

## Обществено здраве и социално развитие

Петър Горненски

**Резюме:** В статията се разглеждат проблемите на връзките и зависимостите между общественото здраве и социалното развитие от позициите на социомедицинската теория. Акцентираща се върху ролята на социалната справедливост в здравеопазната система и върху ценностите и стратегиите в ЕС като отправна точка подобряване качеството на живота в българското общество.

**Ключови думи:** обществено здраве, социална справедливост, качество на живота

## Public health and social development

Petar Gornenski

**Abstract:** The paper deals with the problems of the relations between public health and social development from the perspective of socio-medical theory. Emphasis is placed on the role of social justice in the health care system and on EU values and strategies as a starting point for improving the quality of life in Bulgarian society.

**Key words:** public health, social justice, quality of life

### Въведение

Извеждането на социалната значимост в здравеопазната дейност означава преди всичко търсенето и намирането на всички съществуващи обективни и субективни предпоставки и условия, гарантиращи висококачествен и високоефективен характер и принос на здравеопазните услуги, от което зависи крайният ефект за обществото – оптимален здравен статус, осигуряващ устойчивост на био-, психо- и физиологичните дадености на бъдещите поколения. В този смисъл определянето на критериите и налагането им като неотменна мярка на професионализъм относно качеството на здравните услуги представлява преди всичко цивилизационен избор на цялото общество, избор, стъпил върху моралния облик и духовните ценности на всеки един от участниците в здравеопазния процес.

Днес в България, обаче, след сътресенията от негативите на т.нар. здравна реформа подобна теза звучи повече като утопия, отколкото като реална перспектива.

#### I.

Общественото здраве може да се определи като *процес на преминаване на съвкупното (статистическото) здравно състояние на населението на дадена държава, регион или на дадена общност от едно равнище в друго – с нови количествени и качествени характеристики – в резултат на комплекс от обективни условия и обстоятелства и на субективни фактори и решения по отношение на даденостите, характеризиращи здравните параметри на обществото.*

Това определение свързва общественото здраве преди всичко с динамиката, с неконстантното равнище на здравното състояние на населението. Тази динамика е обусловена на първо място от изключително мобилния характер на компонентите/факторите, съставляващи/определящи здравното състояние на населението. Следователно проследяването, наблюдението, анализът, изводите и мерките по отношение на здравното състояние на населението е от решаващо значение за определяне на динамиката на здравното състояние.

На второ място следва да се осигури сравнимост на данните, характеризиращи динамиката на здравното състояние. Статистическите данни, даващи представа за определено състояние в определен момент, невинаги могат да осигурят необходимата и достатъчна информация, свързана както с генома на дадено състояние, така и с многоаспектността на бъдещото развитие на дадено състояние и отражението му върху здравното състояние на следващите поколения.

Социалната медицина, изхождайки от обществените потребности за осигуряване на необходимите условия и предпоставки за подобряване на здравословното състояние на населението на дадена страна или регион, представлява изключително важна научна сфера, съчетаваща възможностите и предмета на различни специалности и науки с общонационално значение. *Днес е*

*немислимо да се смята, че осъществяването на каквато и да е по обхват и по дълбочина стратегия за социално-икономическо развитие би могла да бъде достатъчно обективна като изходна постановка и реалистична като възможности за осъществяване без развитието и постиженията на социалната медицина и без нейния иманентен фокус – общественото здраве.*

Докато са налице условия и предпоставки за здравно състояние на населението, което не отговаря на общоприети норми и стандарти в здравеопазването, както и наличието на условия и предпоставки в природната и в производствената среда, които влияят негативно върху здравния статус на населението, дотогава няма да е възможно да се осигури състояние и качество на човешките ресурси, с които да се осъществи необходимият социално-икономически напредък.

## II.

**Връзката между социалното неравенство и здравето** отдавна занимава изследователите на обществените отношения. Напоследък обаче последствията, произтичащи от тази връзка, се възприемат като истинското предизвикателство пред общественото здравеопазване.

Социалното неравенство е многомерно, съставно и нееднозначно като дефиниция понятие. Независимо от напредъка на социалните науки и натрупания богат емпиричен материал, терминът „социално неравенство“ все още не е намерил своята еднозначна, общоприета и общовалидна формулировка. Това произтича от факта, че величините и критериите, определящи понятието „социално неравенство“, са многобройни, динамично променящи се, вариабилни в своята същност, в много отношения субективни и трудно поддаващи се на качествен и количествен анализ. В зависимост от използваните критерии за оценка социалното неравенство има различни измерения. За оценка на социалното неравенство сред подбраната популация експертите на Световната здравна организация (СЗО) подбират 3 индикатора, с определено ниво на значимости най-вече, съществуващи във всички общества. Те са:

- 1) притежанието на телефон в домакинството;
- 2) броят на колите в домакинството;
- 3) притежанието на собствена стая за всеки член от семейството.

Сами по себе си тези индикатори могат да бъдат приети като показатели за социалния статус на дадено домакинство. Но несъобразени и с други показатели – общи икономически, социокултурни и демографски показатели – често данните могат да бъдат интерпретирани неправилно.

Независимо от това отделните автори приемат работни формулировки, в различна степен отнасящи се до едни и същи социални показатели, валидни за всички общества. Под социално неравенство изследователите най-често разбират неравнопоставеността на определени социални групи в обществото спрямо възприети, общовалидни и присъщо необходими за съществуването им блага, ценности и услуги.

Именно от гледна точка на социалното неравенство понятията „здраве“ и „здравеопазване“ не бива да бъдат смесвани. Неравенството в здравето състояние на дадена социална група или индивид не е непременно следствие от социална неравнопоставеност спрямо здравеопазната система. Социалното неравенство не е идентично със социалната несправедливост. Терминът „несправедливост“ съдържа морални и етични измерения и се отнася до различия (неравенства), които са не само предотвратими и ненужни, но се смята, че са нечестни и несправедливи. Когато употребяваме израза справедливост, трябва да имаме предвид справедливост по отношение на здравето и справедливост по отношение на здравеопазването.

***Справедливост по отношение на здравето означава достигането от всички на възможно най-високото ниво на физическо, психическо и социално благополучие в рамките на биологичните ограничения.***

***Справедливост по отношение на здравна помощ*** означава:

- а) ресурсите за здравеопазване да се разпределят съобразно нуждите;
- б) здравните услуги да бъдат получавани съобразно нуждите;

в) заплащането за тези здравни услуги да бъде съобразено спрямо възможността за заплащане;

г) равен достъп до здравна помощ при еднакви нужди;

д) еднакво усвояване на здравната помощ на при еднакви нужди; еднакво качество за всички.

Смятаме, че следната дефиниция за справедливост относно здравето и здравеопазването е най-пълна и отразява философията на съвременните модерни общества: **Минимизиране на здравните несъответствия, които могат да бъдат избегнати – включващи и здравната помощ, но не само нея – между групи от хора, които имат различни нива на социално благополучие, в това число различни нива на власт, богатство или престиж.** Макар че не всички неравенства са нечестни и несправедливи (по отношение на здраве, здравеопазване или в живота като цяло), то всички несправедливости са продукт на неравенства. За да оценим до каква степен определено неравенство представлява и несправедливост, то трябва да дефинираме случаите на здравно неравенство от гледна точка на моралната категория справедливост. По този начин виждаме съвсем определено, че несправедливостта не може да бъде измерена директно, но неравенството относно здравето и здравната помощ може.

Измеренията на неравенството могат да бъдат използвани за сравнение между:

- държави с различно социално-икономическо развитие и свързаните с това различни типове здравеопазни системи;
- различни социални и популационни групи в една и съща страна.

СЗО се стреми при измерването на здравното неравенство да използва критерии и мерки, съпоставими и сравними в страните членки на организацията. СЗО е фокусирала своите усилия при измерване на здравното неравенство върху цялата гама от фатални и нефатални здравни резултати. Количественото измерване се свежда до разпределението на продължителността на живота сред индивидите в популацията. Като институция, отговорна за мониториране на

здравето и здравната помощ в страните членки, СЗО се старее да обективизира показателите, отнасящи се до тези две категории, и да ги направи технически съпоставими.

В този контекст е от съществено значение да отбележим следното: **методологията за мониториране на здравето и здравното неравенство на различни нива трябва да бъде съобразена с конкретните икономически, социокултурни и демографски показатели за всяка отделна страна.** Показателите, обективизиращи здравния статус, социалното и здравното неравенство, често са строго специфични и трябва да бъдат интерпретирани за вземане на важни решения в здравната политика на базата на индивидуалните потребности и особености на отделната държава. Някои от тези показатели не могат да бъдат използвани за сравнение между отделните страни и не е необходимо механично да бъдат пренасяни или съотнасяни като качествени или количествени показатели за анализ.

Традиционно хората биват категоризирани на базата на социално-икономически измерения. Здравните различия между подгрупите в популацията, категоризирани в този аспект, могат да бъдат колективно дефинирани като социално-групови здравни различия. Независимо от това обаче СЗО е възприела различен подход при категоризиране на хората по отношение на техния здравен статус (от най-малко до напълно здрави) независимо от техния доход или други показатели. Това се отбелязва като чисто здравно неравенство. Мотивите за възприемане на такъв подход се коренят в презумптивния аргумент, че **здравето е вътрешно присъщ компонент на човешкото благополучие и то е постоянна наша грижа независимо дали е свързано с неравенство в други измерения на човешкото съществуване.**

Най-големият проблем при използването на социалните групи като измерител на здравното неравенство е изборът на показатели за дефиниране на социалните групи и свързаните с това проблеми за съпоставимост между различните социални групи в различните държави.

Изборът на определен показател за категоризация на популацията може да маскира социалната или здравна неравнопоставеност. Така може да се стигне до статистически значима грешка по отношение на епидемиологията. Съществуват и други достатъчно силни концептуални и технически характеристики, фаворизиращи определението „здравно неравенство“ и подходът към него.

Концепцията на СЗО за изразяване на здравното неравенство чрез измерване на разпределението на продължителността на живота сред индивидите в популацията е една отлична идея. И това се дължи на факта, че няма никакви пречки за нейното практическо приложение. И когато говорим за практическо приложение, нашето ударение е именно върху възможността здравното неравенство, измерено по този начин, да може да се интерпретира лесно и да се използва като наистина обективен показател при вземане на здравнополитически решения.

Във връзка с практическото приложение искаме да подчертаем, че какъвто и да е фокусът на измерването и оценката (здравно неравенство или неравенство по отношение на здравеопазната система), пътят, от който не бива да се отклоняваме, е обективността на здравната политика към намаляване на здравните несправедливости.

Нашето мнение е, че **методите на оценка и показателите, които произтичат от тях, трябва да защитават, убеждават и очертават пътя на здравната политика и отговорните фактори на национално, регионално и местно ниво към намиране на най-добро решение за онези групи от населението, които се намират в социално неравнопоставени позиции.** По този начин смятаме, че се прокарва пътят за развитието на ефективни интервенции за справяне с проблемите на социалното и здравното неравенство.

Най-важното за всяка отделно взета страна е:

- наличността на информация (в т.ч. данни за нивото на детската смъртност);

и

- възможността на събраната информация да създаде солидна база за вземане на решения за справяне със здравните неравенства в дадената страна.

При оценяване на избора на данни и техните източници за управленски решения съществуват множество важни критерии като валидност, обоснованост, обективност, чувствителност, специфичност, наличност. Независимо че всички критерии са еднакво важни, бихме искали да отделим повече внимание върху наличността. Другите критерии се отнасят предимно до качествени показатели.

Източниците на информация са:

- регистри и доклади, получавани чрез рутинно утвърдената система за регистрация в страната;
- специално провеждани проучвания с определен дизайн.

Повечето страни зависят от специално насочените проучвания поради факта, че не притежават достатъчно надеждни системи за събиране на рутинна информация, а някои просто поради факта, че не могат да поддържат широкомащабни национални програми. Дори и да съществува надеждна система за рутинно събиране на данни, някои от значимите и специфични показатели могат да не бъдат включени в тази система. Ето защо целенасочените проучвания с определен дизайн играят важна роля като източник на информация.

За да бъде създадена една наистина уместна, добре функционираща и най-вече – отчитаща възможно най-достоверните и влияещи като съвкупност показатели система, като нейни компоненти е задължително да бъдат интегрирани и социално-икономическите индикатори. А от своя страна тези индикатори отразяват в най-пълна степен социално-икономическите неравенства и правят възможна и пряка връзката между социалната и здравната неравнопоставеност.

Мониторирането на тези индикатори трябва да бъде непрекъснат процес с надеждна обратна връзка и възможност за проверка. Важно условие е също непрекъснатото им обновяване през определени периоди. Ако информационната система не функционира точно (по отношение на надеждност, валидност и покритие), то определени населени места или региони в дадена страна с почти



сходни социоикономически индекси за социално неравенство могат да покажат различни индекси по отношение на здравно неравенство.

Наблюденията и проучванията върху неравенствата в здравето и здравеопазването фокусират вниманието към:

**Концепцията.** Политическото и социално гледище за редуциране на неравенствата в здравеопазването чрез разкриване на данните за предотвратима смъртност и заболяемост се базира на доказателствата и проучванията сред социално неравнопоставени слоеве от населението. Фундаменталната задача за подобряване на здравната неравнопоставеност и здравния статус е основният приоритет пред общественото здраве.

**Методологията.** При изготвяне на сравнителен анализ между страните членки на СЗО, който е една от основните отговорности на самата организация, трябва да се отчита фактът, че включването на социоикономически показатели може да доведе до технически проблеми или маскиране на здравното неравенство. Подходът за измерване на чистото здравно неравенство е научно приемлив. От гледна точка обаче на изграждането и воденето на успешна и практически насочена социална и здравна политика изследването на многофакторно обусловените социални индикатори е от есенциално значение. Различните социокултурни, икономически, исторически индикатори, както и манталитетните натрупвания на нацията е задължително да бъдат инкорпорирани при оценката на социалните и здравни фактори, водещи до неравнопоставеност в обществото на всяка конкретна страна.

**Индексът за равенство.** Индексът за равенство, независимо че е комплексен показател, който улавя вариациите в рамките на популацията, в същото време увеличава и тежестта на отклоненията. Индексът е базиран на нивото на детската смъртност. Независимо дали и в бъдеще ще бъде базиран на този показател, или ще е базиран на някакъв друг тип смъртност, надеждността и валидността трябва сериозно да бъдат преценени, ако индексът се употребява за сравнение между различни страни. Такова сравняване между страните е сериозно научно

предизвикателство и несъответствията в качеството на данните и измерителните техники трябва да се имат предвид и бъдат сведени до възможния минимум.

**Източниците на данни.** Проучванията ще останат важен източник на информация, независимо че много страни не могат да си позволят скъпи общонационални изследвания без международна помощ. Тъй като здравното неравенство изисква постоянно мониториране, създаването на единна и съобразена с националните особености информационна система е от съществено значение.

### III.

**Европейската здравна политика** е най-точният ориентир както за оценка на състоянието на българското здравеопазване, така и за усъвършенстване на неговото стратегическо управление и развитие.

**На първо място** следва да се изтъкне фактът, че Европейската здравна политика, нейните главни цели и направления на развитие, нейните най-актуални задачи за решаване са определени на наднационално и надинституционално равнище. Те са формулирани съгласувано от страните членки на ЕС и от международните организации в областта на здравеопазването, а именно Европейското здравно бюро на СЗО, Комисията на ЕС, Комисията по обществено здравеопазване на Съвета на Европа (Чамов, К., 2007).

**Втора характерна, същностна черта** на Европейската здравна политика е това, че тя се базира на общоевропейски ценности, определящи развитието на общественото здравеопазване и на национално, и на регионално равнище.

Тези ценности са:

- Скъсване с неефективната практика на бюрократично администриране и преориентиране към стратегическо управление.
- Ориентация към определяне на ефективността на здравните услуги и дейности според постигнатите крайни резултати, количествено измерими чрез показатели за подобряване на здравния статус на населението.

- Подмяна на йерархичното определяне и „спускане“ на задачите за здравните дейности с въвеждането на принципите на консенсуса при вземането на решения, на строгата лична и обществена отговорност за резултатите от дейността, както и на принципите на отчетността и прозрачността на здравните дейности.

Актуалността и общовалидността на тези основополагащи принципи за формиране на Европейската здравна политика поставят въпроса и за механизмите на разпространяване, приложение и развитие на европейските ценности.

**Третата характерна черта** на Европейската здравна политика е свързана с трите „стълба“ на нейното формиране и реализиране. Това са:

а) ценностите – основата, етичната рамка, която определя главните, стратегическите детерминанти на здравното развитие в страните от ЕС;

б) целите – това са най-важните направления, в които се фокусират дейностите и се градираат задачите с оглед постигането на дадени конкретни резултати, свързани с подобряването на здравния статус на населението от страните членки на ЕС;

в) приоритетите – това са неотложни с важността и актуалността си дейности и интервенции, чрез които се решават ключови, възлови, решаващи проблеми на общественото здравеопазване и на здравния статус на населението.

**Четвъртата характерна черта** на Европейската здравна политика е свързана със социалната ѝ същност и значимост. Очертани са следните изисквания, определящи съвременния характер на една здравна политика и нейните социални измерения:

а) Първото изискване е свързано с нейното обществено приемане. Т.е. тя не би могла бъде утвърдена и реализирана без наличието на **обществен консенсус**.

б) На второ място е изискването тя да е **комплексна** по обхвата на решаваните социално-здравни проблеми, **дългосрочна** по периода на въздействие върху социално-здравните явления и **междусекторна** – да осигурява решаването на социално-здравни проблеми, изхождайки от взаимната

зависимост и обвързаност между отделните сектори и направления на здравеопазването, а не иницирането и решаването на фрагментарни и конюнктурни вътрешносекторни проблеми и цели.

в) На трето място е изискването за **иновативност и гъвкавост** на здравната политика.

г) Здравната политика трябва да бъде изградена върху основата на **максимално изчерпателна и обективна информация** за същността и развитието на социално-здравните явления и за здравния статус на населението.

д) Особено важно е изискването здравната политика да бъде **научно обоснована**, да е резултат от включването и съобразяването с разработките на целия наличен научен потенциал, а не резултат от налагането на определени административни или личностни интереси.

е) Съвременната здравна политика трябва **да отчита интересите и потребностите и на двете страни в здравеопазването** – както на потребителите на здравни услуги, така и на здравните специалисти, осигуряващи тези услуги.

ж) И не на последно място по значимостта си е изискването здравната политика да бъде, от една страна, **достъпна и разбираема** за всички участници в здравеопазните процеси, и от друга страна, **оценявана на всички нива** при нейното реализиране – на изпълнителско, на мениджърско и на политическо ниво.

#### Използвана литература:

- Воденичаров, Ц. и кол. (2013). Социална медицина. С., ГорексПрес.
- Горненски, П. (2010). Устойчиво развитие и обществено здраве. С., ГорексПрес.
- Горненски, П. (съставител и ред.) (2007). Предизвикателства пред здравеопазването в маргинални етнически общности. С., ГорексПрес.
- Горненски, П. (2005). Социално-икономически и културно-битови детерминанти на общественото здраве в маргинални етнически общности. – *Асклепий*, XVIII, 78–84.
- Мутафова, М. и др. (2015). Състояние на здравето в света. С., ГорексПрес.
- Callahan, D. (1987). *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. NY, Simon & Schuster Building.
- Health needs of Vulnerable Population in South East Europe (2001). Dubrovnik, 2 September.
- European Network of Social Co-operation on Medicine and Human Rights: *The Human Rights, Ethical and Moral Dimension of Health Care* (1998). Strasbourg, Council of Europe Publishing.

Fallberg, L. (1997). Patients' Rights, European Health Care Reforms, Citizen Choice and Patients' Rights. Copenhagen, WHO: Regional Office.

**За автора:**

Доц. Петър Горненски, д-р по медицина  
Медицински колеж, МУ – Плевен  
Контакти: petar.gornenski@mail.bg