

НОВИ ХОРИЗОНТИ ПРЕД ОБУЧЕНИЕТО ВЪВ ФАКУЛТЕТИТЕ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

NEW HORIZONS FOR EDUCATION IN FACULTIES OF PUBLIC HEALTH

Пленарен доклад на доц. д-р Ростислав Костадинов, дмн, Зам.-декан по Международно сътрудничество и проектна дейност, ФОЗ към МУ - Пловдив

ВЪВЕДЕНИЕ: Преди да очертаем хоризонтите пред обучението във Факултетите по обществено здравеопазване (ФОЗ) е необходимо да се дефинират целите и задачите на самото обучение. Определянето на целите и задачите, от своя страна, налага да се даде определение на самото обществено здравеопазване. Най-често цитираната и всеобщо приета е дефиницията дадена от Уинслоу през 1920 г., според която Общественото здравеопазване е „науката и изкуството на предотвратяването на заболявания, продължаване на живота и поддържането на здравето чрез организираните усилия и информирани избори на обществото, организациите, обществеността, както и в частен план, на общностите и индивидите“ [10]. За да се постигнат така дефинираните цели на общественото здравеопазване (ОЗ) е необходимо да се идентифицират опасностите пред здравето на отделния индивид, отделните групи и населението като цяло, да се определят рисковите фактори и да се оцени нивото на риск за обществото като цяло и за всеки един от неговите членове. За разрешаването на тези задачи се налага първо да се дефинира понятието здраве, да се оцени състоянието и ефективността на съществуващата система на здравеопазване, нейната уязвимост и устойчивост на предизвикателствата, които възникват пред нея, свързани с протичащите в съвременното общество процеси.

Намирането на отговор на първата задача е лесно - още през 1946 г. Световната здравна организация дефинира здравето като „състояние на пълно физическо, умствено и социално добруване, а не само и единствено липсата на заболявания или слабости във физически и друг аспект“. [3]

Разрешаването на останалите задачи в теоретичен аспект, както и теоретичната и практическа подготовка на мениджърите по ОЗ са основна част от дейностите на ФОЗ. Колкото по задълбочен, но в същото време, и всеобхватен е извършваният от ФОЗ анализ и оценка на рисковете и заплахите пред ОЗ, толкова по насочена и ефективна ще бъде подготовката на специалистите, които ще внедрят в практиката необходимите мерки за опазване и подобряване физическото и психическото здраве на населението. За да може да се гарантира устойчивостта на системите на здравеопазване е необходимо да се оценяват не само наличните рискове и заплахи, но и да се извършва постоянна, прогностична оценка на въздействието на нови, очаквани и/или вероятни опасности и рискови фактори върху уязвимите звена на системата и да се планират ефективни превантивни мероприятия, които да бъдат своевременно ресурсно подсиурявани за да могат бързо да се внедрят при необходимост. Следователно, ФОЗ трябва да провеждат обучението на мениджърите по ОЗ не само в съответствие с наличните опасности и приближаващите се заплахи, но и да ги подготвя за бъдещи такива, произтичащи от все по-бурно развиващите се в съвременното общество процеси на индустриализация, урбанизация, глобализация, роботизация и др.

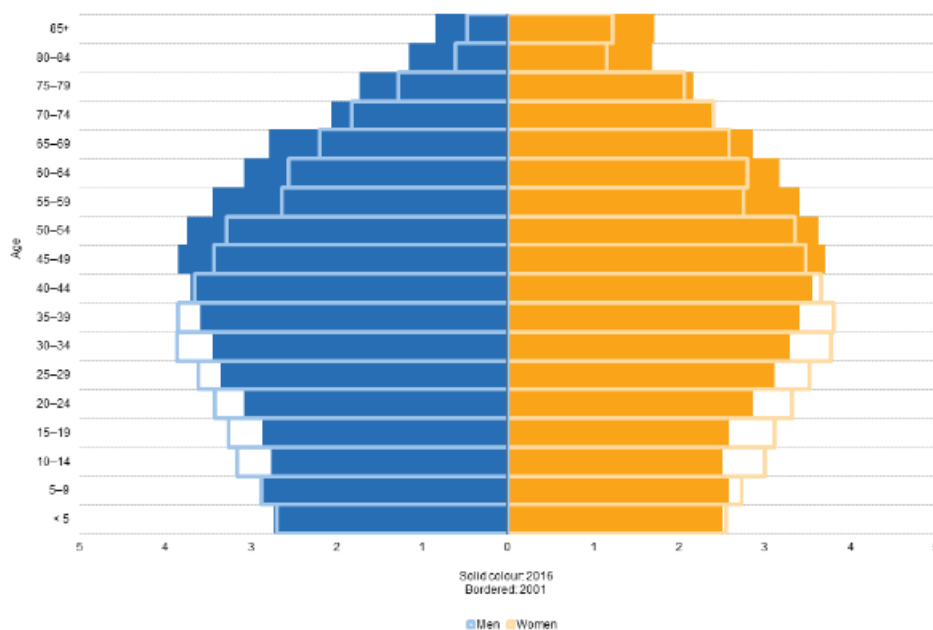
Целта на настоящата публикация е да представи анализ на подходящите форми за обучение във ФОЗ, които ефективно да подготвят бъдещите мениджъри по ОЗ за ръководство на системата на здравеопазване в условия на нови опасности и рискове, но и да отговорят на очакванията на съвременните студенти за модерно и съобразено с постиженията на информационно-комуникационните технологии преподаване.

Постигането на така поставената цел е възможно само ако формите на преподаване повдигнат завесата на сегашния хоризонт и подготвят студентите за това, пред което се очаква те да се изправят в последващите тяхното дипломиране години.

Хоризонтът - това е най-далечната линия, която виждаме пред нас. В контекста на ОЗ може да определим хоризонтът, като целта към която се стремят управляващите системата на здравеопазване. Трябва обаче да се отбележи, да се подчертае, че хоризонтът е видимата линия. Според великият немски поет, мислител, философ и хуманист Йохан Волфганг фон Гьоте "Човек вижда толкова, колкото знае." и "Всеки чува това, което разбира". [1, 9] Следователно и хоризонтът пред ОЗ е функция на знанията за системата на здравеопазване и разбирането на механизмите и връзките, посредством които тя функционира. Дали обаче преподавайки на бъдещите мениджъри по ОЗ тези знания, ФОЗ ще ги подготвят за постигане на целта на ОЗ? Отговорът на този въпрос може да се даде дори и при един повърхностен анализ на състоянието и ефективността на системата.

Процесите на индустриализация, развиващи се в страната ни постепенно допринесоха, както и в повечето развити и развиващи се страни, до усиление на вътрешната миграция към индустриалните центрове, които в повечето от случаите се съсредоточиха около съществуващите градски центрове. Този процес на урбанизация доведе до промяна във възрастовата характеристика на населението в страната - съсредоточаване на хората в работоспособна възраст в градските центрове и респективно на населението в по-напреднала възраст в селата. Друго следствие на индустриализацията е повишаването на жизнения стандарт на хората с резултат повишаване средната продължителност на живот и увеличаване делът на населението над 65 годишна възраст (фиг. 1).

Фиг. 1. Нарастване делът на възрастното население в периода 2001-2016 г.



note: Break in series. 2016: estimate, provisional.
source: Eurostat (online data code: demo_pjangroup)

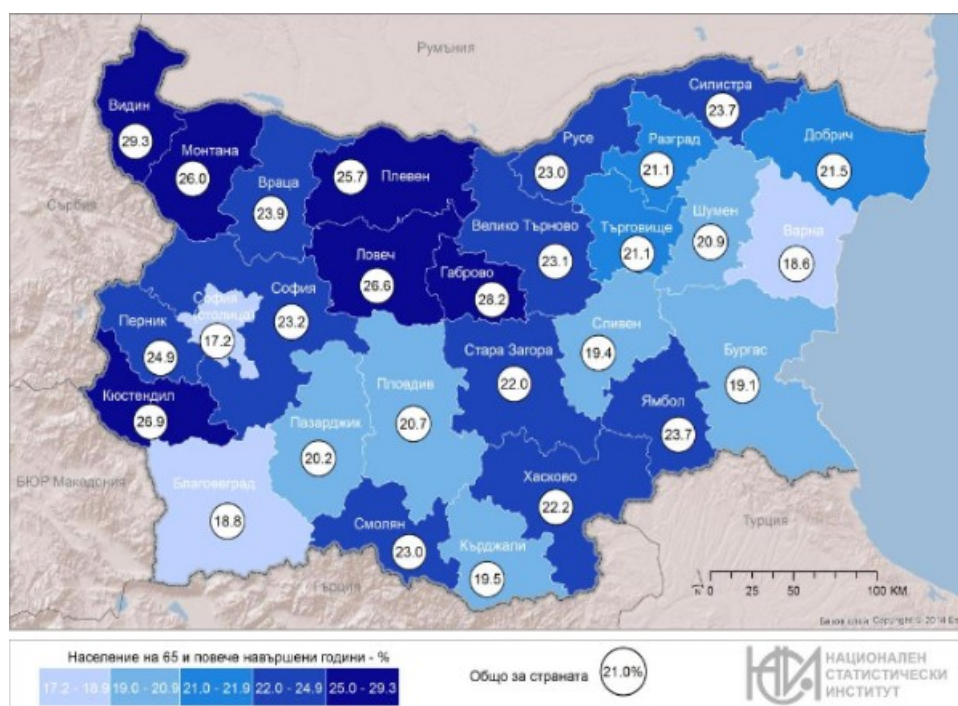
Другият процес, който пряко въздейства върху системата на здравеопазване е глобализацията. Този процес се засили в последните години, особено изразено след влизането на България в Европейския съюз. Резултатът е допълнително намаляване на младите хора в страната, поради засиления интерес на хората в трудоспособна възраст към намиране на по-добре заплатена работа и по-добри условия на живот.

Защо е необходимо да се отчитат тези последствия от характерните за модерния свят процеси? Отговорът е очевиден - създава се трайна тенденция за застаряване на населението и увеличаване делът на хората на възраст над 65 години. Тази възрастова група от гледна точка на ОЗ е силно уязвима. Възрастните пациенти, в големия си процент боледуват от едно или повече хронични заболявания. Поради настъпващите дегенеративни процеси в опорно-

двигателния апарат се затруднява тяхната мобилност, както в, така и извън дома, което ги прави до известна степен зависими, както и повишава процентът на фрактурите, дори и при незначителни по сила травми (поради напредващите процеси на остеопороза и др.). Освен нарастващият брой на травми, напредналата възраст се характеризира и с нарастване на измененията в съдовата система, които са в основата на повишената заболяемост от сърдечно-съдови и неврологични заболявания, част от които са с реална заплаха за живота (инфаркт на миокарда, инсулт) и/или са причина за инвалидизация на възрастните хора. Друг неглижиран аспект на съдовите изменения са изразените в различна степен промени в психиката на възрастните хора - отчужденост, затвореност, тревожност, затруднена координация и концентрация и други. Всички така описани изменения, като следствие за ОЗ, изискват повишаване на медицинското им осигуряване - улеснен достъп до доболнична помощ, по-честа хоспитализация, достъпност до фармацевтични продукти, спешна медицинска помощ, помощни средства, социален патронаж и др.

Но, какъв е отговорът на системата ни на здравеопазване? В съответствие с концентрацията на по-възрастното население (фиг. 2) в страната са разгърнати медицински сили и средства (фиг. 3).

Фиг. 2. Възрастово разпределение на населението в Р. България



На представената от Националния статистически институт [7] фигура лесно се определят областите с изразено застаряване на населението - Видин, Монтана, Плевен, Ловеч, Габрово, Кюстендил. Логично, поради повишената необходимост от медицински грижи за по-възрастното население е в тези области да има концентрация на медицински сили и средства за доболнична и болнична помощ. Но от друга страна, тези области и са сред най-засегнатите от вътрешната и външна миграция - в тях се отбелязва трайна тенденция за намаляване броя на жителите в населените места, както в градовете, така и в селата. В резултат на това намаляват и развърнатите в тях лечебни заведения (фиг. 3):

Фиг. 3. Разпределение по райони на лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ

България ¹	Лечебни заведения за болнична помощ	346	52 744
	в това число:		
	Многопрофилни болници	184	37 051
	Специализирани болници	138	13 468
	Лечебни заведения за извънболнична помощ	2 043	1 263
	Диагностично-консултативни центрове	112	297
Северозападен	Лечебни заведения за болнична помощ	41	5 867
	в това число:		
	Многопрофилни болници	29	4 724
	Специализирани болници	9	943
	Лечебни заведения за извънболнична помощ	185	76
Северен централен	Лечебни заведения за болнична помощ	34	5 165
	в това число:		
	Многопрофилни болници	16	3 275
	Специализирани болници	13	1 367
	Лечебни заведения за извънболнична помощ	229	105
Югозападен	Лечебни заведения за болнична помощ	101	14 805
	в това число:		
	Многопрофилни болници	44	9 952
	Специализирани болници	54	4 668
	Лечебни заведения за извънболнична помощ	682	335

Област Видин – 2 МБАЛ



Това е което знаем, следователно това е което виждаме, но дали това е което е необходимо и което трябва да бъде преподавано на бъдещите ръководни кадри на ОЗ?

Всяка една система за да може да функционира се нуждае от ресурсно осигуряване. Системата на ОЗ не прави изключение. Какви са необходимите ресурси? Финансови, материално-технически, човешки - конгломерат от необходими за ефективното функциониране на системата ресурси. Какво виждаме, какво знаем?

В последното десетилетие има постоянно нарастване на финансирането на системата на здравеопазване, въпреки тенденцията за трайно намаляване на населението. По данни на Националния статистически институт (НСИ) [8] населението в България за 2010 год. е 7 422 000, а през 2018 год. е 7 000 039 [7]. Въпреки намаляването с близо половин милион на населението (намаляние с 5,69%), разходите за здравеопазване, съгласно разходните части на Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса, съответно за 2010 г. [4] и за 2019 г. [5] показват почти двойно увеличаване на разходите - от 2 572 211 000 на 4 344 945 000. И в двата закона основното перо е за плащания на разходи за болнична помощ - съответно 1 016 932 000 и 2 001 464 400, което съставлява над 46% от бюджета.

Изводите от извършения до момента анализ показват:

1. Почти двойно финансиране на здравната система при намаляване на потребителите
2. Неравномерно развърщане на медицинските сили и средства;
3. Несъобразяване с потребностите на застаряващото население по разпределение на медицинските сили и средства;
4. Отдаване на приоритет на заплащането на болничното медицинско обслужване.

Всеки един от тези изводи доказва необходимост от извършване на промени в управлението на системата на здравеопазване.

За да могат бъдещите мениджъри по ОЗ да осъществят тези промени на тях трябва да се посочат някои от предпоставките довели до съществуващата действителност. Един от тях е финансовият лост "Клинична пътека".

В началото на реформата на здравната система през 2004 год. в Наредба 40 [6] клиничната пътека е дефинирана като „система от изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при диагностични и лечебни процедури на пациенти с определени заболявания, изискващи хоспитализация в лечебни заведения със стационар.” Клиничната пътека е механизъм, чрез който се гарантира качеството на

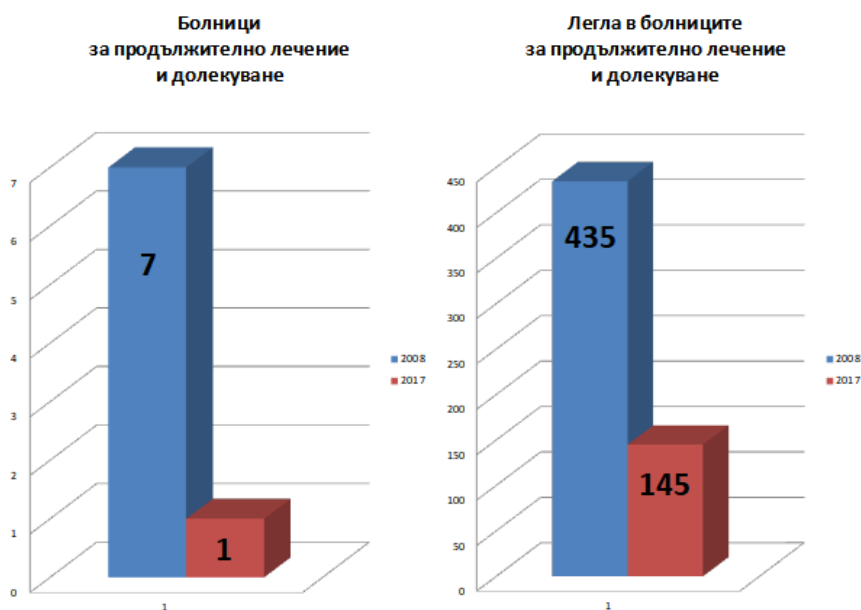
предоставената болнична услуга, а не средство за остойностяване и заплащане на извършените медицински дейности. През годините клиничните пътеки доказаха своята непригодност като средство, чрез което се финансира медицинската дейност. Някои от основните недостатъци могат да бъдат обобщени:

- Не се вземат предвид усложненията или съпътстващите заболявания, както и тежестта на случая, не се разглежда и възможността пациентът да няма реална нужда от всички включени в пътеката услуги;
- Изплащаните суми не са свързани с крайния резултат от лечението и неговата ефективност (независимо какъв е крайният резултат от лечението, преминаването по пътеката е равнозначно на нейното плащане);
- Финансирането не е пряко обвързано с реалните разходи и се отклонява от реалния разход, създават се стимули за злоупотреби от страна на болниците. [2]

Последиците от въвеждането на механизма "клинична пътека", като основен механизъм за финансиране на болничната помощ са трайно негативни:

1. Пациентите се изписват в определения минимален за лечение срок с обяснението, че болницата е финансирана само в рамките на указаните дни;
2. Провеждат се само описаните в пътеката изследвания, без да се взема предвид общото състояние и придружаващите заболявания;
3. Рязко се увеличи броя на болниците за активно лечение, които са основни потребители на "финансови изгодните пътеки" и се намали под критичния минимум броя на болниците за продължително лечение и долекуване, както и на броя на разкритите в тях легла; (фиг. 4)
4. Постоянно нараства броя на лечебните заведения - 348 за страна с 7 милионно население, като сред тях преобладават болниците за активно лечение - 322;
5. За разлика от другите страни в Европейския съюз в България ежегодно нараства и дялът на частните болници, които са над 38% от всички болници, за сравнение в другите европейски страни дялът им не надхвърля 7-8%;
6. Отбелязва се и трайна през годините тенденция на увеличаване на броя на хоспитализираните пациенти. Тази тенденция е напълно обяснима, защото "пътеката" е тази която се финансира. Не е необходимо да се направи изследването в амбулаторни условия, заплащането е в пъти по-голямо при извършването му след хоспитализиране с "минимално" агравирание на състоянието на пациента. Тази свръх хоспитализация също ни нарежда на водещо място в Европейския съюз - у нас се хоспитализират средногодишно 315 на 1000 души. Второто място заема Австрия с 255 хоспитализирани на 1000 души, т.е поради финансовите стимули за болниците, повече пациенти се приемат по клинични пътеки, за да се получава по-високо заплащане.
7. Горепосочените особености затрудняват медицинското осигуряване на застаряващото население, което се нуждае от по-продължително, съобразено и с придружаващата патология болнично лечение, което обаче не се финансира така, както активното. Пациентите биват изписвани в указания минимален срок и няма къде да продължат лечението си поради наличните само две пътеки за рехабилитация (максимален период 20 дни и то за двукратен прием за цялата година) и наличната само една все още функционираща болница за продължително лечение и долекуване (фиг. 4).

Фиг. 4. Намаляване на болниците за продължително лечение и долекуване



Така описаните девиации във финансирането на системата имат пряко въздействие и върху човешкия ресурс на системата. Регистрира се трайна тенденция за застаряване сред медицинския персонал, както и трайно "обезлюдяване" на определени, движещи се по неатрактивни клинични пътеки области:

1. Намалява броя на общопрактикуващите лекари - тези, които са призвани да бъдат гръбнака на доболничната помощ;
2. Преобладават едноличните пред груповите практики сред семейните лекари, което затруднява 24-часовото покритие;
3. Хроничен е недостигът на медицински специалисти в звената на Центровете и филиалите за спешна медицинска помощ;
4. Най-голям е делът на лекарите във възрастовата група 55 - 64 години - 9 975, или 33.8%.
5. Младите практикуващи лекари - на възраст до 35 години, са 3 434, или 11.6%, а най-възрастните (на 65 и повече години) - 4 477, или 15.2%, т.е. повече от младите лекари.
6. Рязко намалява броя на медицинските сестри, чийто брой е под половината от необходимите. През последните 20 години по данни на Асоциацията на професионалистите по здравни грижи с около 30 000 са намалели медицинските сестри в страната. В момента в извънболничната помощ недостигат 11 000 медицински сестри, докато в нарастващия брой болници дефицитът е близо три пъти по-голям. От работещите сестри половината са в пенсионна и предпенсионна възраст.
7. За последните 20 години броят на акушерките е намалял наполовина;
8. Младите хора под 30 години съставляват едва 4 процента от всички медицински сестри.

Но една от най-тревожните статистики е тази, свързана с разходите, които населението на най-бедната страна в Европейския съюз трябва да отделя за здравеопазване - частните разходи за здраве в България са 46%-48%, най-високите сред страните-членки на съюза.

На този фон, хоризонт от отрицателен демографски прираст е напълно реален - увеличава се броя на възрастното население, което има повишени потребности от медицинско осигуряване, но намалени доходи. Намаляват и застаряват медицинските специалисти, които са финансово заинтересовани от свръх-хоспитализация по брой, но с максимално намалена и определяна основно от клиничната пътека продължителност, свиващ се брой на леглата за продължително лечение и долекуване. Картина, която може би

обяснява и желанието на много от нашите сънародници да търсят по-здравословно място за живот извън пределите на Родината, задълбочавайки още повече демографската криза.

Това са знанията за системата, с които студентите влизат във ФОЗ. Трябва ли обучението да изостри тяхното възприятие за този хоризонт - кои са финансово благоприятните клинични пътеки, кои са изследванията с най-добра реимборсация, какви са връзките за обмен на пациенти по "клинични пътеки", как да задържим пенсионираните вече медицински кадри на пределно ниски, но за сметка на това, финансово изгодни за лечебното заведение, възнаграждения?

Или е по-правилно да представим едно ново знание, което да очертае нов хоризонт? И ако приемем, че е време нещо да се промени, по какъв начин академичната общност може да започне, да оглави, да подготви тази промяна?

Отговорът е с промяна в обучението. Отново ще цитирам Гьоте, който ни напътства с думите "Можеш да научиш само това, което обичаш". [9] Великият немски поет е дал отговор и на логичния въпрос, който може да се зададе - Как обучението може да промени системата?, с думите "Никой не знае какви сили притежава докато не ги използва." [9]

Какви са силите и средствата на ФОЗ?

1. Програмата за обучение трябва да е съобразена с предизвикателствата пред ОЗ и средствата за ефективен отговор и противодействие. Например, след разглеждане на порочния механизъм за финансиране на болничната помощ "клинична пътека" да се представят алтернативите, които се използват от другите системи - диагностично свързаните групи или глобалните бюджети, на сръх-хоспитализацията да се противопоставят резултатите, които са постигнати в другите страни или могат да бъдат постигнати у нас посредством приоритетното финансиране на доболничната помощ и ролята на общопрактикуващите лекари в лечебния процес.
2. Разглеждането на състоянието на системата на здравеопазване да бъде насочено към намиране на средства и набелязване на мерки за промяна на съществуващите тенденции - например чрез повишаване ролята на наблюдението, отчетността и контрола; коригирането на дисбаланса в разпределението на медицинските сили и средства; намаляване на частното финансиране в здравеопазването; мониторинг и стриктен контрол над дейността на лечебните заведения насочен към резултатите, а не само към финансирането на техните дейности; оптимизиране броя на хоспитализациите, което ще допринесе и до намаляване броя на лечебните заведения и др.
3. Трябва да бъдат поставени на дискусия мерки, насочени, фокусирани върху пациента, а не върху финансовото благополучие на търговското дружество "Многопрофилна болница за активно лечение". Дали формулата търговия в медицината, не трябва да бъде разглеждана в библейския контекст на търговците в храма? Въпрос, на който преподавания материал във ФОЗ може и трябва да даде правилния отговор.
4. Всеки един преподавател трябва и може да предизвика интерес към преподаваната от него дисциплина във всеки един от студентите.

Въпросът, на който трябва да търсим отговор е какъв е най-ефективният, най-прекия път до новия хоризонт и от него до всеки един от студентите.

Нашето съвремие регистрира безпрецедентно по мащабите и скоростта си развитие на информационно-комуникационните технологии, които са навлезнали във всяка една от сферите на нашия бит, включително и в системата на образованието. Електронното и дистанционното обучение вече са част от ежедневието и са използвани като алтернатива на класическото образование. Безспорни са предимствата на електронното обучение - всички материали са налице и могат да бъдат използвани във време, формат и място избирано от обучаемия. Дистанционното обучение предоставя възможност за пестене на време и средства от обучаемия. И двата вида обучения се провеждат в близка и позната на всеки един от студентите среда. Но, дали използвайки възможностите на тези високо технологични форми на обучение ще може да се постигне необходимата нагласа сред студентите към критична

оценка и променена нагласа към съществуващото статукво, в размер, който да подготви и осъществи промяна в мисленото, възприятието и да подтикне бъдещия мениджър към така необходимите действия и смяна на елементи на системата? Възможно ли е образите от екрана, дигитални или транслирани от разстояние да осъществят емоционална връзка със студента, да въздействат върху разума му и да пренасочат мирогледа му? По-скоро отговорът е отрицателен. Материалът ще бъде изучен, възпроизведен и приложен съобразно обстановката, в която ще работи бъдещия ръководител по ОЗ, т.е. той ще достигне по-бързо сегашния хоризонт и ще се приспособи към системата.

За да може да се предизвика промяна, за да може да се използва потенциала на младостта, която винаги е по-склонна към промени е необходима връзка между преподавателя и студента, т.е. личното присъствие и пример. Но коя е най-подходящата роля на преподавателя? На професора от катедрата, на ментора, на наставника, на учителя...?

Класическото преподаване с четене на лекции от висотата на катедрата, независимо от опита, ерудицията и личността на професора/доцента винаги създават известна, но трудно преодолима бариера между студент и преподавател. Тази бариера в повечето случаи е необходима, защото тя мотивира студента да усвоява преподавания материал с цел да се достигне нивото и/или да се направи добро впечатление на доказалия себе си и своите знания професор/доцент. Но това желание все още не е достатъчно за да предизвика повдигането на завесата на съществуващия и търсенето на новите хоризонти. Трябва не само преклонение, възхищение, желание да се "попие" чуждия опит, трябва да има съпричастност, трябва студента да бъде увлечен от тематиката, трябва той самия да започне да търси и да иска да споделя своите решения. Може ли това да бъде постигнато? Възможно е, но изисква преподавания материал да бъде поднасян под формата не на лекция, а на дискусия. Постулатите на проблем базираното обучение могат да бъдат използвани като база, но трябва да бъдат разширени. Трудно може да се очаква студентите сами да намерят пътя към нещо, което не се вижда - то е зад хоризонта. Тук е ролята на преподавателя, който трябва като класически професор да представи теоретичната обосновка на проблема и да предложи варианти за разрешаването му, които варианти да бъдат предоставени на студентите за анализ и научно търсене, което да завърши с научна дискусия между всички. Така описаният вариант на преподаване не е нещо ново, просто преоткриване на преподаването в древността, когато учителите са дискутирали със своите последователи определени теми и във възникналите спорове се е раждала истината. В съвременния свят информационните и комуникационни технологии дават неограничени възможности на преподаватели във ФОЗ да онагледят своите тези и да предизвикат съмнения в студентите, които от своя страна да породят дискусии и споровете.

За да може студента да прескочи видимия хоризонт и да види новите, разкриващи се зад него е необходимо преподавателя да предизвика буря в неговото съзнание. И да му помогне, като ментор, да посрещне тази буря не като построи стена за да се защити, а като изгради вятърна мелница, която да задвижи необходимата промяна в ОЗ.

По този начин ще бъде изпълнена с практическо съдържание и мисълта на Гьоте "Не е достатъчно само да се сдобиеш със знания, трябва да им намериш и приложение." [9]

Използвана литература:

1. Гьоте -Човек вижда толкова, колкото знае. https://www.lentata.com/page_10890.html
2. Георгиева П. Клиничните пътеки не са добър избор за финансиране на болничната помощ. https://ime.bg/bg/articles/klininite-pyteki-ne-sa-dobyr-izbor-za-mehanizym-na-finansirane-na-bolninata-pomosht-/#_ftn1
3. Дефиниция за здраве на СЗО, Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
4. ЗАКОН за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2010 г. <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2135654578>

5. ЗАКОН за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г.
<https://www.nra.bg/document?id=17705>
6. Наредба 40 на МЗ. <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135497040>
7. Население по области, общини, местоживеене и пол. НСИ.
<http://www.nsi.bg/bg/content/2975/>
8. Население и демографски процеси. НСИ. <http://www.nsi.bg/bg/content/2945/>
9. Светли и вдъхновяващи мисли на един светъл ум – Гьоте
<https://www.gnezdoto.net/vdyhnovenie/1492-svetli-i-vdyhnoviavashti-misli-na-edin-svetyl-um-goethe>
10. Winslow C.-E. A., „The Untilled Fields of Public Health“, Modern Medicine 2: 183–191 (1920)