

СПЕЦИФИЧНИ ОСОБЕНОСТИ НА СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ И В РЕПУБЛИКА КОСОВО

Ерза Воца Мулай

Университет по библиотекознание и информационни технологии
(УниБИТ) - София

***Резюме:** Правото на здраве е основно човешко право, утвърдено в конституцията на СЗО, в много от договорите на ООН, а също и в Договора за създаване на Конституцията на Европа – чл. II-95 от глава „Основни права на Съюза”, който гласи: „Всеки има право на достъп до превантивна здравна помощ и медицинско лечение при условията, установени от националните закони и практики. При определянето и изпълнението на всички политики и дейности в целия ЕС се осигурява високо равнище на защита на човешкото здраве.*

Най-общо очертани, проблемите на СМП в България и в Косово са свързани с: Усъвършенстване на нормативната база с оглед освобождаване от неспецифични дейности, адекватно реагиране при кризисни ситуации и др. Под; Подобряване на взаимодействието с другите звена на здравеопазването; Подобряване на информационния обмен в системата на здравеопазването; Повишаване на квалификацията на персонала; Подобряване на трудовите условия и Преодоляване на недостига на персонал.

***Ключови думи:** Управление, Спешна медицинска помощ, Здравеопазване, Република Косово,*

SPECIFIC FEATURES OF THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE IN THE REPUBLIC OF BULGARIA AND IN THE REPUBLIC OF KOSOVO

Erza Voca Mulaj

The University of Library Studies and Information Technologies (ULSIT)-Sofija

***Summary:** The right to health is a fundamental human right enshrined in the WHO Constitution, in many UN treaties, as well as in the Treaty establishing a Constitution for Europe - Art. II-95 of the chapter "Fundamental rights of the Union", which reads: "Everyone has the right of access to preventive health care and medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of protection of human health is ensured in the definition and implementation of all policies and activities across the EU.*

In general, the problems of SMEs in Bulgaria and Kosovo are related to: Improving the regulatory framework with a view to exemption from non-specific activities, adequate response to crisis situations and others. Under; Improving the interaction with other healthcare units; Improving the information exchange in the healthcare system; Improving the qualification of the staff; Improving working conditions and overcoming staff shortages.

***Keywords:** Management, Emergency Medical Care, Health, Republic of Kosovo.*

1. Здравеопазването в Косово

Косово е държава, разположена на Балканския полуостров, със столица град Прищина. Общата ѝ площ е 10 908 км². Граничи със Сърбия, Северна Македония, Албания и Черна гора. Преди 2008 г. тя е била автономна област, администрирана от Съюзна република Югославия (СРЮ).

Държавата Косово обявява независимостта си на 17.ІІ.2008 г. и е призната от България и още 107 държави, 22 от които са страни членки на ЕС, както и от САЩ, Канада и Австралия. Официалните езици са албански и сръбски. Според преброяването на населението, проведено през 2011 г. от Агенцията по статистика на Косово, има 1,8 милиона жители, от които 92% албанци, 8% сърби, босненци, турци, роми, горани, египтяни и ашкали. Тя има най-младото население в Европа, като 50% от него е на възраст под 25 години. Еврото е официалната валута на Косово от 1 януари 2002 г.

Косово принадлежи към най-бедните страни в Европа – с най-високи нива на бедност, безработица и най-нисък БВП на глава от населението. Косово е изправено пред множество икономически предизвикателства. Нивото на безработица сред младежите е 55,3%, което представлява сериозен проблем, като се има предвид, че Косово е с най-младото население в Европа. Основните източници на приходи на здравната система в Косово са данъците от бюджета на Косово, данъците от общинските бюджети и преките плащания. Голяма част от общите средства за здравеопазване в Косово обаче са извънбюджетни, под формата на плащания от частни лица. По отношение на индекса за възприемане на корупцията Косово се нарежда на 105-о място от 176 места. Корупцията в здравеопазването представлява голям проблем за доброто функциониране на здравната система.

Въпреки че през последните години е постигнат голям напредък в областта на здравеопазването, здравната информационна система в Косово все още не е напълно развита. [13; 15]

Системата на здравеопазване в Косово като част от бившия Източен блок, както и навсякъде в Източна Европа, се е основавала главно на модела на здравното обслужване, известен като модела „Семашко“. При него централното правителство функционира едновременно и като купувач, и като доставчик на здравни услуги. Това все още е и настоящият модел в Косово, с няколко незначителни промени (напр. общините чрез своите здравни служби отговарят за общественото здравеопазване). Общественото здраве е на общинска отговорност, наети са общински инспектори по общественото здраве. Отговорността за имунизацията например е прехвърлена към първичните здравни заведения. [14; 15]

Наследяването на типична социалистическа система на здравеопазване и инфраструктура, което до голяма степен е нарушено през 90-те години поради политическите промени в източните страни в Европа, а след това е почти разрушено поради военния конфликт през 1999 г., оказва значително влияние върху здравните услуги в Косово. [1; 2]

Министерството на здравеопазването (МЗ) на Косово е създадено през февруари 2002 г. и заедно с Националния институт за обществено здравеопазване носи отговорност за разработване на политики, стратегическо планиране, лицензиране, осигуряване на качеството и бюджетиране. Неговата основна роля е да наблюдава, контролира и подпомага както болниците, така и първичната здравна помощ. [7; 12]

МЗ включва следните организации:

- Косовска агенция за регулиране на наркотиците (KDRA)
- Косовска агенция за безопасност на храните
- Университетска болница в Прищина
- Национален институт по общественно здраве
- Косовска агенция за здравно обслужване
- Областни здравни власти, които имат за цел да подобрят

координацията на ниво област между вторичната и първичната здравна помощ.

Здравеопазването се осигурява от здравни работници в здравните заведения. Здравната дейност подлежи на професионален и правен надзор от Министерството на здравеопазването. Законът за здравето предвижда, че финансовата подкрепа се осигурява по комбиниран начин между бюджета на Косово, общинските бюджети, вноските на гражданите и работодателите към здравната каса и други застрахователни агенции, основани на принципа на реципрочност и солидарност, както и от директни плащания на гражданите при използване на здравни услуги. [12]

Първична грижа

Медицинският персонал в центровете за първична медицинска помощ предоставя първоначални диагнози и лечебни грижи с цел да се третират 80-90% от настоящите проблеми.

Вторична грижа

Вторичната грижа е система, при която пациентите получават специализирана грижа и хоспитализация само при насочване, освен при спешни случаи. Специалистите, които не работят в семейната медицина, са базирани в

болница. [5] Амбулаторната специална грижа се осигурява в болници и в избрани центрове за семейна медицина при препращане. Шест болници в шест големи града осигуряват вторична грижа, а третичната помощ се осигурява само в Университетската болница в Прищина.

Нивото на държавните разходи за здравеопазване е най-ниското в региона. Смята се, че кешовите плащания представляват близо 40% от общите разходи за здравеопазване през 2008 г. (използвани са предимно данни от косовските официални институции – Косовска агенция по статистика и Министерство на здравеопазването). [6]

Освен държавния бюджет и директните плащания, малка част от приходите в Косово идват и от международна помощ. Организации като СЗО и Световната банка активно участват в укрепването на човешкия и капиталовия капацитет в Косово.

Друг източник на приходи идва от частното доброволно здравно осигуряване, което се договаря на доброволна основа и засега е в незначителен размер.

Корупцията в здравеопазването представлява голям проблем за доброто функциониране на здравната система поради много причини.

- Първо, може да има катастрофални последици за семействата с ниски доходи, като ги тласка допълнително към бедността.

- Второ, тези плащания се правят директно на здравните работници и следователно не допринасят за подобряване на инфраструктурата на здравеопазването, увеличаване на медицинските доставки или други потребности.

- Трето, тези плащания не се отчитат и следователно не се събират данъци, които биха могли да се използват за подобряване на обществените услуги като самата здравна система.

- Четвърто, неформалните плащания сериозно увреждат равнопоставеността в предоставянето на здравни грижи. Пациентите, които не са в състояние да плащат кешово, обикновено се третират с по-малко внимание или поне не така, както тези, които са в състояние да платят допълнително.

Като причини за директните (кешовите) плащания в здравеопазването се посочват различни теории. Социокултурните теории обясняват неформалните плащания чрез традиции, останали още от социалистическия период, докато правно-етическите теории го обясняват с безпринципност при нарушение на моралните ценностни норми и липсата на подходяща законодателна система. [4]

За съжаление, въпреки предприеманите мерки здравният сектор в Косово продължава да е особено уязвим за корупция, тъй като хората вероятно са склонни да плащат допълнително за по-качествени здравни грижи, ако от това зависи здравето им.

2. СМП в Косово

Дейността и финансирането на Спешната медицинска помощ в Косово са регламентирани със Закон №02 / L-50. Финансирането ѝ се определя от Закона за здравето на Косово по отделен бюджетен ред, в рамките на бюджета на съответните институции. В Косово се прилагат както болнични, така и амбулаторни (чрез линейки) форми на спешни услуги. СМП се организира и изпълнява на начално и средно ниво, както и в центрове за насочване. [4]

Косово е член на Европейската асоциация за контрол на качеството в здравеопазването, което включва и контрол на дейността на спешните медици.

Според проучване на Басри Ленджани (Basri Lenjani) и колектив на пациентите, потърсили спешна медицинска помощ в Косово за 2013 г., доминират тези със заболявания – 58,82%, в сравнение с 41,18%, които са лекувани от травми и наранявания. [8; 9]

Проучванията показват, че в системата на спешната помощ в Косово липсват ясно разписани стандарти, норми, протоколи и алгоритми за работа. Понастоящем класифицирането на пациентите по степента на спешност – на първостепенни, второстепенни и третостепенни, се основава на субективната клинична оценка на медицинския персонал, работещ в Спешната медицинска помощ в Косово.

В системата на спешната медицинска помощ на здравните системи в държавите от ЕС се прилага триажната система на база държавни документи и протоколи, която позволява категоризирането на пациентите според степента на необходимата им медицинска помощ. В Косово все още такава добре функционираща концепция на този етап липсва, което е основен проблем в дейността на Спешната медицинска помощ там. Тriageят цели да гарантира, че пациентите с най-неотложна нужда са с приоритет и се лекуват най-бързо. Резултатите в другите страни с такава система показват по-голяма ефикасност, намаляване на смъртността и увеличаване на шансовете за оцеляване на тежкоболните и т.н. [10]

Здравните специалисти – лекари и медицински сестри, работещи в системата на спешната помощ в Косово, са задължени да са завършили предварително специализирани лицензирани курсове, за да кандидатстват за

работа, но е необходимо да се наблегне на непрекъснатото обучение за поддържане и надграждане на професионалните им компетенции.[3; 11]

Предстои да се намери и внедри съвместно от национални и международни експерти подходящият модел, съобразен със специфичните характерни културни особености и традиции в Косово. Ключов момент в него е създаването на алгоритми, протоколи и насоки за триаж в Спешната помощ и осигуряване на възможност за обучение на здравните работници, работещи в нея. Във връзка с това е наложително създаване на Национален център за обучение за гарантиране на високи стандарти в образованието и високо качество на обучението на здравните професионалисти. Препоръчително е сертифицирането, както и различните степени на квалификация, да се основават на национални стандартизирани курсове, включващи писмен и практически изпит. [13]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основна цел на всяко общество е да осигури най-добрата възможна грижа за здравето на хората. Оправомощените здравни власти трябва да преценят кой от двата традиционни модела на СМП е по-подходящ и по-добре се адаптира към местните нужди, културните особености, политическите и финансовите фактори.

Като принадлежащи към групата на бившите социалистически страни от Източна Европа системите на здравеопазване и в Косово и в България преди стартирането на реформите се основавали главно на модела на здравното обслужване, известен като модела „Семашко“, поради което те все още имат някои общи характеристики.

Основен общ проблем са трудностите с намиране на медицински кадри, които да практикуват в СМП. Причините за това са много, но основните са:

неадекватно заплащане за положен труд, работа на нощни смени, недобро отношение на част от пациентите, професионален стрес, работа с несъвременна медицинска апаратура и др.

Въпреки увеличаването на бюджета за издръжка на дейността и увеличените работни заплати, те все още остават неадекватни спрямо тези в останалите лечебни заведения, което демотивира работещите в СМП.

В резултат на провеждащите се в двете държави реформи, макар и те да са на различни етапи от развитието си, се отчита постепенно подобряване в дейността на СМП в България и в Косово. Въпреки полаганите усилия обаче може да се твърди, че дейността по оказване на достъпна, качествена и своевременна спешна медицинска помощ в тези две страни все още е недостатъчно ефективна и ефикасна.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. **Brennan, R. J., Valderrama, C., MacKenzie, W. R., Raj, K., Nandy, R.** Rehabilitating public health infrastructure in the post-conflict setting: epidemic prevention and preparedness in Kosovo. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, 2001, Oct-Dec, 16(4):244-251.
2. **Cami, A.** *Kosova Health System.* Kosovo, Ministry of Health.
3. **Eliades, M. J., Lis, J., Barbosa, J., VanRooyen, M. J.** Post-war Kosovo: Part 2. Assessment of emergency medicine leadership development strategy. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, 2001, Oct-Dec, 16(4): 268–274.
4. **Elsie, R. (ed.)** Gathering Clouds. The roots of ethnic cleansing in Kosovo. Early twentieth-century documents. Peja (Kosovo, Serbia), Dukagjini Balkan Books, 2002. ISBN 9951-05-016-6
5. **Hedley, R., Maxhuni, B.** Development of Family Medicine in Kosovo. – In: *British Medical J.*, 2005, 331:201-203. [10.1136/bmj.331.7510.201](https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.201). [PubMed CentralView ArticlePubMedGoogle Scholar](#)
6. **Kosovo** Agency of Statistics. <http://esk.rks-gov.net/eng/> (15 Oct. 2013)
7. **Kosovo** Ministry of Health. *Kosovo Health Strategy.* Pristina: Kosovo Ministry of Health, 2005.
8. **Lenjani, B., Demiri, A., Karemani, N., Bunjaki, I., Elshani, B.** Setting Priorities During Triage Process of the Sick Patients and Injured Patients at the Emergency Department; Hospital and University Clinical Service of Kosovo – Emergency Clinic. Prishtina, Kosovo, 11.10.2015.

9. **Lenjani, B., Rashiti, P., Lenjani, D., Borovci, P., Arslani, N.** Road accidents management and emergency medicine care. – In: *Albanian J. of Trauma and Emergency Surgery*, 2019; 3 (1).
10. **Lis, J., Eliades, M. J., Benishi, D., Koci, B., Gettle, D., VanRooyen, M. J.** Post-war Kosovo: Part 3. Development and rehabilitation of emergency services. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, 2001, Oct-Dec, 16(4):275-280.
11. **O'Hanlon, K. P., Lerner, E. B.** Post-war development of emergency medicine in Kosovo. – In: *Emerg. Med. J.*, 2007, Jan; 24(1):18-21.
12. **Shuey, D., Qosaj, F., Schouten, E., Zwi, A.** Planning for Health Sector Reform in Post-Conflict Situations: Kosovo 1999–2000. – In: *Health Policy*, 2003, 63: 299-310. 10.1016/S0168-8510(02)00121-5. [View ArticlePubMedGoogle Scholar](#)
13. **Vanier, V. K., VanRooyen, M. J., Lis, J., Eliades, M. J.** Post-war Kosovo: Part 1. Assessment of prehospital emergency services. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, 2001, Oct-Dec, 16(4):263-267.
14. **WHO.** Interim Health Policy Guidelines for Kosovo and Six Month Action Plan. 1999.
15. **WHO.** Kosovo Public Expenditure Review. Report No. 53709-XK. 2010, June.