

ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО КАТО СОЦИАЛНА ЦЕЛ И ДОСТЪПНОСТ НА ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО СВЕТА

Лора Георгиева, Христина Божинова-Димитрова

Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването, Медицински университет – Варна

THE POPULATION HEALTH AS A SOCIAL GOAL AND ACCESSIBILITY OF THE PRIMARY MEDICAL CARE AROUND THE WORLD

Lora Georgieva, Hristina Bozhinova-Dimitrova

Department of Social Medicine and Healthcare Organization, Medical University of Varna

Резюме

Въведение: Осъзнаването на социалната платформа на здравните системи все повече доминира в модерното обществено здравеопазване, в което фокусът се премества от болничната към първичната медицинска помощ и социалната сигурност.

Цел: Целта на статията е да анализира ролята на първичната медицинска помощ в достигането на социалната цел за здраве за всички хора, както и проблемите в достъпа, пред които се изправят общопрактикуващите лекари и населението по света.

Материал и методи: Анализирани са международни и национални източници и бази данни, свързани с разглежданата тематика.

Резултати и обсъждане: За да изпълни ролята си за покриване на населението с базови медицински грижи, първичната медицинска помощ преди всичко трябва да е достъпна за всички хора. В развиващите се страни голяма част от населението е с липсващ или труден достъп до здравни грижи. В много развити страни дефицитът на общопрактикуващи лекари в селските райони е социален проблем.

Заклучение: Трудностите в първичното медицинско обслужване на бедните, селските и отдалечените райони са съпоставими навсякъде по света и имат най-вече организационен и логистичен характер.

Ключови думи: здраве, първична медицинска помощ, общопрактикуващ лекар, население, достъп

Summary:

Introduction: The understanding of social platform of health systems increasingly dominates in the new public health, in which the focus shifts from the hospital to primary medical care and social security.

Aim: The aim of the present article is to analyze the role of primary medical care in achieving the social goal of health for all people, as well as the problems related to access, who face the general practitioners and the population around the world.

Material and methods: International and national sources of information and databases related to the topic under consideration have been analyzed.

Results and discussion: To achieve its goal of covering the population with basic medical care, primary medical care should first of all be accessible to all the people. In developing countries there is a lack of or difficult access to health care services. In many developed countries, the shortage of general practitioners in rural areas is a social problem.

Conclusion: The difficulties in primary medical care for poor, rural and remote areas are comparable around the world and have mostly organizational and logistical origin.

Key words: health, primary medical care, general practitioner, population, access

ВЪВЕДЕНИЕ

Осъзнаването на социалната платформа на здравните системи все повече доминира в разбиранията на новото обществено здравеопазване, в което фокусът се премества от болничната към първичната медицинска помощ и социалната сигурност [32], а здравната политика все повече измества фокуса от медицинска политика към социална медицина [25]. Въпреки непрекъснатото диференциране и специализиране на услугите с развитието на обществото, в много страни здравеопазването и социалните грижи са обединени в една обществено-икономическа сфера. Например: Министерството на здравеопазването и социалните грижи в Швеция дефинира своята област като осигуряване на социално благополучие на населението, включващо

грижи за здравето и финансова и социална сигурност за децата, хората в напреднала възраст, болните и инвалидите, Министерството на социалните грижи и здравеопазването във Финландия обединява отговорността за социалното благополучие, финансовата сигурност, труда и грижите за здравето, Министерството на здравеопазването и социалните грижи на Монако е фокусирано върху заетостта, труда, осигуряването, здравните и социалните грижи, възрастните и инвалидите и т.н.

Здравеопазването е неразривно свързано със социалната сигурност. В Европейската социална харта от 1961 г. се посочва, че на населението трябва да се гарантира правото на социална и медицинска подкрепа [11]. В ревизираната Европейска социална харта от 1996 г. се допълва гарантиране на фундаменталните

социални и икономически права на всички хора в техния ежедневен живот, защита срещу бедност и социално изключване [12]. На фона на увеличаващите се разходи, главно за болнична помощ, се приема, че е ефективно преориентацията да се извърши към разширяване на първичната медицинска помощ, с познаване на медико-социалните проблеми на пациента.

ЦЕЛ

Целта на настоящата статия е да анализира ролята на първичната медицинска помощ в стремежа към достигане на социалната цел за здраве за всички хора, както и проблемите в достъпа, пред които се изправят общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и населението по света.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Използван е методът документален анализ - анализирани са международни и национални източници и бази данни, свързани с обсъжданата тематика.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Като главна социална цел за правителствата Световната здравна асамблея поставя през 1977 г. - постигането от всички хора по света на такова ниво на здраве, което да им позволи да водят продуктивен в социално и икономическо отношение живот. Тази идея е базова за изграждането на стратегията „Здраве за всички до 2000 година“ [23, 35]. Като ключово средство за постигане на здраве за всички е посочена първичната здравна помощ. През 1978 г. на Международна конференция в Алма-Ата понятието „първична здравна помощ“ е дефинирано като основна здравна помощ, основана на практически, научно обосновани и социално-приемливи методи и технологии, универсално достъпни за всяко лице, за семействата и общността. Това е първото ниво на контакт на лицата, семейството и общността, тя е най-достъпната и най-близка до мястото, където хората живеят и работят и представлява първият елемент на продължителността на здравната грижа [14]. Тази конференция става популярна като първата международна конференция по първична здравна помощ, а Декларацията от Алма-Ата става нарицателна като първият документ, основополагащ това понятие.

Понятията „първична здравна“ и „първична медицинска“ помощ са близки по звучене и по съдържание и често се употребяват като синоними, но те не са еднозначни и между тях има различия, обусловени главно от извършителите им. Първичната здравна помощ може да се характеризира като стратегия за утвърждаване на универсален достъп до грижи за здравето, превенция на заболяванията, решаване на социални и екологични проблеми, докато първичната медицинска помощ е професионален отговор на здравните проблеми на пациента при неговия първи контакт със здравната система, който се предоставя от ОПЛ и така допринася за подобряването на здравето на населението повече от всички други звена на здравната система [1, 6].

Осигуряването на базово ниво на грижи за здравето според Световната здравна организация (СЗО) днес е по-актуално от всякога, а общопрактикуващите лекари са в позицията да осъществяват обширната гама от необходимите дейности [37]. В съвременните разбирания като първично звено на грижите се утвърждава първичната медицинска помощ и нейните лекари. Европейското регионално бюро на СЗО също подчертава,

че идеята за обхващане на населението с първична здравна помощ не би могла да се осъществи без активно участие на общопрактикуващите лекари [38]. В европейските страни характеристиките на първичната помощ широко се покриват от общата медицинска практика [6].

Признаването на специалната роля на категорията общопрактикуващ лекар (ОПЛ) се вижда и в агрегираната класификация на СЗО на здравната работна сила, където в първата група на професиите в здравеопазването – професия лекар, подгрупите са разграничени на общопрактикуващи лекари и лекари специалисти [2].

Лекарят в първичната медицинска помощ е не просто базова фигура в системата на здравеопазване, неговата работа до голяма степен определя състоянието и облика на самото здравеопазване [18], като най-близък до хората той се явява лице на медицинската професия [7] и основен фактор за формиране мнението на населението за медицинското обслужване.

За да изпълни фундаменталната си роля за покриване на населението с базови медицински грижи, първичната медицинска помощ преди всичко трябва да е достъпна [9], което означава достъпност на общопрактикуващите лекари. В идеалния случай трябва да осигурява достъпни грижи за всички пациенти с всякакъв вид здравословни проблеми, за продължителен период от време, затова трябва да се организира по начин, който улеснява достъпа [10].

РАЗВИВАЩИ СЕ СТРАНИ

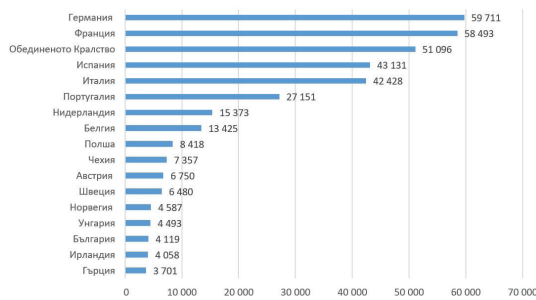
Изпълнението на целта на СЗО за постигане на „здраве за всички“ чрез увеличаване на първичната помощ, все още изглежда далечно. Голяма част от населението на развиващите се свят е без достъп до елементарни здравни грижи [16].

В развиващите се страни достъпът до първична помощ в отдалечени общности е много труден. Голямата част от ресурсите традиционно се разпределят между болниците, които са концентрирани в големите градове. За населението в отдалечените места медицинската помощ е недостъпна поради големите разстояния, лошите пътища и липсващия транспорт. Лошата инфраструктура води до дисбаланс на лекари и медикаменти между градските и селските райони. Проблемите се изострят при лоши климатични условия, когато комуникациите между селските местности и градските институции се провалят, изолирайки още повече тези райони от есенциални услуги. Поради тези физически бариери хората в селските райони страдат. Проблемите могат да бъдат смекчени чрез изграждане на пътища и транспортни връзки, но това изисква екстензивно планиране, финансови инвестиции и ресурси, които ниско-доходните държави трудно могат да си позволят [8, 22].

Няма ясно решение, което да бъде универсално приложимо към народите с тежки неравенства в достъпа до здравни грижи. Решенията трябва да са ангажирани на правителствата за преодоляване на бедността и реформи в организацията на здравеопазването [24].

Развити страни - Информация за броя на ОПЛ в някои европейски страни, включително България [5, 27], са представени на Фигура 1.

За да направим сравнение между държавите в осигуреността, изчислихме броя на ОПЛ на 10 000 души от населението. Резултатите показват, че осигуреността с ОПЛ в България за 2019 г. е малко по-ниска в сравнение с развитите европейски държави (Таблица 1).



Фиг. 1. Брой общопрактикуващи лекари в някои европейски страни, 2019 г.

Табл. 1. Брой общопрактикуващи лекари на 10 000 души от населението, в някои европейски страни, 2019 г.

Страна	Брой ОПЛ	Брой ОПЛ на 10 000 души от населението
Германия	59 711	7,19
Франция	58 493	8,68
Обединено Кралство	51 096	7,66
Испания	43 131	9,18
Италия	42 428	7,02
Нидерландия	15 373	8,89
Белгия	13 425	11,70
Полша	8 418	2,21
Чехия	7 357	6,90
Австрия	6 750	7,61
Швеция	6 480	6,33
Норвегия	4 587	8,60
Унгария	4 493	4,59
България	4 119	5,88
Ирландия	4 058	8,27
Гърция	3 701	3,45

В много развити страни липсата на ОПЛ в селските райони е окачествявана като социален проблем. Като персонални бариери пред лекарите да не желаят да работят в непривлекателни райони се посочва липсата на инфраструктурни удобства, на перспективи за кариерно израстване, по-ниско заплащане, много трудности и др. [17, 26]. В Германия проблемите в осигуряването на селските и отдалечени райони с първична медицинска помощ са с прогноза към влошаване [34]. В опит за търсене на решение се дискутират различни варианти, например създаване на мобилни екипи на ОПЛ, телемедицина и др. Създаването на мобилни екипи на ОПЛ се отхвърля, поради високата цена, която би имало за транспорт и загубата на много време за пътуване между различни населени места, което би могло да се използва за прегледи; освен това има редовен обществен транспорт. Към телемедицината също има резерви, защото по този начин отпада персоналността на грижите на лекар към пациент. Като вариант се обсъжда работата на други професионалисти на място, например лекарски асистенти и медицински сестри [21].

Освен проблематичния достъп на населението, във функционирането на първичната медицинска помощ се забелязват и други особености. Piffé (2002) наблюдава, че първичната медицинска помощ във Великобритания въпреки че е „non-profit“ (неориентирана към печалба), все повече възприема модели на управление от индустрията („for-profit“) и придобива характеристиките на предприятие, стремящо се да ограничи разходите [19]. Няколко години по-късно авторът нарича навлизането на мениджърски похвати на всички нива

в работата, следването на стандартизирани протоколи, които са създадени така, че да служат повече на здравната статистика, отколкото на благополучието на индивидуалния пациент, стремежът към ограничаване на разходите и др. - индустриализация на общата медицинска практика [20].

В проучване на мобилността на здравните професионалисти от европейските страни, анализиращо особеностите на демографското, икономическо и политическо състояние и системите на здравеопазване, придобиването на медицинско образование, признаването на придобити в други страни професионални квалификации, интеграцията и практикуването на мигрантите и т.н., се установяват сериозни външни потоци на миграция – от източноевропейските към западноевропейските страни, от Западна Европа – към САЩ и Канада, от по-слабо развити към по-силно развити страни. Тези миграционни потоци задълбочават дисбаланса в покритието с медицинска помощ. Вътрешната мобилност показва предпочитание на всички категории здравни професионалисти към градовете и към болничната помощ. В резултат на това във всички държави се оголват малките населени места, които остават без базовата първична медицинска помощ. Тези дефицити в западноевропейските страни се компенсират до известна степен от мигрантите от други страни, които покриват непривлекателните позиции в първичната медицинска помощ [30].

Държавите от Източна Европа, които преди прехода си към пазарна икономика и здравноосигурително здравеопазване през 90-те години на XX век бяха с най-високо здравно покритие, днес страдат от кадрови дефицит в своите здравеопазни системи, главно по отношение на спешната и първичната помощ. Такова е положението и в емблематичната за държавно, безплатно, кадрово наситено и общодостъпно здравеопазване Руска федерация (самостоятелна държава от края на 1991 г.), която също променяйки своята система към здравноосигурителна, отбелязва недофинансиране, отлив на медицински професионалисти от отдалечените райони и недостиг на общопрактикуващи лекари [13, 15, 31].

Независимо от постоянните акценти в национални и международни стратегически документи за даване на предимство на промоцията на здравето, очевидно е, че при наличните проблеми промоцията на здравето и профилактиката на болестите остават на заден план.

СЕЛА И МАЛКИ НАСЕЛЕНИ МЕСТА

Трудностите с покритието на селските и отдалечените райони са съпоставими навсякъде по света.

Според Strasser (2003), независимо от огромните различия в здравеопазването между развитите и развиващите се страни, достъпът до медицинска помощ е основният проблем в селските райони по целия свят. Дори в страните, където по-голямата част от населението живее в селските райони, ресурсите са съсредоточени в градовете. Всички страни имат затруднения с транспорта и всички те са изправени пред предизвикателството на недостига на лекари и други здравни специалисти в селските и отдалечените райони [28].

Предоставянето на първична медицинска помощ в отдалечени населени места означава работа без нивото на медицинска подкрепа, което повечето други специалисти са свикнали да имат на свое разположение, например в болници и медицински центрове. Изисква мислене, различно от това на градското лечебно

заведение. Болестите, които могат лесно да се управляват в градска среда, могат да инициират криза в отдалечено лечебно заведение [29].

Въпреки че в световен мащаб делът от населението, живеещо в селските райони намалява, селското население все още съставлява 45,3% от населението на света. Има дисбаланс в осигуряването на първична медицинска помощ за населението в селата. Качеството на първичната помощ в селските райони е по-ниско, отколкото в градските райони в редица страни, поради липсата на модерно оборудване и недостиг на персонал [36].

Медицинската отговорност на лекарите не е ключова с прегледа на пациента. Много често диагностиката се затруднява и забавя поради отдалечеността от лаборатории, центрове за инструментални изследвания и др. Възможно решение на проблема с необходимостта от лабораторни изследвания е използването в общите практики на експресна лабораторна диагностика (РОСТ – point-of-care-testing) [3]. Експресните тестове на място до пациента са алтернатива на традиционната лабораторна диагностика и все повече се използват по света, включително в първичната медицинска помощ [4]. Те са много полезни както в кабинета, така и при домашните посещения на личните лекари, защото пестят време, усилия и средства на пациентите и улесняват вземането на медицинско решение от лекарите, като ограничават зависимостта от местоположението на лабораториите.

Подкрепящите политики, които целят да привлекат повече медицински кадри в селските и отдалечените райони, трябва да включват силно междусекторно сътрудничество между здравния и образователния сектор за осигуряване на работна сила, подходяща за целта; политика за финансиране, която налага разработването и прилагането на справедлива, базирана на нуждите формула за финансиране на дистанционни здравни услуги; политики, които дават приоритет на обучението и заетостта на медицински специалисти в отдалечените области, политика по заетостта, която осигурява гъвкавост на условията на заетост, за задържане на специалистите в малките населени места [33]. Би трябвало населението да е зависимо от здравните услуги, а самата организация на услугите да е съобразена с потребностите на населението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лекарите в първичната медицинска помощ повече от останалите категории лекари са достъпни за своите пациенти и повече от всички други се опитват да прилагат холистичен подход. В своята дейност обаче те се срещат с много трудности най-вече от организационен и логистичен характер, което води до дефицит на желаещи да работят в обща практика, особено в бедни, малки и отдалечени населени места.

Концентрирането на общопрактикуващите лекари в градовете има двойствен ефект – от една страна останалото население изпитва сериозни трудности в достъпа до базови медицински услуги, а от друга страна – дефицитът на медицински услуги допринася за обезлюдяването.

Библиография

1. Борисова Б., Б. Дудева. Критичен анализ на терминологията в първичната медицинска помощ. Медицински меридиани, 2013; 3:15-17.
2. Георгиева Л., С. Попова. Професии в здравеопазването. Варна: СТЕНО, 2016.
3. Къшлова С., Л. Георгиева. Експресна лабораторна ди-

4. Къшлова С., Л. Георгиева. Развитие и добри практики в използването на РОС-тестове по света. Здравна икономика и мениджмънт, 2017; 3:3-7.
5. Национален статистически институт, България (<https://psi.bg/bg>)
6. Парашкевова-Симеонова Б. Професионална кариера на лекарите в общата медицинска практика. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен Доктор, Стара Загора, 2013.
7. Фесчиева Н., М. Манолова. Участъковият лекар - престиж, квалификация, проблеми. Социологически анализи. Варна, 1987: 134-143.
8. Ali S. Healthcare in the Remote Developing World: Why healthcare is inaccessible and strategies towards improving current healthcare models. Harvard Health Policy Review, 2016.
9. Ansari Z. A review of literature on access to primary health care. Aust J Prim Health, 2007; 13:80-95.
10. Campbell J, Freeman G, Jenner D, Schofield T, Whillier D. The future of access to general practice-based primary care medical care. Informing the debate. London, Royal College of General Practitioners, 2004; 1-38.
11. Council of Europe. The European Social Charter, 1961 (ETS No. 035). Entry in force 26/02/1965.
12. Council of Europe. The European Social Charter (revised) (ETS No. 163). Entry in force 01/07/1999.
13. Danishevski K. Russian Federation. In: Rechel B, Dubois CA, McKee M (Eds.). The Health Care Workforce in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
14. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
15. Georgieva L. Russia. Mobility of Health Professionals. MoHPProf, 2011.
16. Hall J, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries, Global Health 2003; 178 (1):17-20.
17. Hann M, Gravelle H. The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003. Br J Gen Pract 2004; 54:894-898.
18. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. Int J Qual Health Care, 2008; 20:308-313.
19. Iliffe S. From general practice to primary care: the industrialisation of family medicine in Britain. J Public Health Policy, 2002; 23(1):33-43.
20. Iliffe S. From general practice to primary care: the industrialization of family medicine. Oxford University Press, 2008.
21. Kuhn B, Kleij K-S, Liersch S, Steinhäuser J, Amelung V. Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view. BMC Family Practice, 2017; Vol. 18.
22. Macinko J, Starfield B, and Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambulatory Care Manage, 2009; 32:150-171.
23. Mahler H. The meaning of Health for All by the year 2000. World Health Forum, 1981, Vol. 2, No.1.
24. Peters D, Garg A, Bloom G, Walker D, Brieger W, Rahman MH. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. Annals of the New York Academy of Sciences, 2008. 1136(1):161-171.
25. Rosen G. From Medical Policy to Social Medicine. Essays on the History of Health Care. New York: Science History Publications, 1974.
26. Rosenblatt RA, Hart LG. Physicians and rural America. West J Med 2000; 173:348-351.
27. Statista (<https://www.statista.com/statistics/554951/general-practitioners-in-europe/>)
28. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. 09.2003.
29. Tanyan K. Primary health care challenges in remote medical setting, 25.05.2016. (<https://www.iomcworld.org/proceedings/primary-health-care-challenges-in-remote-medical-setting-48605.html>)
30. Tjadens F, Weilandt C, Eckert J. (Eds.) Mobility of health

- professionals. Health systems, work conditions, patterns of health workers' mobility and implications for policy makers. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013.
31. Tompson W. Healthcare reform in Russia: Problems and prospects. OECD, Economics Department working papers No.538; ECO/WKP(2006)66; 2007.
 32. Tulchinski T, E. Varavikova. The New Public Health. 2nd edition. Elsevier, 2010.
 33. Wakerman J., Humphreys J., Russell, D. et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities?, 16.12.2019. (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0432-y>)
 34. Weinhold I, Gurtner S. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. Health Policy. 2014; 118:201-214.
 35. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva, 1981.
 36. World Health Organization. Imbalances in rural primary care, 2018. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346351/WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf?sequence=1>)
 37. World Health Organization. The world health report 2008: Primary health care – now more than ever. Geneva, 2008.
 38. World Health Organization Regional Office for Europe. The European health report 2009: Health and health systems, 2009.

Адреси за кореспонденция:

проф. д-р Лора Георгиева, e-mail: lorahg@abv.bg

д-р Христина Божинова-Димитрова christina.dim@gmail.com

Катедра по социална медицина и организация на здравето, МУ – Варна