за агресивното поведение. 91 % от изпитващите напрежение ученици от XI и XII клас имат и високо ниво на агресивно поведение, които може да са свързани. Телесната и вербалната агресия, а така също агресивната раздразнителност са по-силни при учениците, които не се тревожат много за училището. (Мерджанова Ан., А. Радева, Цв. Търпоманова, 2015)

Философията на общественото здравеопазване споделя разбирането, че здравето е лична и обществена отговорност с акцент върху двата основни аспекта на здравето: „здравно равновесие“ и „здравен потенциал“. На единия край на скалата на рисковите фактори са: нищетата, недохранването, замърсената околна среда, а на другия – преяждането, застоялият живот, тютюнопушенето и алкохолизмът. Здравото не е цел, а „ресурс на всекидневния живот“. Грижите за здравето обединяват „личния избор и личните ресурси“ със „социалната отговорност и ресурсите на обществото“. Важно е да не се създават противопоставяне и конфликт в рамките на непрекъснатия процес „промоция на здраве – профилактика – лечение – рехабилитация“ (Василевски Н. 2001)

„Българската култура“ се характеризира с голяма дистанция между хора, имащи власт и хора, нямащи такава, висока степен на зависимост на обществото и индивида от личностите, които имат власт, недоверие към висшестоящите, централизация и ниска степен на делегиране на права и власт „надолу“. Подобна характеристика превръща „овластяването на индивида и обществеността“ в труден за реализиране подход. Причините са силна потребност от правила в обществения живот; голяма зависимост на гражданите от властта; акцент върху професионални знания и умения; недоверие към непрофесионалиста. Тези особености могат да се свържат с традицията за слабо участие на обществеността и неправителствените организации в политическия процес и вземането на обществени решения (Керековска А., 2006).

Проф. Мирослав Попов (СМ №2, 1997) пише за ролята на регионалното и местно планиране в условията на децентрализация в Германия. На общинско ниво се увеличават възможностите за координиране на обществения и частен сектор, по-пълно се използва потенциалът на регионалните органи за стимулиране на конкуренцията и подобряване на здравните дейности. Общинските планове и отчети се считат за „пътеводни знаци“ в които здравната система трябва да е „прозрачна“ за участващите в нея. Планирането на общинско ниво може най-добре да отрази потребностите на гражданите, ако в него участват представители на трите основни групи: отговарящите за системата на здравеопазването, изпълнителите на здравни услуги и потребителите на тези услуги. Общинският здравен план в Германия задължително подрежда приоритетите, необходимите средства и процеса по вземане на решения. Дава се представа за здравното състояние на населението, здравните рискове, здравното и социалното обслужване, заетите лица в здравеопазването, анализи и прогнози за пазара на заетост, дейности и разходи свързани със здравеопазването - профилактика, промоция и лечение, образование и наука, както и неделните разходи по болестния товар по избрани планови задачи и програми, излизайщи извън рамките на здравната сфера. Така местното планиране позволява

по-добро съгласуване на дейностите, коопериране на усилията на институциите за използване на повече и по-разнообразни ресурси за нуждите на общинското здравеопазване.

Чрез пряка индивидуална анкета е изследвано мнението на 196 медицински сестри (2011 г.), работещи в болнични отделения с терапевтична, хирургична и неврологична насоченост във Варна, Добрич, Велики Преслав и Балчик. Средният им професионален стаж е 21,8 години. Пълна удовлетвореност от сестринската професия имат 30 %; около половината (54 %) не изпитват удовлетвореност, а онези, които изобщо не са удовлетворени от сестринската професия, са 14 %. Близко 1/3 не желаят да работят като медицински сестри „след 5 години“, а на сходен въпрос 33 % отговарят, че желаят да заменят сестринството с друга професия. Изборът на сестринската професия при някои е направен поради липсата на друга възможност (9 %), неосъществено желание за прием в друга специалност (19 %). Само за част от медицинските сестри дейностите „провеждане на разговор с пациента“ (21 %) и „обучение на пациента“ (25 %), са оценени като дейности, носещи професионална удовлетвореност. Анализът на данните показва променяща се нагласа за ролята на медицинската сестра. Резултатите са притесняващи, защото отразяват неблагоприятната ситуация, в която е поставено сестринското дело в България. Проблемите са: ниско заплащане на труда на медицинските сестри, прекомерна психическа и физическа натовареност на работещите поради липса на кадри, подценяване на ролята на медицинската сестра в оказването на автономни здравни грижи, липса на законова регламентация за автономна дейност. (Тончева С., Ст. Павлова, 2012)

Здравната политика се нуждае от солидна здравна информация, получена от валидни и сравними източници, за да бъде в състояние да дефинира здравни индикатори за мониторинг и развитие. Последната версия на индикаторите от 2012 г. съдържа 94 показателя разделени в пет секции: демографски и социално-икономически фактори; здравен статус; здравни детерминанти; здравни интервенции – здравни услуги; здравни интервенции – промоция на здравето. Индикатори за детерминантите на здраве са: индекс на телесна маса, процент на възрастните лица с наднормено тегло; кръвно налягане – диагностицирано последните 12 месеца; редовни пушачи, пушеци ежедневно; бременни жени, които пушат; обща консумация на алкохол на глава от населението (вкл. домашен алкохол); опасна консумация на алкохол (над 20 г. за жените и над 40 г. за мъжете чист алкохол); употреба на незаконни наркотици – определени психоактивни вещества; консумация на плодове – най-малко веднъж на ден; консумация на зеленчуци – най-малко веднъж на ден; кърмене, процент на бебетата, кърмени на 3 и на 6-месечна възраст; физическа активност – ежедневно и седмично за точно формулирана дейност; рискове за здравето, свързани с работата; социално подпомагане – процент на хората, които имат на кого да разчитат при сериозни лични проблеми (Арнаутов Й., 2014).

ПРАКТИКИ ОТ ЧУЖБИНА

Все по-актуална става темата за икономическата тежест от злоупотребата с алкохол и наркотици за обществото. Интересен подход за оценка в тази насока е този за „човешкия капитал“, на който се базира Докладът на националните институти за изследване на злоупотребата с наркотици и алкохол в САЩ за 1992 и публикуван през 1998 г. Икономическа стойност за САЩ

от злоупотребата с алкохол и наркотици през 1992 г. е определена на 246 милиарда долара, като злоупотребата с алкохол е 148 млрд. долара (60%), а тази с наркотици – 98 млрд. долара (40%). Важна е тенденцията за нарастване на размера и особено на структурата на тези големи разходи: здравните разходи са 11.7% – 28,8 милиарда долара; свързани със загуби на продуктивност са 71.7% – 176,4 милиарда долара. Други загуби за обществото са 16.7% – 30,8 милиарда долара за системите: криминална, съдебна и социално подпомагане. Както се вижда здравните разходи са само върха на айсберга, малко над тях са другите разходи, а основните разходи, над 2/3 са загуби от човешки капитал (Василев Г., Ал. Канчелов, 1999).

Здравната система на Нидерландия напоследък е лидер между страните членки на Европейския съюз според ежегодното издавания „Индекс на здравния потребител”, изготвен въз основа на 38 показателя, групирани в областите: права на пациента; електронно здравеопазване; време на чакане за лечение; изход от лечението; обхват на осигуряваните услуги; достъп до лекарства. За гражданите задължителната застрахователна премия е от типа „плоска премия”, в която не се калкулират параметрите пол, възраст, рискове и предшестващи заболявания. Съществен финансов белег на системата е създаването на Национален рисков-изравнителен фонд. В унисон с държавната си политика, държавата поема застрахователните вноски на всички деца до 18-годишна възраст, заплаща част или напълно застрахователната вноска за социално слабите групи от населението. На всеки гражданин е предоставена опцията да се застрахова допълнително за някои видове услуги, невключени в основния пакет: дентална помощ, физиотерапия и рехабилитация. Финансовите източници са три: 50 % – от работодателя, 45 % – от вноската на застрахованото лице и 5 % от държавата посредством Националния рисков-изравнителен фонд (Ганова-Йоловска, 2010).

Ирландия е малка страна с население около 4 милиона души. Разходите за здравеопазване на глава от населението са 3424 евро, т.е. 7.6 от % БВП. Директивите на ЕС са важни, но те не могат да се прилагат механично и сяко, тъй като всяка система е различна. Всички здравни реформи трябва да се извършват в сътрудничество с медицинските университети и колежи, които са еднакво важни за процеса. Икономическите затруднения и спадът на националния брутен продукт насочват вниманието към реформи и промени. Големият скок в данъците (до 55% за някои категории доходи) и въвеждането на пенсионно облагане намаляват доходите на лекарите (Николов Н., 2010).

През 2010 г. националният бюджет в Ирландия е малък с около 9 милиарда евро. Здравеопазването, като част от социалната сфера, губи от тези съкращения и започва етап на закриване и обединяване на болници. Търси се по-разумно географско разпределение на болниците, избягване на дублиращи се здравни услуги. Налагат се решения като: седмично затваряне на една от 11-те операционни на болницата на ротационен принцип. Пестят се труд и консумативи. Всичко това увеличава списъците на чакащите, което противоречи на „Инициатива 365” и интересите на болните. Налице е парадокс – трябва да се работи все повече, с по-възрастни и по-тежко болни пациенти, с по-малко средства, т.е. взаимно изключващи се цели (Николов Н., 2011).

Конкурентоспособността на здравеопазването в България и съседните страни (Румъния, Сърбия,

Македония, Гърция и Турция) е била обект на изследване. Подходът е конструиране и апробиране на индекс на конкурентоспособността, вкл. и спрямо ЕС за периода 2000-2007 г. За изчисляването на индекса е използвана базата данни на СЗО „Здраве за всички” с показатели за ресурси и резултати. Показатели за ресурси са: осигуреност с лекари, сестри, болнични легла (на 100 000 население), здравни разходи като процент от БВП, публични и общи здравни разходи. Показатели за резултати са: детска и майчина смъртност, очаквана продължителност на живота при раждане – намаление в продължителността на живота поради преждевременна смърт; очаквана продължителност на живота, съобразена с неспособността, намаление в продължителността на живота поради преждевременна смърт преди 65 години. Резултатите показват, че състоянието на здравеопазването в България се подобрява след 2000 г., когато са направени основните стъпки на здравната реформа. Общият индекс на конкурентоспособност за здравеопазването в страната се повишава от 3.24 на 4.00, но все още е под този за ЕС (4.93). Ранжирането сочи Гърция като фаворит на Балканите. България и Сърбия заемат второто място с много близки стойности на ресурсоемкостта, като Сърбия постига по-добри здравни резултати от нас. България и Румъния имат да решават проблеми в областта на финансовите дефицити на здравните си системи, а Сърбия и Македония стоят съвсем близко до тях. На последно място е Турция, която трябва да се справя с многобройни проблеми във всички области и да намали здравните различия между различните групи на огромното си население (Делчева, 2010).

Здравната система в Швеция е държавна и се поддържа от общините, които финансират здравните центрове. Лекарската практика е частна, самостоятелна, със или без договор със Здравната каса, като лекарят обслужва 1300-2000 пациента. Има и лекари, работещи по договор с Общината. Те разполагат с малка лаборатория и сестра, като обслужват не повече от 3000 души. Специализациите на лекарите са безплатни. По време на обучението си получават около 2/3 от обичайната им месечно заплащане. В медицинските центрове има сестри с висше образование, които правят приема, насочват болните, дават консултации по телефона, извършват спешни манипулации. Други сестри – с полувисше образование извършват лабораторни анализи, правят електрокардиограми, асистират при функционални изследвания от хирурзи, гастроентеролози, гинеколози. В повечето здравни центрове има и психолог, към когото се насочват от лекарите нуждаещите се от консултации и психологическа подкрепа (Йорданова Д., 2003).

Самостоятелна стоматологична практика в Ню Йорк е създадена българката д-р Гроздалина Метц, която завършва стоматология в София (1964). Включена е в последното издание на “TopDentist in America”, което представя 10 % извадка от практикуващите в САЩ лекари по дентална медицина, обявени като водещи. За работата си споделя, че прави на 6 месеца регулярен профилактичен преглед, сменя зъбен статус, почиства от зъбен камък и полира зъбите, уточнява с пациента потребностите му от лечение и срока, за който могат да бъдат лекувани зъбите. Здравната осигуровка покрива пълно само диагностичните и профилактични дейности. Чака се чек от осигурителя със сума, покриваща съответната част от стоматологичното лечение според вида осигуровка – 30 до 70 %. Останалото се доплаща от пациента, записва се в специален дневник за отчет пред данъчните власти. На всеки три месеца се внася процент от получените пари в кабинета, а цялостна

равносметка се прави в края на годината. Приблизително се заработват около 300 000 долара годишно, от тях около 40 % са за данъци, 25 % покриват различни разходи, а останалото може да се счита за приход (Цонов П., 2000).

За здравните грижи в Канада през 2001 г. разказва българка, която работи като регистрирана медицинска сестра в т.нар. „междинно звено“ със 100 легла на една голяма държавна болница за пациенти, които нямат възможност да бъдат гледани вкъщи и чакат освобождаване на легло в старчески дом. Престоят е от няколко дни до месеци, дори година. Това са болни след прекаран инфаркт, инсулт, паркинсонова болест, атеросклероза, ставни заболявания, болест на Алцхаймер и други. Сестринските грижи са свързани с наблюдение в продължение на 12 часа. Има дежурен лекар на разположение, с когото се контактува по телефон – за консултация, а при необходимост идва в отделението (Паунова А., 2001).

БЪДЕЩЕТО

Концепцията за „Качество на живот свързано със здравето“ се появява през 60-70-те години на миналия век. Тя е свързана с всички области, които могат да имат ефект върху човешкия живот с възхода на консумативното общество. В концепцията намира място субективното усещане, как хората приемат собственото си функциониране, качеството на взаимоотношенията си, позитивните емоции и реализацията на потенциалта си. Периодичната оценка на здравето в човешките популации може да допринесе за идентифициране на уязвими групи от обществото и на адекватното преразпределение на оскъдните ресурси в здравеопазването, както и за оценката на лечебния процес. Ползите са, че се обогатяват подходите за цялостна оценка на здравето; разширяват се възможностите за планиране и оценки на здравни политики подходящи са в условията на криза за установяване на приоритети; предпоставка са за политики и практики за личостно развитие. Многомерността на концепцията е причина Световната банка да признае показателя като индикатор за устойчиво развитие на дадена държава. (Фесчиева Н., Д. Ванкова, 2012)

Експертите на СЗО смятат, че бъдещето на човешкото здраве през XXI век ще зависи в голяма степен от това какви инвестиции се правят днес в здравето на жените. Здравето на жените е сложно преплетено с техния статут в обществото. По-често са изложени на вредното въздействие на повишените социални изисквания. Може да се очаква, че бедността, безработицата, престъпността и психосоциалният стрес ще рефлектират преди всичко върху тях. Други негативни фактори са все по-нарастващото насилие спрямо жените, рисковото сексуално поведение на младите жени, както и преждевременното навлизане в сексуални контакти на девойките, проявяващи се на фона на ниското ниво на здравни знания (Тулевски Б., Н. Василевски, 1998).

Семейното здраве е вид групово здраве. В семейната среда всеки индивид е подложен на влияние, а и той от своя страна влияе на останалите членове на семейството. Семейното здраве се свързва със здравето на всеки един от членовете му и възможността семейството да създава здрав психоклимат, необходим както за живота на семейните партньори, така и за раждането, отглеждането и възпитанието на здраво поколение. Жената и мъжът в ролята на родители или професионалисти не бива да дават лоши примери за поведение, което руши здравето. Това означава всеки да си дава сметка

за здравните последици от своите действия (Сугарева М., 1998).

Икономическите, социалните и научните въздействия върху медицината принуждават политиките в цял свят да предприемат реформи в медицината и здравеопазването. Успехите на съвременната медицина са нож с две остриета – често по-дългият живот се постига с цената на големи страдания, болести и много финансови средства. Търсенето на баланс между предимствата и недостатъците на новите медицински технологии е важен приоритет за политиките. Освен това, правителствата на различните страни – богати и бедни, в стремежа си да постигнат баланс в своя бюджет, трябва да поставят медицината в условията на конкуренция с редица други претенции за оскъдните ресурси. Стремехът към бъдещата престижна медицина е тя сама да определя посоката на своя собствен професионален живот като се ангажира в непрекъснат диалог с обществото. Медицината не би трябвало да става наемник, който просто да изпълнява заповеди на обществата и да впряга своите умения за постигането на каквито и да са цели по тяхно нареждане. Медицината трябва да се вслуша в това, което обществото очаква от нея и ще направи всичко възможно да бъде максимално отговорна, но тя трябва да начертае своя курс за партньорство с обществото. Въпросът, който медицината трябва винаги да поставя пред своите управляващи, покровители или финансисти, е този: „Можете ли да ни помогнете да останем верни на себе си и на тези, на които трябва да служим“ (Калахан Д., 2000).

Медицината на бъдещето трябва да бъде умерена и благоразумна; поносима и устойчива; социално чувствителна, справедлива и достъпна за всички; медицина, която уважава избора на човека и човешкото достойнство. Умерената и благоразумна медицина винаги ще се съобразява с това, че болката и страданието ще останат част от човешкото съществуване, че смъртта може да бъде забавена и отклонена, но никога – победена. Благоразумната медицина ще балансира своята борба с болестта и боледуването с постоянното чувство, че нейната роля е да помогне на хората да живеят колкото е възможно по-здравословен и продуктивен живот. Поносимата и устойчива медицина ще се стреми да адаптира своите цели към икономическите реалности. Преосмислянето на медицинските цели ще позволява да се правят морално и социално приемливи използваните организационни и икономически технологии. Стремехът е тя да напътства хората по отношение на предела на нейните възможности в реалностите, които позволяват поносимото и устойчиво развитие. Социално чувствителната медицина не забравя човешката ограниченост. Медицината, която не познава ограничения и няма собствен компас, бездейства пред пазара. Безпристрастната медицина изисква подходяща медицинска и административна подкрепа, както и политически усилия за балансиране на здравните потребности със здравните възможности и с помощта на другите сектори на обществото. Медицина, която уважава избора на човека и човешкото достойнство предоставя свобода на избора там, където е възможно. Това обаче е съпроводено с определени задължения и отговорности по отношение на съхраняване на здравето, оформяне на собствения живот, грижа и съпричастие към семейството и болните ни приятели. Ние трябва отговорно да подхождаме към нашите решения, засягащи здравето, да използваме медицинските знания и умения за здравословно поведение. Пълноценното реализиране на тези отговорности предполага обучение, обществени дискусии между доброто на индивида и доброто на

обществото, себепознание и приемане на социалните предизвикателства по начин, който респектира човешкото достойнство и избор (Калахан Д., 2000).

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Акцентът в областта на общественото здраве се поставя върху позитивното здраве, върху отговорността за здравето чрез хората, във всичко и навсякъде за подобряване на личното и общественото здраве. Другата важна задача е да се споделя отговорността за общественото здраве.

Общественото здраве рефлектира навсякъде – в политиката, икономиката и качеството на живот. От традиционния медицински модел трябва да се налага по-ефективен подход, подход на сътрудничество с всички други сфери на обществото.

Въпроси за предизвикателствата (при отчитане на дефицитите – кадрови, морални, финансови и организационни) и наличие на информация за основните здравно-демографските показатели:

— Кои управляеми фактори влияят на общественото здраве?

— Какво е нивото на лична и обществена отговорност?

— Кои въпроси са управленски решими?

— Кои проблеми са политически зависими?

— Как да се регулират и контролират здравните услуги?

— Кой ще оценява вложените усилия и ресурси?

— Как да бъде оценена здравната дейност?

Литература:

1. Арнаудов И., Здравни индикатори на Европейската общност, СМ, 2014, №3, 4-8 с.
2. Бадуря Б., Социален капитал, икономически резултати и здраве, СМ, 2005, №1-2, 61-63 с.
3. Василевски Н., Интегриране дейността на здравния сектор с детерминантите на здраве, СМ, 2001, №3, 7-11 с.)
4. Василев Г., Ал. Канчелов, Оценка на себестойността и икономическата тежест за обществото на злоупотребата на алкохол и наркотици – националният доклад за 1992 година на САЩ и отражението му върху българската реалност, СМ, 1999, №1, 39 с.
5. Вълчев Ал., Приоритети на социално-медицинските изследвания, СМ, №1, 1993, 14-16 с.
6. Ганова-Йоловска Г., Здравните системи в някои европейски страни, СМ, 2010, №2-3, 37-40 с.
7. Гаргов К., Здравословна политика – готова ли е социалната медицина?, СМ, №1, 1993, 5 с.
8. Големанов Н., Далечни перспективи на смъртността по причини в България, СМ, 1999, №2, 16-19 с.
9. Делчева Е., Конкурентоспособност на здравеопазването в България и съседните ѝ страни, СМ, 2010, №4, 29-31 с.
10. Додунекова, Демографския преход в България (етнически профил), СМ, 2004, №1, 7-10 с.
11. Иванов Л., Здравето на Балканите, СМ, 2001, №1, 8-18 с. (база данни 1996 г., „Здраве за всички“, СЗО и книгата „Съседни на балканите. Стимулиране диалог върху здравно дело“, СЗО, 2000, 156 с.
12. Йорданова Д., Медицинска практика в Швеция, СМ, 2003, №2, 31-32 с.
13. Калахан Д., Цели на медицината: Новите приоритети, СМ, 2000, №3, 43-45
14. Каледине Р., Л. Сумкас, Развитие на професионалното обучение по обществено здравеопазване: международният контекст и примерът на Медицински университет – Каунас, Литва, СМ, 2005, №3, 11-14 с.
15. Керковска А., Д. Ванкова, Н. Фесчиева, Възрастните хора и общественото здравеопазване, СМ, 2014, №4, 7-10 с.
16. Керковска А., К. Докова, Н. Ушева, Промоция на здраве в България – политическо развитие и съвременни предизвикателства, 2005, №3, 15 с.
17. Керковска А., Пренасяне на политика за промоция на здраве от Великобритания към България – транскултурални аспекти, 2006, №1-2, 11 с.
18. Мерджанова А., А. Радева, Ц. Търпоманова, Училищната среда като социален фактор, моделиращ агресивното поведение на учениците, СМ, 2015, №3, 12-15 с.
19. Ненкова Б., М. Пандова, Регионални неравенства в първичната инвалидност поради слепота в Източна България, СМ, 2014, №3, 9-12 с.
20. Николов Н., Кризата за кадри и управлението на човешките ресурси в ирландските болници – обстановки, перспективи и поуки за България, СМ, 2010, № 2-3, 41-44 с.
21. Николов Н., Болничен мениджмънт в условията на криза, СМ, 2011, №3, 22-24 с.
22. Паунова А., Разговор за здравните грижи в Канада, интервю, взел П. Цонов, СМ, 2001, №4, 22-23 с.
23. Петров Х., Г. Петрова, Съюз за закрила на децата в България и здравно съвещателните станции (1924-1944), СМ, 2012, №1, 46-48 с.
24. Попов М., Преходите в българското здравеопазване: големият преход през 1944-1952 година, СМ, 2007, №2, 47-48 с.
25. Сугарева М., Сексуален живот и психично здраве, СМ, 1998, №2, 14-16 с.
26. Тончева С., Ст. Павлова, Изследване на професионалната удовлетвореност на медицинската сестра, СМ, 2012, №1, 30-32 с.
27. Тулевски Б., Н. Василевски, Промоция на здраве и първична профилактика на болестите при жените, СМ, №2, 1998.
28. Тулчински Т., За баланс между здрав. управление и общественото здравеопазване, СМ, 2002, №3, 9-11 с.
29. Фесчиева Н., Д. Ванкова, Качество на живот свързано със здравето, СМ, 2012, №2-3, 2 с.
30. Ценова Б., Училището – здравословно работно място, СМ, 2014, №3, 33-36 с.
31. Цонов П., Една стоматологична практика в Ню Йорк (интервю с д-р Гроздалина Метц), СМ, 2000, №4, 28-30 с.
32. Цонов П., Български периодичен медицински печат (1878-1944), СМ, 2009, №1-2, 71-73 с.
33. Цонов П., 100 г. от създаването на сп. „Обществено здраве“ – първото българско списание по социална хигиена, медицина и здравеопазване, СМ, 2014, №1, 47-48 с.
34. Цонов П., 160 г. от рождението на Ив. Гешов, СМ, 2008, №4, 48 с.
35. Чолакова Т., „Някои основни проблеми на здравето на жените в България“, СМ, 2000).

Doц. д-р Петър Цонов

(Главен редактор на сп. „Социална медицина“)